

Två sidor finns inom patienten med ätstörning:

# Den ena vill bli frisk, den andra kämpar emot

**Anorexia nervosa och bulimia nervosa är ätstörningar som ofta kräver långvariga behandlingsinsatser. Kunskapen om vilka behandlingsformer som är effektiva är begränsad, och länge har även målsättningen med behandlingsinsatserna varit diffus.**

**Kunskapsläget när det gäller behandling av ätstörningar summeras.**

Anorexia nervosa är en sjukdom som drabbar en av hundra tonårsflickor och en av tusen tonårspojkar i befolkningen [1]. Då durationen i genomsnitt är 3,5 år är anorexi en av de vanligaste sjukdomarna hos tonårsflickor. Vid den internationella kongressen i London 1997 om ätstörningar uppgavs anorexi svara för en tredjedel av medicinska problem hos unga flickor i Australien; därmed skulle gruppen kunna ta alla psykiatrins resurser i anspråk. Etiologin är inte känd, men en multifaktoriell genes är sannolik, med många olika undergrupper [2, 3].

## **Likriktad behandling av anorexi inte önskvärd**

Någon enhetlig eller likriktad behandling är inte möjlig eller önskvärd. Att man har försökt att behandla alla fall enligt ett fåtal standardmetoder kan ha bidragit till att anorexi betraktas som en svårbehandlad sjukdom, där uppföljningsstudier inte visat bättre utfall för gruppen behandlade än för dem som inte behandlats.

## **Författare**

MARIA RÅSTAM  
docent, överläkare

CHRISTOPHER GILLBERG  
professor, verksamhetschef

I CARINA GILLBERG  
docent, överläkare; samtliga vid Barnneuropsykiatri Division G, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg.

Den sistnämnda gruppen är dock stor. Enligt en undersökning vi gjort i Göteborg av tonårsinsjuknande i anorexi sökte 25 procent aldrig vård, och bara 55 procent hade fått psykoterapi eller annan behandling av läkare eller psykolog vid minst åtta tillfällen [4]. Prognosen på sex års sikt var inte relaterad till om behandling erhållits eller inte.

## **Bulimi hos många anorexifall**

En utveckling av bulimiskt beteende med hetsätning och kräkningar förekommer hos en majoritet (ca 60 procent) av anorexifall. Hos upp till 40 procent är symtomen så omfattande att kriterier för diagnosen (sekundär) bulimia nervosa uppfylls [5]. En minst lika stor grupp har primär bulimi. Enligt en kritisk granskning av frekvensstudier [6, 7] skulle förekomsten av bulimi vara 1–1,5 procent av unga kvinnor. Liksom vid anorexi får man räkna med att många inte söker hjälp och att, om de gör det, ätstörningen ofta inte uppmärksammas [8].

## **Hetsätningsstörning särskild diagnos**

Många fall av anorexi/bulimi uppfyller under långa perioder bara delvis kriterier för respektive tillstånd, särskilt under den tid då de flesta långsamt tillfrisknar.

Ett specialfall av delvis uppfyllt syndrom är »hetsätningssyndrom», som föreslagits som ett särskilt syndrom i den amerikanska DSM-IV-manualen [9]. Individerna har vid denna diagnos återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inte de kompensatoriska beteenden som karakteriserar bulimi.

## **Ätstörning hos män och pojkar**

Frekvensen av anorexi hos män eller pojkar är en tiondedel av den hos kvinnor [1]. För bulimi och partiella syndrom antyder ett fåtal studier en förekomst på 5–10 procent av frekvensen hos kvinnor [6]. Attityder till utseende och vikt är inte desamma hos män som hos kvinnor i den allmänna befolkningen. Det är vanligare hos män att bantning är relaterad till idrottsutövning eller föregås av reell övervikt.

Bakgrundsfaktorer vid ätstörning, i den mån de är undersökta, förefaller annars vara desamma för män som för kvinnor. Män inkluderas sällan i behandlingsstudier, men enligt klinisk erfarenhet är behandlingsprinciperna desamma för dem som för kvinnorna. En synpunkt har varit att behandlare bör beakta att män kan uppleva det som dubbelt avvikande att ha en sjukdom typisk för kvinnor [10].

## **Utredning första steget i behandlingen**

All behandling börjar med en noggrann utredning för att fastställa diagnos, kartlägga bakgrundsfaktorer och fastställa utgångsstatus kognitivt och somatiskt [11-13].

Anorexi är en sjukdom med förhållandevis typisk symtomatologi och med vissa specifika komplikationsrisker. När diagnosen är ställd bör man, som första åtgärd, sammankalla familjen och ge maximal information, dvs så mycket information om allt vad man för tillfället vet om sjukdomen som man bedömer att familjen vid tidpunkten kan ta emot [14]. Patienter med bulimi är i genomsnitt några år äldre, vilket gör att familjen i en del fall inte kan vara med i behandlingen. Om inte patienten motsätter sig det är det dock viktigt att träffa ursprungsfamiljen, av samma skäl som man vill göra det när det gäller anorexifall.

## **Information till hela familjen**

Information bör ges såväl skriftligt som muntligt. Vid anorexi kommer ofta patienten själv att avvisa den i början av sjukdomsförloppet. Vid andra sjukdomar och funktionshinder hos barn och ungdomar har det visat sig värdefullt att samla flera familjer för information, kanske under några dagar i sträck och gärna i samband med någon form av internatvistelse.

I ett utvecklingsprojekt 1994 ordnades en sådan vistelse för familjer med döttrar med anorexi i samarbete med Ågrenska stiftelsen i Göteborg. Vid uppföljning efter ett respektive två år var föräldrarna mycket positiva [15]. Flickorna själva var också positiva. Den omedelbara effekten av att flickorna

fick träffa andra med samma diagnos var dock i samtliga fall vikttnedgång.

### Avbryt viktminskningen!

All anorexivård måste i första hand syfta till att avbryta viktminskningen och åstadkomma viktökning. Från att tidigare ibland ha haft en undanskymd plats i behandlingen har detta att stoppa viktfalet blivit centralt, bl a som en följd av ökad kunskap om livshotande komplikationer även på kort sikt [16]. Det finns också väl dokumenterat att skador på benstommen kan uppstå på lång sikt [17, 18]; endokrina rubbningar (särskilt hos dem som insjuknat i mycket unga år [19]) och misstänkt påverkan på kognitiva funktioner, inklusive hjärnavvikelser, har också konstaterats [20, 21].

Några allmänna riktlinjer för t ex hur mycket viktökning som är »bra» kan inte ges: varje fall är i detta avseende unikt. Hos kvinnor/flickor bör man sträva efter en vikt där menstruationerna återkommer/menarche inträffar. För både pojkar och flickor har man nytta av tidigare tillväxtkurva. Idealt på lång sikt är om individen kan acceptera en vikt som inte kräver ständigt diet.

Mycket snabb viktökning är inte att rekommendera, framför allt inte om viktfalet varit utdraget över en lång tid. Allvarliga kroppsliga komplikationer, såsom hjärtinsufficiens, har beskrivits [22]. Risken är sannolikt ökad att bulimiska symtom skall tillstöta om viktökningen går alltför snabbt. I initialskedet (några månader efter påbörjat viktfall) kan det ibland vara värdefullt att snabbt få upp vikten. I sådana fall kan man uppleva att anorexin »kvävs i sin linda».

### Långsam viktökning önskvärd

I flertalet fall är det väsentligt att planera en långsam viktökning, ungefär 0,5 kg per vecka. En sådan är i allmänhet lättare att tolerera. För ett varaktigt resultat är det överhuvudtaget väsentligt att patienten själv kämpar för att bli frisk. Här är kärnan av problemet man ställs inför vid behandling av anorexi: flickan/pojken är nöjd med vikttnedgången, hur dåligt hon/han än mår på andra sätt. Som Garner påpekade vid konferensen i London gäller det att konfrontera »the anorexic wish» – att bli frisk, men inte gå upp i vikt. Samtidigt som individen behöver påverkan och stöd för att inte svälta sig sjuk, måste hon/han involveras i sin egen behandling. I sin extrema kontrollsituation känner hon/han sig redan paradoxalt nog maktlös. Hilde Bruch [23] betonade att patienten behöver hjälp att återta äganderätten och kontrollen över sin egen kropp.

Individer med anorexi beskriver ofta två sidor inom sig, där en vill bli frisk

och den andra kämpar emot. Ibland uttrycks det till och med som två inre röster. Det finns således en »god» sida att stödja som behandlare. Om man inte ens tillfälligt kan uppnå en allians med patienten gör man oftast inte stor nytta. Ingenting säger att inte nästa behandlare kan lyckas bättre, och man skall inte motarbeta patienter som vill gå vidare.

### Pedagogiska åtgärder

Information inte bara om sjukdomen utan också om kroppens friska funktioner.

*”Mycket snabb viktökning är inte att rekommendera, framför allt inte om viktfalet varit utdraget över en lång tid. Allvarliga kroppsliga komplikationer, såsom hjärtinsufficiens, har beskrivits. Risken är sannolikt ökad att bulimiska symtom skall tillstöta om viktökningen går alltför snabbt.”*

ner, samt konkreta råd om matbeteende, behövs såväl till individen med ätstörning som till omgivningen. Många är helt fixerade vid faran med för mycket fett, för mycket sötsaker, för mycket godis, för lite fiber m m. Detta har gjort att man försökt undvika tal om mat och kroppens funktioner, men då fixeringarna redan finns är det i stället bättre att ge väl underbyggd information, gärna även från dietist med gedigen kunskap om ätstörningar och i nära samarbete med läkare/psykolog.

Vid bulimi utan anorexi saknas avmagring men inte kroppsliga komplikationer, och även om vikten inte är extremt avvikande föreligger ofta svälteperioder omväxlande med perioder av överätande. Information om näringsfysiologi är lika viktigt här som vid anorexi. Dessutom medför det bulimiska beteendet stora medicinska risker. Man behöver ta upp allvaret i dessa och ge råd om förebyggande åtgärder, exempelvis information om tandvård, under pågående sjukdom.

Individer med bulimi är ofta något äldre och inte sällan mer insiktsfulla och hjälpsökande än anorektikerna, vilket gör att patienten i högre grad än vid anorexi bör få inflytande över sin behandling. Det förefaller som om personer med bulimi än mer sällan söker behandling. En del är patienter som tidigare haft anorexi, dvs de har uppenbarligen inte blivit botade från sin ätstörning

och kan ha negativa behandlingserfarenheter. Vi har stött på sådana fall, som ändå velat ha begränsad rådgivning och som tyckt att de haft hjälp av att läsa de självhjälpsböcker som finns att tillgå på svenska [24] och engelska [25].

Den sistnämnda boken har i studier visat sig hjälpa lika bra som psykoedukativa samtal [26]. Forskargruppen bakom den har nyligen prövat självhjälpsmanualen i en randomiserad studie på 110 patienter med bulimi eller atypisk bulimi [27]. Vid kvarstående besvär efter åtta veckor gavs upp till åtta sessioner med kognitiv beteendeterapi. Den jämförande behandlingen var 16 sessioner med kognitiv beteendeterapi. 30 procent i vardera gruppen blev fria från bulimiska symtom, och vid uppföljning efter 18 månader var resultatet 40 procent i båda grupperna.

Pedagogisk behandling bedrivs numera i viss mån på de flesta behandlingsenheter, i ovanligt strukturerad form på anorexicentrum vid Huddinge sjukhus, där man med hjälp av ett datorprogram tränar in ett »nytt» ätmönster. När detta skrivs har dock ingen utvärdering av metoden publicerats [28]. Rådgivning och information ges också av patientföreningarna, som även har självhjälpsgrupper.

### Individuellt samtal

Individuellt samtal, i någon form, skall alltid finnas med i behandlingsplanen vid anorexia nervosa. Samtalen bör i allmänhet vara korta, kanske inte längre än 10–20 minuter varje gång, om patienten är i yngre tonåren, eller ännu yngre. I denna ålder är det ofta svårt för flickan/pojken att känna att samtalen är meningsfulla om de blir längre. Med äldre eller vuxna patienter är det däremot viktigt att samtalen är tillräckligt långa, helst omkring 45–60 minuter.

Även vid individualpsykoterapi bör, enligt Garner vid kongressen 1997, fokus vara viktuppgång, och den som har den terapeutiska kontakten måste ha huvudansvaret för patientens vikt. Han menar att det är risk för att vikten annars glöms bort (med benäget bistånd av patienten som, efter initialt motstånd, kan tala om familjen i årtal, men inte så gärna talar om viktuppgång).

Det är vår erfarenhet att personer med tonårsdebut av anorexia nervosa under de första åren ofta inte är medvetna om eller känner behov av samtal med andra; dessutom saknar de insikt om djupgående problematik. Många återkommer årtal senare och önskar på nytt etablera en samtalskontakt, antingen ätstörningen kvarstår eller inte. Vi har haft kontakt med många patienter med anorexi som upplevt samtalskontakten under tonårstiden pressande, svår och »obegriplig», men som i vux-

en ålder önskar återkomma för att med större insikt och, faktiskt, ökande vilshenhet fördjupa en individualkontakt.

Hos den grupp med anorexia nervosa som präglas av en tidigt debuterande empatistörning [29] är i allmänhet samtalsterapi – vare sig denna sker individuellt, i familj eller i grupp – dåligt anpassad efter grundstörningens typ och allvarlighetsgrad. För den som saknar eller har dåligt utvecklad inlevelseförmåga kan mycket av det som sägs i psykoterapi framstå som obegripligt. Personen kanske tolkar allt som sägs på ett bokstavligt sätt och har liten, eller ingen, möjlighet att förstå andra personers perspektiv. Detta betyder inte att individualterapi måste vara meningslös/utsiktlös i sådana fall, bara att samtalen måste ta hänsyn till det annorlunda sättet att förhålla sig till människor och ting som karakteriserar den empatistörda människan.

### Kognitiv beteendeterapi

Garner och Bemis [30] utgick ifrån Becks och medarbetares modell [31] för kognitiv psykoterapi av bl a depression, och utarbetade kognitiv teknik med specifik inriktning på anorexi. En kontrollerad studie – den enda vi känner till – visade dock inte så goda resultat [32].

För bulimi och hetsätningssyndromet har Fairburn och medarbetare [33] utvecklat en manual för kognitiv beteendeterapi. Behandlingsstudier visar på god effekt av kognitiv beteendeterapi vid bulimi jämfört med ingen behandling, enbart psykofarmaka eller annan form av psykoterapi. Vid en genomgång av 21 behandlingsstudier [34] påpekar författarna att även metodologiskt acceptabla studier har stora problem med patientrekrytering, urvalsinstrument och uppföljningskriterier, och att kognitiv beteendeterapi inte innebär exakt samma sak från ett behandlingscentrum till ett annat. Bara en av 21 studier tillät inklusion av tonåringar (lägst 17 år). Vetenskapliga undersökningar av behandling av bulimi i tonåren saknas helt.

Enligt Wilson [35] är effekten av kognitiv beteendeterapi belagd i kontrollerade studier, men trots allt begränsad; i genomsnitt 50 procent av patienterna slutar att hetsäta och kråkas. I resten av fallen ser man en viss förbättring eller inget resultat alls. Kognitiv beteendeterapi ensam eller i kombination med desipraminbehandling har bättre långtidseffekt än antidepressiva enbart [36] och ger också färre återfall än beteendeterapi [37]. Kognitiv beteendeterapi är den bäst dokumenterade formen av samtalsterapi. Med kognitiv beteendeterapi som grund har korttidsversioner prövats, även behandling av

bulimipatienter i grupp, med lovande resultat [38]. Detta, liksom psykoedukativ behandling i grupp [39], skulle ge möjlighet att hjälpa fler patienter och förkorta de långa köerna till behandling.

### Familjesamtal

Familjesamtal har, åtminstone inom barn- och ungdomspsykiatri, kommit att bli stommen i all behandling av ätstörningar [40]. Russells studier i London tyder också på att denna behand-

*”Individualsamtal, i någon form, skall alltid finnas med i behandlingsplanen vid anorexia nervosa. Samtalen bör i allmänhet vara korta, kanske inte längre än 10–20 minuter varje gång, om patienten är i yngre tonåren, eller ännu yngre.”*

lingsform kan vara effektiv och att den sannolikt ger bättre resultat än individuella stödjande samtal enbart, åtminstone om den anorexisjuka är 18 år eller yngre när sjukdomen debuterar och inte har varit sjuk i mer än tre år då behandlingen inleds [41]. För bulimipatienterna i dessa studier var de olika behandlingstyperna föga framgångsrika. Bara 52 av 80 (65 procent) patienter med ätstörning fullföljde behandlingen. Endast 23 procent av anorexifallen och 9 procent av bulimipatienterna bedömdes återställda efter ett år.

Det är viktigt att framhålla att familjeterapi inte är någonting enhetligt och lika från klinik till klinik. I Sverige dominerar sedan många år tillbaka familjeterapivarianter influerade av Selvini Palazzoli [42] och Minuchin [43]. Dessa terapiformer är i allmänhet ej systematiskt vetenskapligt utvärderade. Det betyder inte att de inte är effektiva. Utvärdering av effektiviteten är dock absolut nödvändig om dessa behandlingsmetoder på sikt skall kunna försvara sin centrala position i terapiarsenalen vid anorexia nervosa.

Den form av familjeterapi som testats i London är alltså inte automatiskt jämförbar med all annan familjeterapi som bedrivs. Russells familjeterapi är höggradigt direktiv [41], dvs man ger familjen i uppgift att göra vissa saker i samband med måltider, diskuterar konkret de problem som uppstår och understödjer på ett positivt sätt de initiativ föräldrarna tar. Syftet är att stödja för-

äldrarnas självkänsla och inbördes samarbete så att de själva förmår hjälpa barnet att äta.

### Föräldrasamtal

Gerald Russells grupp i London har i en serie studier från de allra senaste åren visat att föräldrasamtal separat, utan barnet närvarande, kan vara en utmärkt terapiform vid anorexi [44]. Sådana samtal kan röra huruvida det föreligger olikheter i föräldrarnas sätt att hantera ätproblematiken, om föräldrarna känner sig handfallna inför barnet som vägrar äta och om det finns förutsättningar för dem att förenas i ansträngningen att få barnet att äta. Ibland föreligger konflikter mellan föräldrarna, svårigheter som inte har utlösts av barnets ätstörning. Föräldrarna kan själva ha föreställningar om att vara skuld till det avvikande ät beteendet. Sådana idéer är ofta obefogade, varför föräldrarna behöver stöd för att inte fastna i självföreläpelse. Andra gånger är det sannolikt att familjekonflikterna underhåller en ond cirkel, i vilken barnets viktökning och ett normaliserat ätbeteende försvåras. Samtal om dessa konflikter kan hjälpa.

Det händer också att föräldrarna länge varit på väg att separera. Hjälpt att belysa denna problematik och stöd att lösa upp den (antingen genom beslut om skilsmässa eller att göra ett nytt försök) kan vara nödvändig för att därefter kunna få föräldrarna att samarbeta omkring barnets ätproblematik. Då och då finns familjehemligheter som måste upp till ytan för att familjen skall kunna engagera sig konsekvent i den nu aktuella frågan.

Sjukdom och funktionshinder påverkar alltid alla i en familj. Det kan därför vara svårt att förstå hur familjen fungerade innan en medlem insjuknade. Först nyligen har det gjorts försök att mer objektivt bedöma hur hälsan och den sociala situationen påverkas för nära anhöriga till patienter med ätstörning [45]. I anorexifamiljerna, dock inte i bulimifamiljerna, angav anhöriga att de upplevde en påverkan på sin psykosociala situation jämförbar med den hos anhöriga till schizofrenipatienter. I Russells och medarbetares behandlingsstudie [41] påpekades att i de fall individen med ätstörning blev bättre påverkades inte någon annan familjemedlem till det sämre; dessutom förbättrades kommunikationen mellan föräldrarna.

### Farmakologisk behandling

Det finns inte mycket forskning om behandling av anorexi med farmaka. Placebokontrollerade studier av amitriptylin [46, 47] och klomipramin [48] har inte visat någon effekt av dessa preparat i den behandlade gruppen. Där-

emot har tricykliska medel (amitriptylin, imipramin och desipramin) visat sig vara klart effektivare än placebo i att reducera antalet hetsätningsepisoder vid bulimi [49-56].

Mitchell och medarbetare [55] jämförde intensiv gruppterapi med imipraminbehandling, och fann att gruppterapi gav bättre resultat. Agras och medarbetare [36] jämförde kognitiv beteendeterapi med desipraminbehandling, och fann att en kombination av båda var överlägsen behandling med enbart kognitiv beteendeterapi eller enbart medicin.

Kaye och medarbetare utförde 1991 [57] en öppen studie av fluoxetin, en selektiv serotoninupptagshämmare (SSRI), vid behandling av 21 unga anorexipatienter, där nio svarade bra, tio delvis bra; i två fall såg man ingen effekt vare sig på depression, ångest, ätstörningssymtom eller andra tvångsbeteenden. Kaye [58] menar att anorexisjukdomen saknar känd behandling, på grund av att man har otillräcklig kunskap om dess psykobiologi, och föreslår att man går vidare med hypotesen att kärnsymtomen vid anorexi är relaterade till ökad serotoninaktivitet. Problemet kan också vara att man utför studier utan att ha delat in anorexisjukdomen i undergrupper [35].

Tills vidare är depression och svåra tvångsbeteenden (utanför matområdet), liksom hos andra patientgrupper, indikationer för behandling med tricykliska eller SSRI-preparat. Dock kan depressions- och tvångssymtom ofta hävas genom att patienten – på vilket sätt som helst – kommer ur sin extrema matvägran och ökar i vikt. I tidigskedet av behandlingen har man fortfarande en chans att komma till rätta med symtomen utan farmakologisk terapi.

Dubbelblinda placebokontrollerade studier av fluoxetin har visat en reduktion av antalet hetsätningsepisoder vid bulimi [59, 60]. SSRI-preparatet fluvoxamin har i öppna studier [61] haft viss effekt vid bulimi och atypiskt ätbeteende. Så är också fallet med fenfluramin, som genom att öka serotonintransmissionen påverkar mättnadskänslan [62, 54]. Vid hetsätningssyndromet har antidepressiva, särskilt SSRI-preparaten, visat effekt [63], liksom fenfluramin [64]. Det senare preparatet kan dock inte förskrivas beroende på risken för allvarliga biverkningar, bl a på hjärtklaffarna.

Dubbelblinda placebokontrollerade studier av neuroleptikabehandling vid anorexi har utförts endast med pimozid [65] och sulpirid [66]; effekten var inte signifikant bättre än den med placebo. Medlen kan dock behövas vid svåra ångestattacker. Små doser räcker, och behandlingstiden skall vara så kort som

möjligt. Detsamma gäller för bensodiazepiner, där mycket talar emot förskrivning till dessa unga patienter, och där heller ingen forskning visat någon effekt på grundproblemen.

Litiumbehandling gav signifikant förbättring i jämförelse med placebo i en undersökning av ineliggande anorexipatienter som även behandlades med beteendeterapi [67], men är potentiellt farlig att ge till patienter som svälter och ofta är intorkade.

Cyproheptadin, en histamin- och se-

**”Ett av de vanligast förekommande bristtillstånden vid anorexia nervosa är zinkbrist. Vegetarianism förefaller bli allt vanligare vid anorexi och har uppgetts ge större risk för zinkbrist. Zinkbehandlingen botar inte sjukdomen, men korrigerar den zinkbrist som patienten troligen har och som, i sig själv, kan bidra till ätproblemen.”**

rotoninantagonist, har i tre kontrollerade studier av anorexi ökat vikten och minskat de depressiva besvären hos ineliggande patienter med relativt få biverkningar. Effekten var liten men statistiskt säkerställd [56]. Möjligen skall cyproheptadin reserveras för anorexipatienter i tonåren utan bulimiskt beteende [68].

### **Svälten ger ofta flera olika bristtillstånd**

Svälttillståndet medför ofta brist på många väsentliga spårämnen. Ett av de vanligast förekommande bristtillstånden vid anorexia nervosa är zinkbrist. Vegetarianism förefaller bli allt vanligare vid anorexi [69, 70] och har uppgetts ge större risk för zinkbrist [71]. Zinkbehandlingen botar inte sjukdomen, men korrigerar den zinkbrist som patienten troligen har och som, i sig själv, kan bidra till ätproblemen [72].

Multivitaminpreparat kan ibland vara indicerade, beroende på vilken föda patienten får i sig. Risken för skörbjugg vid C-vitaminbrist och nerv- och synsymtom vid A-, B-, D- och E-vitaminbrist skall inte underskattas [73], även om man i många fall kan utgå ifrån att vitaminer tillhör de få ämnen som individer med anorexia nervosa ser till att få i sig i tillräckliga mängder.

Vid såväl anorexi som bulimi, som kan medföra oligomenorré och perioder med amenorré, är benskörhet en komplikation att räkna med. Behandling av osteopeni/osteoporos sker med kalcium, ibland i kombination med D-vitamin. Vid långvarig amenorré skall östrogenpreparat övervägas. Behandlingen är förebyggande och i viss mån reparerande [74, 17], men hur en optimal behandling ser ut och om exempelvis hormonbehandling kan ha ogynnsam effekt på tillfrisknandet från ätstörningen i sig vet man inte.

Träning är bara delvis förebyggande och kan också medföra risker för fraktur om osteoporos redan föreligger [75]. Träning kan dessutom göra att patienten allt mer fastnar i den onda cirkel (där ofta svält och träning ingår för att förbruka kalorier) i vilken hon/han redan befinner sig.

### **Ljusbehandling**

En gemensam länk mellan depressionssyndromen och bulimi kan vara den säsongsvariation som rapporterats från många forskargrupper, och som resulterat i åtminstone en prövning av ljusbehandling vid bulimi. Studien visade effekt på bulimiskt beteende och depressiva besvär hos en mindre grupp bulimiker på kort sikt [76].

### **Olika vårdformer finns**

De allra flesta anorexipatienter kan behandlas i öppen vård. Inläggning kan dock behövas vid somatiska symtom såsom tecken på allvarlig påverkan på centrala nervsystemet eller på cirkulationen eller vid suicidalitet. Sjukhusvård kan också vara nödvändig för att bryta en snabb viktnedgång eller ett svårt bulimiskt beteende. Tidigare har inläggning av barn och tonåringar skett för att bryta familjens förmodade skadliga påverkan på den unga. I Sverige har här skett en omsvängning de senaste tio åren. Man försöker i stället i de flesta fall stödja familjen att hjälpa flickan/pojken.

Om sjukhusvård bedöms nödvändig för att exempelvis vända viktnedgången erbjuder man på många håll i landet familjen att bo med barnet på sjukhus. Man anser att det minskar risken för återfall vid utskrivning.

Vid bulimi är behandling i öppen vård helt dominerande, men även här kan hotande somatiska komplikationer eller risk för suicid föranleda inläggning. Ineliggande behandling kan också behövas om behandlare och patient inte kan vända beteendet i öppen vård. Särskilda patienthotell för vård av personer med ätstörningar har öppnats på några ställen i Sverige under senare år. Det finns ännu inte några systematiska utvärderingar av denna vårdform, som

därför alltså får anses befinna sig på projektstadiet.

Det finns en befogad stark återhållsamhet när det gäller alla typer av tvångsvård. Forskning på området saknas [77], men den kliniska erfarenheten är att nästan alla anorexi-/bulimipatienter (dvs de individer som kommit under läkarvård) kan behandlas utan sådant tvång som avses i lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Ibland kan en utdragen sjukdom leda till »tillvånning» hos såväl omgivning som behandlare, eller till nihilism vad beträffar utgången. Man tvivlar på att det finns chans till tillfrisknande. Detta kan dock inte förutsägas i det enskilda fallet, och tvångsvård skall alltid övervägas när livet är i fara och patienten inte går med på vård frivilligt.

### Sammanfattning

Anorexi bör behandlas först och främst med åtgärder som åstadkommer en långsam viktökning, ca 0,5 kg per vecka. Föräldrasamtal är ofta värdefulla om patienten är ung, och individual-samtal skall alltid erbjudas patienten själv. Medicin är klart indicerad mot svåra tvångsbeteenden och depressioner som inte lyfter vid viktökning. Bulimi bör behandlas med en kombination av kognitiv beteendeterapi, självhjälpslitteratur och SSRI-preparat. Ingen övrig behandling vid ätstörningar har dokumenterat god effekt.

### Referenser

1. Råstam M. Anorexia nervosa in 51 Swedish children and adolescents: pre-morbid problems and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 819-29.
2. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993; 341: 1631.
12. Beumont PJV, Lowinger K, Russell JD. Medical assessment and the initial interview in the management of young patients with anorexia nervosa. In: Steinhausen HC, ed. *Eating disorders in adolescence*. Berlin/New York: Walter de Gruyter, 1995: 221-46.
18. Gillberg C, Råstam M, Gillberg IC. Anorexia nervosa: Physical health and neurodevelopment at 16 and 21 years. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36: 567-75.
24. Glant H. *Sluta hetsäta*. Stockholm: Natur & Kultur, 1993.
25. Schmidt U, Treasure J. Getting better bit(e) by bit(e). A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders. Hove (UK): Lawrence Erlbaum Associates Ltd, 1993.
27. Treasure J, Schmidt V, Troop N, Tiller J, Todd G, Turnbull S. Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 94-8.
28. Bergh C, Eklund S, Eriksson M, Lindberg G, Södersten P. A new treatment of anorexia nervosa. *Lancet* 1996; 348: 611-2.
29. Gillberg IC, Råstam M, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset. Part I: Personality disorders. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 61-9.

34. Mitchell JE, Hoberman HN, Peterson CB, Mussell M, Pyle RL. Research on the psychotherapy of bulimia nervosa: half empty or half full. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 219-29.
35. Wilson GT. Treatment of bulimia nervosa: when CBT fails. *Behav Res Ther* 1996; 34: 197-212.
36. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Telch CF, Raeburn SD, Bruce B et al. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 179-83.
37. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 304-12.
38. Fairburn CG. Short-term psychological treatments for bulimia nervosa. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity*. New York/London: Guilford Press, 1995: 344-8.
39. Olmsted MP, Davis R, Garner DM, Eagle M, Rockert W, Irvine MJ. Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1991; 29: 71-84.
41. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1047-56.
44. LeGrange D, Eisler I, Dare C, Russell GFM. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 347-57.
56. Walsh BT. Pharmacotherapy of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity*. New York/London: Guilford Press, 1995: 313-7.
60. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VI, Potvin JH, Rampey AH Jr. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 660-6.
68. Heebink DM, Halmi KA. Psychopharmacology in adolescents with eating disorders. In: Steinhausen HC. *Eating disorders in adolescence*. Berlin/New York: Walter de Gruyter, 1995: 271-85.

*En fullständig referenslista kan erhållas från docent Maria Råstam, Barnneuropsykiatri, Division G, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Box 17113, 402 61 Göteborg.*

### Summary

**Two sides to patients with eating disorders; one wants to get better, the other resists**

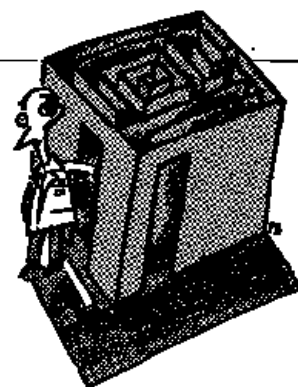
Maria Råstam, Christopher Gillberg, I Carina Gillberg

*Läkartidningen* 1998; 95: 1932-6.

Anorexia and bulimia nervosa patients often require long-term treatment. The efficacy of different treatment approaches is insufficiently known, and for many years well-defined treatment goals were lacking. However, treatment studies are being published, or are under way.

In this paper, the authors attempt to summarize the current state-of-knowledge in the field of eating disorder treatment.

*Correspondence:* Dr Maria Råstam, Child Neuropsychiatry, Division G, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Box 17113, S-402 61 Göteborg.



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till världens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19