

Ätstörningar



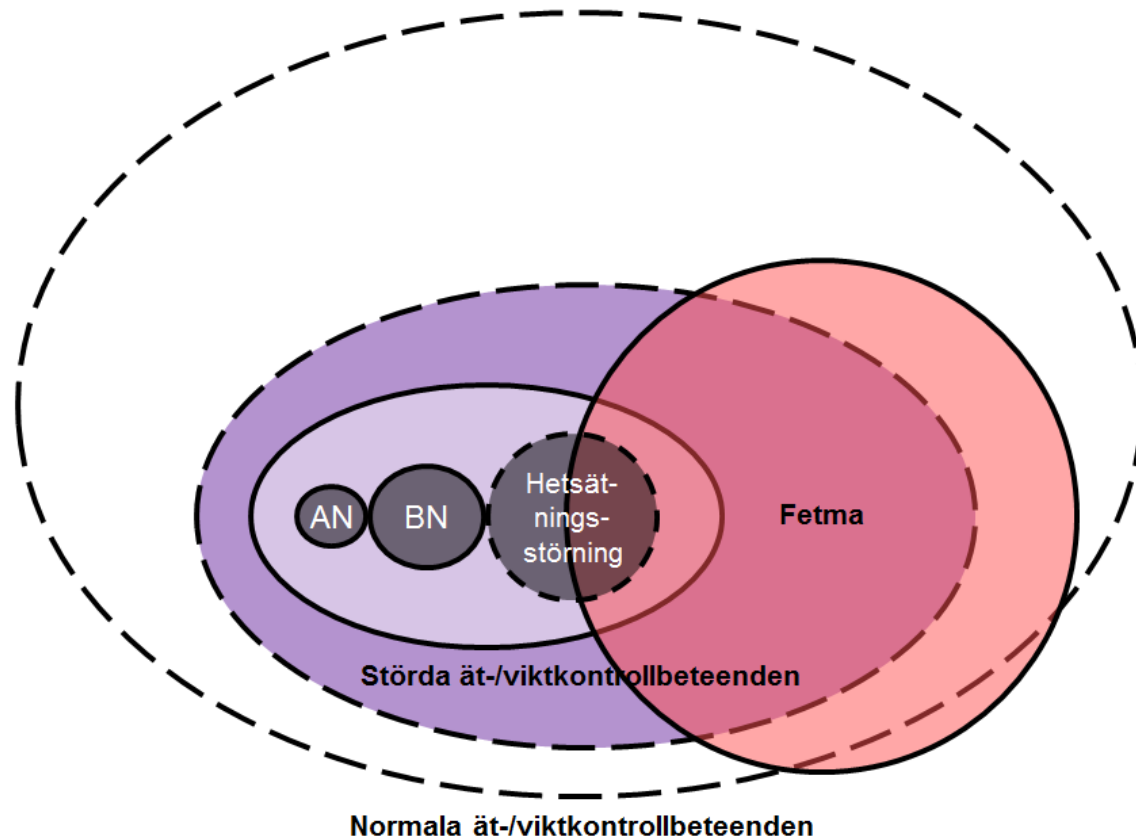
Yvonne von Hauswolff-Juhlin
Överläkare/Docent

Raili Ala
Sjuksköterska/ Legitimerad psykoterapeut

Agenda

- Diagnos
- Debut
- Prognos
- Somatiska komplikationer
- Psykiatrisk samsjuklighet
- Somatisk utredning
- Behandling
- Somatisk samsjuklighet

Ätstörning i Sverige – Hela befolkningen



Claes Norring 2004

Stockholms centrum för ätstörningar

- Är Sveriges största specialiserade ätstörningsklinik.
- Behandlar ca 1200 –1700 patienter årligen, varav ca 33% är barn och ungdomar.
- Den yngsta patienten är 9 år.
- Den äldsta patienten är ca 60 år.
- 2,5 –3,0% är pojkar.

Diagnoser i DSM-5

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Hetsättningsstörning
- Pica
- Idisslande
- Undvikande/restriktiv ätstörning
- Andra specificerade ätstörningar



Anorexia nervosa

1. Otillräckligt energiintag → signifikant låg vikt. För barn/tonåringar: ej nödvändigtvis viktnedgång, kan handla om utebliven förväntad viktuppgång.
2. Intensiv rädsla för att gå upp i vikt: viktfofi.
3. Störd kroppsupplevelse eller förnekande av att den låga vikten är ett bekymmer. Beror på kognitiv utvecklingsnivå – barn kan inte alltid explicit beskriva detta!

Bulimia nervosa

1. Återkommande episoder av hetsätning:
 - a) Intag av abnormt stora mängder mat under kort tid
 - b) Kontrollförlust
2. Återkommande kompensatoriskt beteende (kräkningar, bruk av laxantia eller diuretika, fasta, överdriven motion osv).
3. Minst 1 gång/v under 3 mån.
4. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform/vikt.

Hetsättningsstörning (BED)

1. Återkommande episoder av hetsätning (som vid BN).
2. Tre av följande:
 - a) Äter snabbare än vanligt.
 - b) Äter till obehaglig mättnad.
 - c) Äter stora mängder utan att vara hungrig.
 - d) Äter ensam pga skam.
 - e) Känslor av skam eller avsmak efteråt.
3. Markant obehag.
4. Minst 1 gång/v under 3 mån.
5. Inget kompensatoriskt beteende som vid BN.

Andra specificerade ätstörningar

Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningsdiagnoserna, t ex:

1. Alla kriterier för AN är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom eller över normalintervallet trots en betydande viktnedgång.
2. Alla kriterier för BN är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än en gång i veckan eller under en kortare period än tre månader.
3. Alla kriterier för BED är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än en gång i veckan eller under en kortare period än tre månader.
4. Självrening: Återkommande självrensande beteende (kräkningar, laxantiabruk osv) utan förekomst av hetsätning.
5. Natligt ätande: Återkommande överätande efter kvällsmålet eller vid uppvaknande under natten.

Ortorexi?

- Egentlig definition: Renlärighet i fråga om kost.
- Populärdefinition: Överdriven upptagenhet vid träning och hälsokost.
- Är ingen diagnos och har i forskning visat sig svårt att avgränsa.



”Har jag en ätstörning?”

Fem frågor: SCOFF

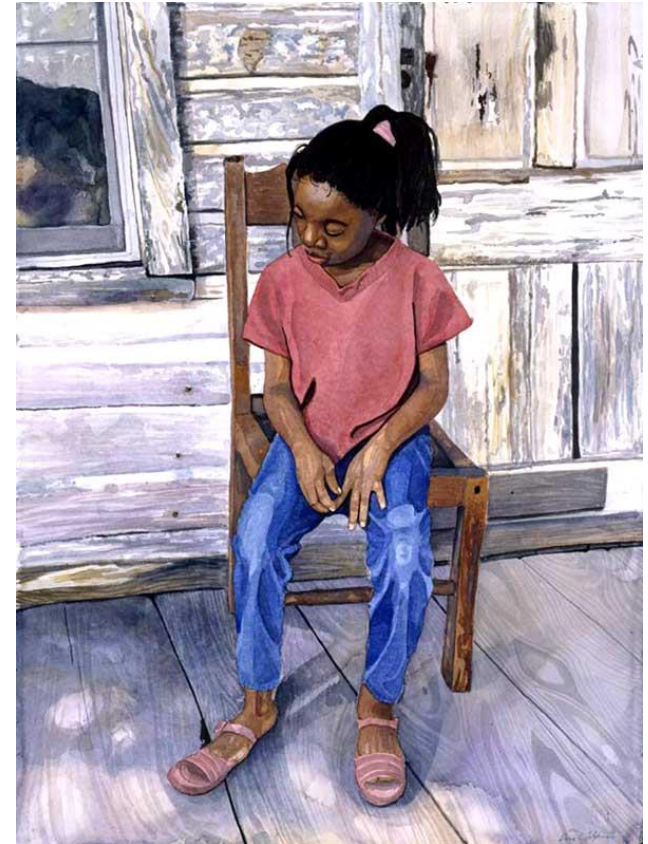
- Gör du så att du kräks för att du känner dig obehagligt mätt?
- Oroar du dig för att du har förlorat kontrollen över hur mycket du äter?
- Har du nyligen gått ner mer än 6 kg inom loppet av 3 månader?
- Tycker du att du är fet även när andra säger att du är för smal?
- Skulle du säga att mat dominerar ditt liv?

Två eller flera “ja” = trolig ätstörning

Debut

AN: Vanligtvis i 13-15 års åldern, men förekommer redan i 9-10 års åldern. Hos yngre oftare bild som vid mer generell tvångsproblematik.

BN: Senare debut, oftast i slutet av tonåren.



Prevalens DSM-IV

AN: 0,5-1% av flickor/unga kvinnor.

BN: 1-2% av flickor i övre tonåren/vuxna kvinnor.

UNS: Sannolikt 3-4 ggr vanligare än AN och BN tillsammans.

Män och ätstörningar



- 7,5% - 10% av patienter med ätstörning är pojkar/män.
- På SCÄ: 2,5 - 3%.
- Före puberteten större andel av patienterna: 15 - 20%.

Riskfaktorer

negativ självbild

genetik

låg ålder/
pubertet

perfektionism/
tvångsmässighet

smalhetskultur

mobbning

bantning

vissa idrotter

trauma (?)

kvinnligt kön



Vad vet vi inte?

Måndag

Till helgen

På lång sikt

Diet



?

Tröttnar, äter
som vanligt
igen

Överäter/
hetsäter

Fortsatt
restriktivt
ätande

Normalt ätande

BN/BED

AN

Vad vet vi inte? Del 2

- Varför fungerar svält ångestlindrande för vissa?
- Varför upplever vissa mättnad som obehagligt?
- Varför kan vissa kräkas med lätthet medan andra knappt klarar det alls?
- Varför lindrar mat ångest för vissa ("tröst-ätande") medan andra knappt kan äta då de är oroliga?

Somatiska konsekvenser

Hjärta: Långsammare puls och lägre bltr

Hjärna: Försämrad kognition, vidgade ventriklar osv

GI: Förlängd ventrikel-tömningstid, försämrad tarmmotilitet, obstipation

Gyn: Amenorré pga östrogenbrist/fettbrist

Skelett: Nedsatt bentäthet

Tänder: Frätskador pga kräkningar

Spottkörtlar: Svullnad

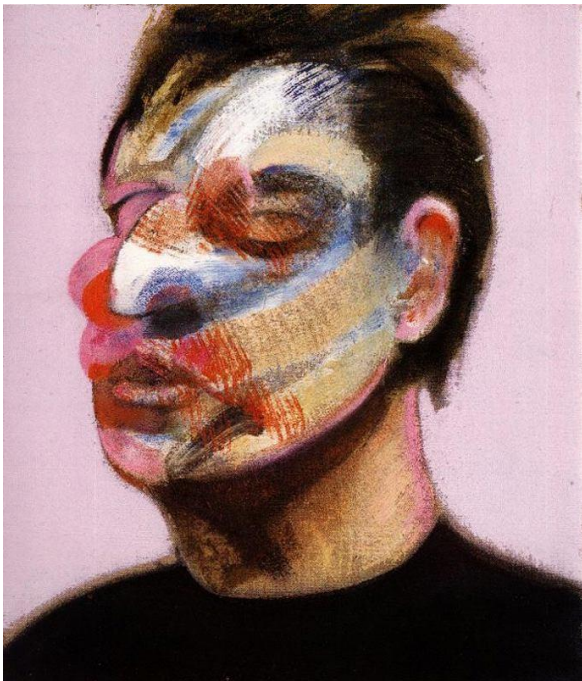
Hud: Lanugobehåring, cyanos, perifer kyla, håravfall

Elektrolytbalans: Vanligast är hypokalemi pga kräkningar → risk för hjärtpåverkan

Blod: Anemi, leukocytopeni, trombocytopeni

Psykiatrisk samsjuklighet

65-80% av de patienter som behandlas för en ätstörning har en eller flera andra psykiatriska diagnoser.



- Ångest och depressiva tillstånd
- Tvångssyndrom
- Personlighetsstörningar
- Neuropsykiatriska tillstånd
- Missbruk

En grundstomme i behandlingen är
regelbundna måltider!

Oavsett om det handlar om AN eller BN!

**”Maten är
medicinen!”**



Fokus på matsituationen

- Den primära åtgärden för att bryta svälten.
- (Åter-)inför regelbundet ätande med:
 - Tre huvudmål (frukost, lunch, middag)
 - Tre mellanmål (fm, em, kvällsmål)
- Exponering och ångesthantering.



Undernäring leder bl a till:

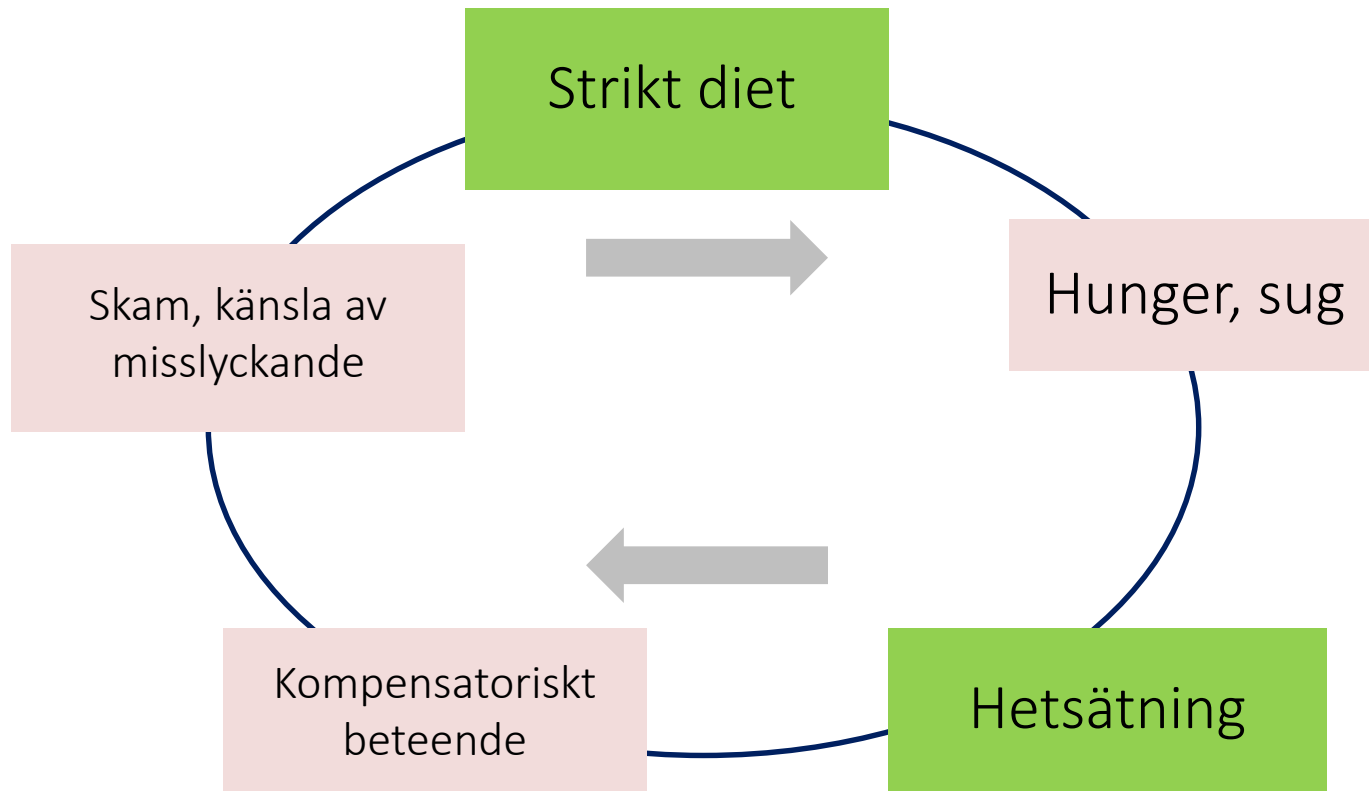
- Ökad tvångsmässighet
- Försämrade kognitiva förmågor



I ett tillstånd av svält är det nästintill omöjligt att "tänka sig ur" ätstörningsproblematiken!

För att kunna tillgodogöra sig samtalsbehandling behöver hjärnan näring

Önd cirkel vid bulimi



Somatisk utredning (av läkare och/eller sjuksköterska)

- Längd, vikt, BMI
- Tillväxtkurva beställes ev. från skolan
- BT, kolla ortostas
- Hjärtfrekvens, ev. bradycardi (obs vid risk för cirkulationskollaps hög puls)
- Dehydrering
- Hypotermi
- Lanugobehåring
- Tandskador, knogar (kräkning)

Provtagning

Laboratorieprover:

- Blodstatus
- Tyroideastatus (T3, T4, TSH)
- Leverstatus
- Urinsticka
- Elektrolyter (Na, K)
- B-glukos
- Kreatinin och urea
- EKG

Skillnad i behandlingskoncept för barn respektive vuxna med ätstörning

- Hos vuxna mycket fokus på motivation till förändring, eget ansvar osv.



- Självklart viktigt även hos barn och unga, men de allra flesta är inte motiverade och många vägrar behandling → föräldrarna får ta över ansvaret!

Evidens

Endast få behandlingsalternativ når högre evidensgrad än nivå C ("expert opinion"):

- » **Familjebaserad behandling** för barn/ungdomar
- » **Guidad självhjälp** för BN och hetsättningsstörning
- » **KBT** för BN och hetsättningsstörning
- » **SSRI-medicinering** för BN och hetsättningsstörning

För vuxna med AN:
Ingen evidens för att
någon särskild
psykoterapeutisk
behandlingsmetod är
bättre än någon
annan – men
”psykologisk
behandling” är bättre
än treatment as usual.



Farmakologisk behandling

BN/BED: God evidens för **SSRI** (fluoxetin bra val vid kräkningar pga lång halveringstid)

AN: Ingen tydlig evidens för att farmakologisk behandling påverkar själva sjukdomen – dock ibland viss hjälp av **neuroleptika** mot ångest i matsituationer

Heldygnsvård



- Måltidsstöd vid alla mål
- Begränsad tid för måltid (30-45 min)
- Ev. näringsdryck som komplettering
- Ev. tillfällig sondmatning
- Vila efter lunch och middag
- Rullstol vid BMI <13
- Sängläge vid BMI <12
- EKG/labkontroller

Refeeding-syndrom

- Risk under de första veckorna av viktuppgång
- Övergång från katabolt till anabolt tillstånd → ökad fostfatåtgång → **fosfatbrist**
- Hjärtsvikt, krampanfall, koma
- Viktuppgång bör ej gå fortare än 0,5-1 kg/v
- Följ fosfatnivåer och substituera vid behov!

OBS! Anorexia nervosa utgör en **allvarlig psykisk störning** och kan således ligga till grund för vård enligt LPT!



Prognos

	<u>AN</u>	<u>BN</u>
Friska	50%	70%
Förbättrade men har kvar besvär	15%	20%
”Crossover”	15%	~1%
Livslång sjukdom	10%	10%
Dör av ätstörningen	10%	~1%

- Vanligaste dödsorsakerna är suicid och hjärtåkommor
- ”Den dödligaste psykiatriska sjukdomen”

- Risken att dö i förtid är 7 ggr högre än normalt hos patienter med ätstörningar.
- Hos kvinnor 25-29 år med ätstörning: 15 ggr högre.
- För patienter med AN under första året efter kontakt med sjukvården: 30 ggr högre!



Diagnostik Övervikt - ätstörning

- Svårt!
- Vad är en hetsätning?
- Vad är kompensation eller inte kompensation?
- Hur mycket/hur ofta?
- Hur gör vi med patienter som genomgått en viktminskningsoperation?

Samsjukligheten – diabetes typ 1

- Högre prevalens av ätstörningar hos ungdomar med typ 1 diabetes (10%) jämfört med åldersmatchade kontroller (4%). Inga vuxenstudier finns publicerade.
- Det finns studier som visar att upp till 26% av diabetespatienterna uppvisar någon form av stört ätbeteende.
- Viktigt att screena diabetiker för ätstörning.
- Dock viktigt att tänka på att ätstörningsformulär kan ge ett falskt positivt resultat då många diabetiker är mer upptagna av mat och ätande än normalbefolkningen (utan att ha en ätstörning).
- Behandling bör ske på ätstörningsteam i samråd med diabetesmottagningen.

Celiaki

- Ibland problematisk diagnostik och livsmedelsval.
- Problem?
- Vad utesluts på grund av celiakin och vad utesluts på grund av ätstörningen?

Sammanfattning

- Ätstörningar drabbar ca 10% av kvinnor i ålder 15-30 år. Hög dödlighet fram för allt hos anorektiker.
- Somatiska komplikationer vanliga, viktigt med somatisk utredning. Framför allt vid anorexi eller bulimiker med mycket kräkningar.
- Det finns en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet vid ätstörningar. Det vanligaste samsjuklighetsdiagnoserna är depression och ångest. Därför viktigt att utesluta andra diagnoser.
- Somatisk samsjuklighet är mindre vanligt men en komplicerade faktor vid ätstörningsvård