



Ätstörningar

10.6.2015

Ätstörningar är störningar i den mentala hälsan som förekommer främst hos ungdomar och unga kvinnor.

De mest kända ätstörningarna är anorexi (självsvält, anorexia nervosa) och bulimi (bulimia nervosa). Den vanligaste atypiska ätstörningen är hetsättningsstörning (binge eating disorder, BED).

En person med anorexi undviker att äta och motionerar också ofta mer än vanligt, vilket gör att vikten sjunker. Hon kan också kasta upp för att bli av med den uppätta maten samt använda laxermedel och vätskedrivande eller aptithämmande läkemedel.

Föreställningen om den egna kroppen är förvriden och trots att patienten magrar och tynar av tycker hon att hon är fet.

Vid bulimi förekommer upprepade episoder av hetsätande då patienten nästan tvångsmässigt kastar i sig stora mängder mat som hon sedan försöker bli av med genom att kasta upp, ta läkemedel eller fasta. Bulimikers självkänsla bygger i stor utsträckning på utseende och vikt. Också bulimi är förenat med rädsla för att fetma. En person med bulimi kan ha normal kroppsvikt.

En person med hetsättningsstörning kan inte behärska eller avbryta sitt ätande. Vid de återkommande episoderna av hetsätning äter patienten stora mängder mat trots att hon inte ens är hungrig. Hon försöker inte bli av med den uppätta maten (till skillnad från bulimi) vilket gör att vikten stiger. Psykiskt lider patienten mycket av hetsättnings-episoderna.

Förebyggande

Faktorer som skyddar mot ätstörningar är hälsosamma matvanor, ett godkännande förhållningssätt till den egna kroppen och kroppens normala storlek, positiv självuppfattning, stark självkänsla och bra socialt stöd. För att självbilden ska bli positiv spelar föräldrarna, skolan och medierna en central roll.

Misstanke och diagnos

En person med ätstörning talar vanligen inte själv om problemet utan försöker snarare hålla det hemligt, så om minsta misstanke om saken väcks ska man fråga rent ut. Här är patientens närmaste krets – familj, närstående, lärare, idrottstränare, skolhälsovård – i nyckelställning.

Prognosen är bättre ju tidigare ätstörningen diagnostiseras och man kan ta tag i saken och hänvisa patienten till vård.

Undersökning

Till undersökningarna för en person som har insjuknat i ätstörning hör fysisk och psykiatrisk undersökning samt samtal med patienten.

Vid den psykiatriska undersökningen klarläggs om det är fråga om ätstörning, om patienten har andra samtidiga psykiska symtom eller sjukdomar och patientens psykiska utveckling utvärderas.

Man frågar patienten om uppkastningar och eventuell användning av laxerings-, vätskedrivande- och bantningsläkemedel, mat- och motionsvanor klarläggs och likaså åldern när menstruationerna började och när de eventuellt upphörde. Närstående vuxna utfrågas om eventuella förändringar i vikten och om bantning och bantningsförsök.



Utgående från undersökningsresultaten uppgör man tillsammans med patienten (och föräldrarna) en behandlingsplan och följer upp hur den verkställs.

Allmänna principer för behandling

Speciellt viktig är patientens egen önskan att bli frisk och att förändra sitt beteende. Behandlingen ska innehålla kunskapsmässig handledning (psykoedukation), det vill säga information om sjukdomen, om ätandets lagbundenheter och om följderna av svält. Det är viktigt att familjen och de närstående är med i behandlingen.

Näring

Näringstillståndet bör korrigeras snabbt (med undantag för undernäring som pågått länge och vid mycket låg vikt, viktindex 12 kg/m² eller lägre). Målsättningen är att uppnå normalvikt, viktindex är då minst 18,5 kg/m². Om patienten tidigare har haft normal menstruation ska vikten ökas till åtminstone en sådan nivå att menssen kommer igång igen.

Det individuella måltidsschemat ska bygga på precisionsätande, det vill säga regelbundet, tillräckligt och mångsidigt ätande samt ett tillåtande förhållningssätt till ätandet. Kosten kompletteras enligt behov med vitamin-, mineral- eller näringstillägg.

Personer med ätstörningar utvecklar ofta benskörhet och östrogenbrist; då minskar bentätheten och risken för benbrott ökar. Arbetsgruppen rekommenderar därför ett dagligt tillskott på 1 000 mg kalcium och 20 µg D-vitamin.

Behandlingsplats

I första hand sker behandlingen inom öppen-vården. Unga patienters hälsotillstånd kan

följas upp inom skol- eller studenthälsovården. Lindriga störningar kan avhjälpas redan med några enstaka rådgivnings- och uppföljningsbesök, men vid behov skrivs en remiss till polikliniken för barn- eller internmedicin eller till polikliniken för barn-, ungdoms- eller vuxenpsykiatri.

Akut remiss

En akut remiss skrivs om viktindexet är mycket lågt (11–13 kg/m²), om avmagringen är snabb, om patienten har en svår störning i ämnesomsättningen, om blodtrycket eller pulsen är mycket låga eller om det misstänks att patienten har en allvarlig psykisk störning.

Behandling på psykiatriskt dagsjukhus och psykiatrisk vårdavdelning

Det kan ibland vara nödvändigt med sjukhusvård. Vid behandling på sjukhus följer man normal måltidsrytm och en mångsidig grundkost. I början är en vårdare med när maten utportioneras, men patienten kan småningom sammanställa sina matportioner själv. Det räcker med vägning en till två gånger i veckan. Man övergår från sluten till öppen vård så snart patientens tillstånd medger det.

Vård oberoende av patientens vilja

Om patienten vägrar vård trots att vårdbehovet är uppenbart kan vården verkställas oberoende av patientens vilja enligt [Mentalvårdslagen](#).

Psykiatrisk behandling

Vid psykiatrisk behandling används olika former av psykoterapi, till exempel familjebaserad, kognitiv- behavioristisk, interpersonell, dialektisk eller psykodynamisk terapi. Man väljer den terapiform som bäst lämpar sig för patienten.



Som stöd för behandlingen kan också olika vårdgrupper användas (till exempel grupper för ångestkontroll, psykoedukation, avslappning, ätande, näringsterapi eller ergoterapi).

Rehabiliterande psykoterapi inleds först när nutritionstillståndet har korrigerats.

Andra behandlingar

Motionsbegränsning

För anorexipatienter kan vikten vid behov ökas snabbare genom att begränsa motionerandet. När det svåra undernärings-tillståndet har korrigerats är det tryggt för patienten att motionera, eftersom det ökar välbefinnandet och hjälper till att återställa patientens muskelkraft och uthållighet. För patienter med hetsätstörning och övervikt hjälper motion vid viktkontrollen.

Tandvård

Uppkastning i samband med ätstörningar kan ge upphov till kraftig nedslitning av tänderna. Detta kan förebyggas genom att skölja tänderna efter uppkastning eller genom att använda ett munvatten som neutraliserar surheten.

Fysioterapi

Fysioterapi rekommenderas som en del av behandlingen för patienter med ätstörningar, eftersom de ofta har en förvriden uppfattning av sin kropp, ett negativt förhållningssätt till sitt utseende och sin kropp samt ett tvångsmässigt, överdrivet motionsbeteende.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling kan ha effekt vid behandling av bulimi och hetsätstörning, men huvudsymtomen vid anorexi

lindras sällan med läkemedelsbehandling. Med läkemedel kan också andra samtidiga psykiska symtom behandlas, till exempel depression och ångest- eller personlighetsstörning eller missbruksproblem.

Pojkar och män

Hos pojkar och män tar sig ätstörningar andra uttryck än hos flickor och kvinnor. De kan använda näringstillskott och anabola steroider turvis med fettrestriktiv diet eftersom de vill öka sin muskelmassa snarare än att gå ner i vikt.

Behandling av långvarig ätstörning

En ätstörning är långvarig om den har pågått i årtal och flera välutförda behandlingsförsök inte har hjälpt. Då är det nödvändigt med regelbunden uppföljning och en stödjande och rehabiliterande kontakt i den öppna vården. En rimlig målsättning för behandlingen uppställs tillsammans med patienten.

Kamratstöd är nödvändigt

Ätstörningsförbundet i Finland, [SYLI ry](#), representerar patienter med ätstörningar och deras närstående.

Prognos

Lindriga ätstörningar kan avhjälpas med bara några få rådgivnings- och uppföljningsbesök. Då diskuteras situationen och riskerna och patienten får handledning för ett hälsosamt, mångsidigt och regelbundet ätande.

För en del patienter kan egenvård vara en tillräcklig behandlingsform. Då går patienten framåt i sin egen takt med hjälp av en guide i egenvård eller genom att följa med till exempel ett internetbaserat program för egenvård (bland annat egenvårds-



programmet [Bli fri från hetsätning](#) på Psykporten.fi).

Största delen av de kroppsliga symtomen vid ätstörningar går över när patienten återhämtar sig, men förändringar i benstommen och tandskador blir ofta bestående.

Anorexi är ofta långvarigt (pågår i genomsnitt i sex år) och förloppet går i vågor. Av patienterna återhämtar sig 50–70 procent fullständigt, hos 20–30 procent fortsätter symtomen och hos 10–20 procent blir sjukdomen kronisk. Anorexi är förknippat med hög dödlighet: risken att dö är mer än sexfaldig jämfört med den övriga befolkningen i samma ålder.

Förloppet vid bulimi är ofta periodiskt eller går i vågor. Cirka 45–55 procent återhämtar sig fullständigt, hos 27–30 procent fortsätter störningen periodvis och hos 20–23 procent blir den kronisk. Risken för att dö är nära på trefaldig jämfört med den övriga befolkningen i samma ålder.

Förloppet vid hetsätningstörning (binge eating disorder, BED) är ofta långvarigt och går i vågor. Risken för att dö är nära på dubbel jämfört med den övriga befolkningen i samma ålder.

Patientversionen är sammanställd utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation av den för patientversionerna ansvariga redaktören **Kirsi Tarnanen** och den är granskad av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, specialistläkaren i psykiatri **Jaana Suokas** från ätstörningskliniken vid HNS/HUCS och av redaktören för God medicinsk praxis, specialistläkaren i gynekologi och obstetrik **Piia Vuorela** från HNS Borgå sjukhus.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis-rekommendationerna är sammandrag gjorda av framstående experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.