

**Liten faktagenomgång om ätstörningar Materialet är ett utdrag från Uppsatsarbete steg-1 utbildning i kognitiv psykoterapi, KPT Svealand, Örebro HT- 2008 av Åsa-Helena Borkesand 2008.**

**(citera gärna men ange alltid källan)**

**Diagnoser**

***Anorexia nervosa (AN)***

Anorexia Nervosa (hädanefter AN) drabbar framför allt unga kvinnor och utgör en av de mest allvarliga psykiatriska störningarna bl.a. i form av hög dödlighet, och att stoppa svälten är den första behandlingsåtgärden (Ramklint, Ghaderi & Holmgren, 2007). Man räknar med att 10-40 kvinnor per 100 000 kvinnor insjuknar per år (Clinton & Norring 2002).

***Enligt rådande psykiatriskt diagnossystem (DSM) definieras Anorexia Nervosa enligt nedan:***

A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85% av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade).

B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.

C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.

D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, dvs. minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t e x östrogen.)

**Specificera typ:**

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med låg vikt vid AN menar man en vikt som är minst 15 % under den förväntade vikten som i sig bestäms av kön, ålder och längd. För vuxna anses ett så kallat Body Mass Index (BMI) under 17.5 som allvarlig undervikt. BMI räknas fram genom att dela vikten i kilo per kvadraten av längden i meter). T.ex. om man väger 65 kilo och är 1.68 m lång så blir ens BMI  $65:(1.68 \times 1.68)=23$  som ligger inom det hälsosamma spektrat dvs., mellan 20 och 25.

### ***Bulimia nervosa (BN)***

Bulimia Nervosa (hädanefter BN) är oftast inte livshotande, men ger ofta upphov till tandskador, irritationstillstånd i spottkörtlar, matstrupe, magsäck och tarm samt kan ge upphov till rubbningar i saltbalansen (Ramklint, Ghaderi & Holmgren, 2007). När det gäller BN så ligger incidensen på ca 5,5 kvinnor per 100 000 kvinnor per år. Även män drabbas av AN och BN, men i mycket lägre utsträckning. Ca 10 % av fallen utgörs av män, enligt statistiska beräkningar (Clinton & Norring 2002).

### ***Diagnostiska kriterier för Bulimia Nervosa enligt DSM-IV är:***

A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av 1 och 2:

1. personen äter under en av gränsad tid ( t.ex. inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter
2. personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t.ex.en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).

B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t.ex. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.

C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.

D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.

E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

BN kan vara av två typer:

1. Med självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.
2. Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

BN debuterar i regel i högre åldrar jämfört med anorexia nervosa. Den typiska debutåldern är mellan 16 och 19. I de flesta fall börjar BN efter en bantningsperiod som är tillräckligt rigid och långdragen för att skapa kognitiv upptagenhet av mat och ätande. Detta i kombination med vissa riskfaktorer (t ex låg självkänsla, missnöje med vikten/figuren och en klar tendens att använda sig av undvikande coping) kan lägga grunden för utveckling av BN.

***Hetsättningsstörning (binge eating disorder BED).***

Denna störning innebär att individen hetsäter men inte använder sig av några kompensatoriska beteenden. Denna ätstörning leder ofta till övervikt (Fairburn, 2003).

***Diagnostiska kriterier för hetsättningsstörning (BED) enligt DSM-IV är:***

A. Återkommande episoder av hetsätning. En hetsätningsepisod karakteriseras av följande två beskrivningar:

(1) personen äter under en av gränsad tid (t.ex. inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter

(2) personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t.ex. en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter)

B. Hetsätningsepisoden är associerad med tre (eller fler) av följande:

(1) äta mycket snabbare än normalt

(2) äta till man känner sig obehagligt mätt

(3) äta stora mängder mat när man inte känner sig fysiskt hungrig

(4) äta i ensamhet därför att man skäms för hur mycket man äter

(5) känna sig äcklig eller känna sig nere, känna mycket skuld efter överätning

C. Klart bekymmer eller upplevelsen av att vara olycklig p.g.a. hetsätning

D. Hetsätningen förekommer i genomsnitt minst 2 dagar i veckan under sex månader

E. Hetsätningen är inte relaterad till regelbunden användning av olämpliga kompensatoriska beteenden (t.ex. självframkallad kräkning, fasta, överdriven motion) och inträffar inte heller enbart under förloppet av anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

***Anorexia utan närmare specifikation (anorexia UNS).***

Utöver anorexia nervosa och bulimia nervosa som är de två huvudsakliga formerna av ätstörningar finns det ett antal syndrom som benämns som ätstörningar utan närmare specifikation (UNS), (Clinton & Norring 2002).

***Följande exempel (ur DSM-IV) ger en bild av denna restkategori:***

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.

2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.

3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.

4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t.ex. självframkallad kräkning efter att ha ätit två småkakor).

5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.

6. Hetsätning: Personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteenden som annars karakteriserar bulimia nervosa

### **Uppkomstmekanismer**

Uppkomsten och utvecklingen av ätstörningar utgörs av en komplex interaktion av sociokulturella, biologiska och psykologiska faktorer som samspelar över en längre tid. Detta gör att det är svårt att finna enkla svar på ätstörningarnas uppkomstmekanismer.

Forskningen kring ätstörningar har ökat de senaste tjugo åren, vilket har bidragit till en ökad förståelse om bakgrunden till ätstörningar, men bilden är långt ifrån komplett. En svaghet i tidigare forskning är att man oftast har studerat selekterade kliniska urval som har behandlats i specialistvård, vilket har begränsat generaliserbarheten. De kontrollgrupper som har använts har sällan varit psykiatriska vilket gör det svårt att avgöra om resultaten är specifika för ätstörningar eller gäller för psykiska problem i allmänhet. Forskningen har också till största delen inriktats på de två kärndiagnoserna AN och BN medan kunskaper om hela ätstörningsspektrat som omfattar mildare och atypiska varianter av kärnsymptomen är mycket begränsade (Clinton & Norring 2002).

### **Biologiska orsaker**

#### *Hunger och mättnadsreglering*

Generellt sett är det två system som reglerar aptiten och födointaget; korttidsregleringen som inbegriper förhindrande av överätning vid varje måltid och regleringen på lång sikt vilken primärt sköter underhållet av normala energilager i form av fett i kroppen. Regleringen av kroppsfett är baserat på ett homeostatiskt system som är inriktat på viktökning och lagring av fett och där endast ett fåtal mekanismer befrämjar viktninskning. Hypothalamus i hjärnan tar emot input från fettväven och då främst från leptin och insulin när det gäller långtidsregleringen och från magens *peripheral hormone peptide* (PYY), *glucagonlike peptide* (GLP-1), *cholesystokinin* (CCK) och ghrelin när det gäller korttidsregleringen (Farooki, & O'Rahilly, 2005)

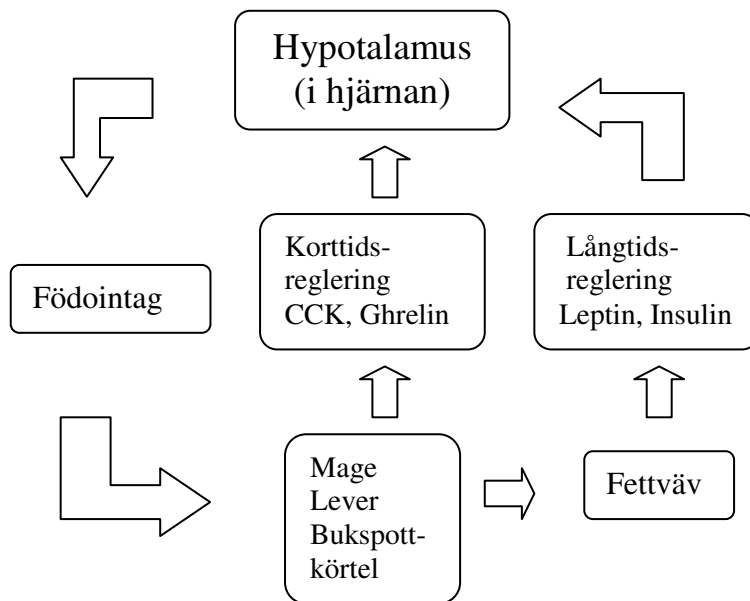


Fig. 1. Kort och långsiktig hungersreglering fritt efter modell av Konturek, et. al. 2005

Hormoner och neurotransmittorer som anses minska födointaget:

- Serotonin,
- Noradrenalin
- $\alpha$ -melanocyststimulerande hormon ( $\alpha$ -MSH)
- Kortikotropinfrisättande hormon (CRH)
- Leptin
- Insulin
- CCK
- Enterostatin
- GLP-1
- Cocaine and amphetamine-regulated transcript (CART)

Hormoner och neurotransmittorer som anses öka födointaget:

- Neuropeptid Y (NPY)
- Agouti-related peptid (AgRP)
- Melaninkoncentrerande hormon (MCH)
- Orexiner
- Endorfiner
- Galanin
- Aminosyror (glutamat och  $\gamma$ -aminobutyric acid)
- Kortisol
- Ghrelin

(Konturek, et. al. 2005; Kalra, et.al. 1999)

Neurotransmittorer som reglerar humör, i synnerhet serotonin anses ha betydelse för utvecklande av BN och man misstänker också att aptitreglerande peptiden CCK har betydelse

för utvecklandet och vidmakthållandet av BN. Denna peptid anses minska födointaget hos människor och patienter med BN har visat sig ha en störd sekretion av denna. Man har också sett att individer med BN har högre ghrelin-nivåer efter måltid än normalpopulationen (Naessén, 2006). Det finns flera hypoteser som är inriktade på att det kan finnas en avvikande serotoninomsättning hos personer med ätstörningar. Ett intressant fynd som har gjorts när det gäller anorektiker med hetsättningsepisoder är att dessa har uppvisat en minskad nedbrytning av serotonin jämfört med restriktiva anorektiker (Hägglöf i Clinton & Norring, 2002)

Polycystiskt ovarie syndrom PCOS har synts i ökad frekvens hos individer med BN. PCOS är en hormonell rubbning som kan förekomma hos kvinnor och menstruationsrubbningar är vanligt. Mellan fem och tio procent av alla kvinnor i fertil ålder beräknas lida av PCOS. Man har också sett en något ökad halt av androgena hormoner hos kvinnor med BN varför man har testat att ge antiandrogena preventivmedel. Resultaten har visat på en symptomlindring och lämnar öppet för vidare forskning inom området (Naessén, 2006). Det kan också tilläggas att svält i sig också ger en rad hormonella rubbningar (Hägglöf i Clinton & Norring, 2002).

### ***Kan svälten i sig utlösa ätstörningen? Vad är hönan och vad är ägget?***

I en studie från 1950-talet genomförde en grupp forskare ett frivilligt svältexperiment på en grupp unga män. Experimentet varade i sex månader och man reducerade männens födointag med ungefär hälften. Både under och efter svälten uppvisade männen samma symptom som vid AN och BN. Männen förlorade i genomsnitt 25 % av sin kroppsvikt och det varierade hur man reagerade på viktförlusten, men alla genomgick fysiska och psykologiska förändringar. De blev extremt upptagna av tankar på mat och ätande och själva måltiderna upptog nästan all koncentration. Deras samtal kom att handla om mat, kokböcker och recept och några ändrade t.o.m. sina yrkesinriktningar och blev sedermera kockar (Nevonen i Clinton & Norring, 2002).

Under återgången till normalt ätande förlorade flera av männen i studien kontrollen över sitt ätande och många klagade på att de fortfarande var hungriga efter att ha ätit en stor måltid. De upplevde också oro, ångest, irritabilitet, humörsvängningar, sömnstörningar och depressivitet och de drog sig undan sociala aktiviteter och isolerade sig. Ett flertal av dessa effekter återställdes först efter flera månaders normalt ätande. Vid kraftig bantning sjunker kroppens ämnesomsättning som ett sätt att försöka spara på energi. För männen i studien sjönk ämnesomsättningen med 40 %. Många symptom som männen uppvisade syns även hos individer med ätstörningar, och svält påverkar alltså inte bara ätandet, kroppen och vikten utan påverkar också psykologiska och sociala aspekter av en människas fungerande och liv (Nevonen i Clinton & Norring, 2002).

### ***Familjemönster***

Familjemönstrens betydelse har i tidigare forskning framhållits som stor. Senare tids forskning visar på stor variation i interaktionsmönster hos familjer med ätstörningar men några faktorer tycks kunna ha betydelse. Upplevelser av bristfällig kommunikation och omsorg i familjen har visat sig vara riskfaktorer förknippade med ätstörningar i en stor befolkningsstudie (Neumark-Sztainer et al., 2000).

### ***Kulturella mönster***

Miljöer med slankhetsideal kan ses som predisponerande faktorer men dock bör man betänka att de flesta kulturer i västerlandet utsätts för ett starkt medietryck där slankhetsideal framhålls utan att majoriteten av befolkningen för den skull drabbas (Naessén, 2006). Däremot har man sett samband mellan vissa typer av hobbies eller yrkesinriktningar och ökad risk för insjuknande i ätstörningar. Personer som ägnar sig åt dans, befinner sig i modevärlden eller idrottsvärlden löper en ökad risk att utveckla ätstörning. Emellertid är den grupp som löper högst risk att utveckla BN eller hetsättningsstörning personer som lider av fetma och går på diet och de som ligger i riskzonen för att utveckla psykiatriska sjukdomar i allmänhet (Naessén, 2006).

### ***Psykologiska och övriga predisponerande faktorer***

Perfektionism, låg självkänsla, låg affekttolerans, låg impuls kontroll, oförmåga att anpassa sig till utvecklingsmässiga stressorer såsom pubertet och sexualitet. m.m. anses vara riskfaktorer. Hetsättningsstörningar utvecklas oftare hos individer som bantar och riskerar att bli obesa och även hos individer som riskerar att utveckla psykiatriska sjukdomar generellt. Även upplevda trauman har visat sig vara predisponerande för utvecklandet av ätstörning. En föreslagen möjlig tolkning av komplexiteten i detta skulle kunna vara att utvecklandet av en ätstörning till följd av trauma även beror på impulsivitet och personlighetsvariabler (Clinton & Norring, 2002).

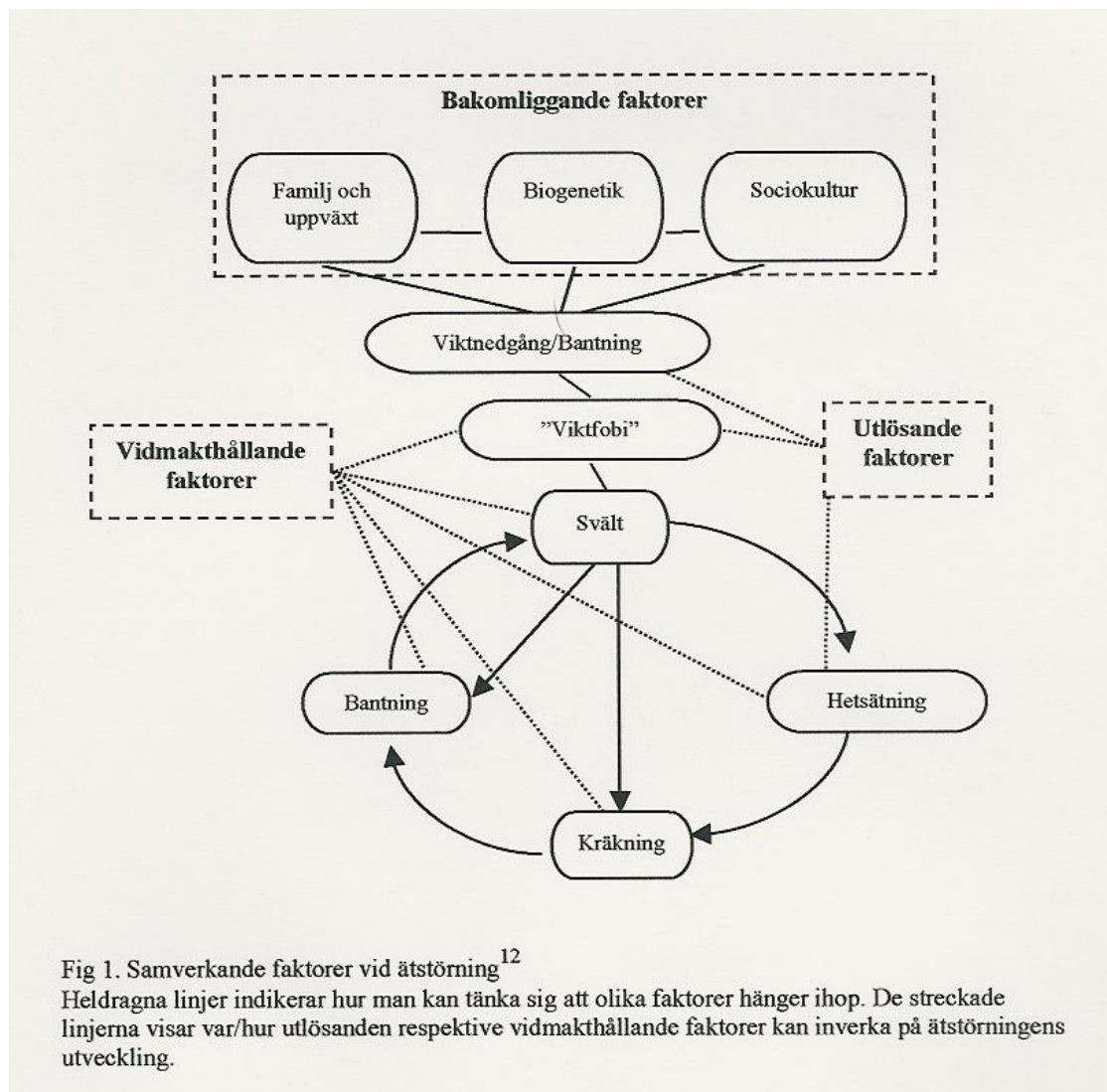
Sammanfattningsvis kan det konstateras att det är en lång rad olika faktorer som spelar in när det gäller utvecklandet av ätstörningar och på många håll framhålls nödvändigheten av ett multifaktoriellt synsätt där biologiska, psykologiska och sociala processer samspelar som predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer (Clinton & Norring, 2002).

### ***Utvecklingsvägar***

Ätstörningar debuterar tidigt i livet, AN oftast under tonåren och BN i slutet av tonåren eller i ung vuxenålder (Fairburn and Harrison 2003). Mat och ätproblem i barndomen, t.ex. att äta för lite, äta långsamt, äta väldigt selektivt och undvika viss mat, ökar risken för att senare senare drabbas av en ätstörning (Lewinsohn, Striegel-Moore et al. 2000). Det är vanligt att patienter med ätstörningsproblem uppfyller kriterierna för olika ätstörningar under olika perioder. Man kan t.ex. att insjukna i AN, senare utveckla BN för att efter ännu en tid ej längre uppfylla dessa kriterier utan istället diagnostiseras som ätstörning UNS (Fairburn & Harrison, 2003). Prediktorer för insjuknande är övervikt i barndomen, låg självkänsla och dysfunktionella personlighetsdrag (Fairburn & Harrison, 2003).

### ***Samsjuklighet***

Psykiatrisk samsjuklighet med ätstörningar är vanlig, både när det gäller kliniska syndrom som depression (axel I) eller personlighetsstörningar (axel II) och förekommer hos ca 3/4-delar av patienterna (Milos, Spindler et al. 2004). Även missbruksproblem finns hos patienter med ätstörning och även omvänt finns en överrepresentation av ätstörningar hos missbrukare (Clinton & Norring, 2002). En personlighetsstörningsdiagnos har relaterats till sämre behandlingsutfall (Ro, Martinsen et al. 2005). Detta har både en klinisk betydelse, eftersom patienten har behov av vård även för dessa problem, och en etiologisk implikation (Ramklint, Ghaderi & Holmgren, 2007). Även tvång och ångest är vanliga diagnoser som finns hos individer med ätstörningar och dessa bör behandlas samtidigt med ätstörningen (Clinton & Norring, 2002).



Figur 1 Samverkande faktorer vid ätstörning (Helgesson, Marianne & Lamminen, Mailen, 2004).

## Behandlingsmetoder

### Psykofarmaka

Man har studerat olika antidepressiva preparat vid BN såsom tricykliska antidepressiva (TCA) - preparat, selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI- preparat och monoaminoxidas- (MAO)-hämmare och generellt verkar antidepressiva farmaka ge effekt vid BN. SSRI-preparatet Fluoxetin är det medel som har studerats mest och det har godkänts av amerikanska Food and Drug Administration och svenska Läkemedelsverket. Fluoxetin är bättre än placebo för att minska hetsätningssymptom och kräkningsbeteende. Det finns anledning att tro att de flesta andra SSRI-preparat har liknande effekt som fluoxetin vid BN som ex. fluvoxamin (Hägglöf i Clinton & Norring, 2002).

Kognitiv beteendeterapi har bättre effekt på att reducera symptom vid BN än farmaka. Farmaka och KBT har bättre effekt än enbart farmaka men det är oklart om KBT plus farmaka är bättre än enbart KBT men det finns nyare studier som pekar i den riktningen. Det finns också evidens för att behandla komorbiditet såsom generell ångest, tvångssyndrom och depression (Hägglöf i Clinton & Norring, 2002). Senare studier visar att kvinnor med BN kan få symptomlindring med antiandrogena preventivmedel. Exempelvis har läkemedlet Yasmin® gett kvinnor med BN minskat hetsätningssug och ökad impuls kontroll (Naessén, 2006).

### ***Manualbaserad kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi***

I förhållande till behovet finns det bara ett litet antal terapeuter i Sverige som har adekvat kompetens för att ge de behandlingar som visat sig vara effektiva vid BN, nämligen manualbaserad kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi. Det finns en hel del forskning om behandlingsutfall vid ätstörningsproblematik men kvaliteten på de studier som har genomförts är varierad (Berkman et. al. 2006). Under de senaste tio åren har en serie forskningsansatser visat att ansevärd andel av personer med relativt nydebuterad BN och hetsätning kan ha mycket stor nytta av KBT-baserade självhjälsprogram (Carter and Fairburn 1998; Loeb, Wilson et al. 2000; Murphy, Schmidt & Williams, 2006; Hay, Bacaltchuk & Stefano 2008).

Självhjälp kan innebära att patienten arbetar helt på egen hand med ett självhjälsmaterial eller att han eller hon får strukturerat, manualiserat stöd i att arbeta med materialet s.k. guidad självhjälp. Idag anses strukturerad självhjälp utgöra en potent första behandling i en stegvis behandlingsmodell. Dock behövs storskaliga effectivenessstudier för att kunna analysera effekten i olika patientgrupper, inklusive kostnadsberäkningar. Det finns konsensus kring vad som är evidensbaserad behandling vid BN, men många patienter söker för en symptombild som inte helt uppfyller kriterierna för BN. För denna grupp, patienter med ätstörning UNS, saknas tillräcklig kunskap om effektiv behandling. UNS gruppen, som innehåller både patienter med anorektisk, bulimisk och blandad symtomatologi, tenderar att negligeras i klinisk forskning (Fairburn & Bohn 2005).

För patienter med en anorektisk symptombild (AN) saknas tyvärr evidensbaserad behandling. Vid AN har man tre organiserande vårdformer att välja på; sluten-, dag- och öppenvård. I dagsläget finns inga empiriska bevis för val av metod om man ser till behandlingsresultat/behandlingsutfall (Fairburn 2005). Dock har systemisk familjeterapi visat sig vara en effektiv behandling för yngre, nydebuterade fall av AN (Ramklint, Ghaderi & Holmgren, 2007)

### ***Acceptance and commitment therapy (ACT)***

Acceptance and commitment therapy (ACT) är en form av psykoterapi som på senare år har aktualiserats inom ätstörningsforskningen. Den har sitt ursprung i kognitiv beteendeterapi men skiljer sig ifrån andra former av psykoterapi genom att kognitioner hanteras på ett radikalt annorlunda sätt. Ramklint, Ghaderi & Holmgren (2007) beskriver terapiformen på följande sätt:

”Istället för att arbeta med att ändra innehållet i tankarna jobbar man inom ACT med att skapa en fungerande distans till tankar och känslor. Kognitioner, sett ur ett ACT perspektiv, kan inte tas bort. Man kan lika litet göra sig helt och hållet av med minnen eller affekter. ACT har visat sig vara effektiv för samtliga problemområden den har tillämpats på, t.ex. depression, ångest, stress, psykos, missbruk, smärta, och äktenskapsproblem, ätstörningar och sexuella avvikelser. Idag finns det 9 kontrollerade randomiserade studier och många studier med andra designar kring ovanstående och andra problemområden. ACT för ätstörningar har inte prövats i någon randomiserad studie. Det krävs en robust och välkontrollerad studie för att utröna effekten av ACT för AN.” (Ramklint, Ghaderi & Holmgren, 2007)

### ***Dialektisk beteendeterapi***

Dialektisk beteendeterapi (DBT) brukar kallas för den tredje generationens KBT och beskrivs av sin grundare Marsha Linehan som en terapiform som växte fram som en syntes mellan behandlingsmetoder som uteslutande fokuserade på förändring och sådana metoder som endast syftade till att stödja och trösta. Terapin är uppbyggd med fokus på psykosocial färdighetsträning i grupp och individuell samtalsterapi. Färdighetsträningen innehåller fyra viktiga moment nämligen medveten närvaro, hantering av relationer, hantering av känslor och att stå ut när det är svårt. Detta arbets/förhållningssätt har främst framhållits som en värdefull terapiform när det gäller individer med emotionellt instabil personlighetsstörning och självmordsnära individer men har även visat sig vara mycket lämpligt vid ätstörningsproblematik (Nilsson & Kåver, 2007). Denna grupp har dock som redan nämnts inte sällan en samsjuklighet med personlighetsstörningsdiagnos, egen anm. Från forskarhåll beskrivs DBT som en mycket lovande terapiform för individer med ätstörning (Krysanski & Ferraro, 2008; Rutherford & Couturier, 2007).

### ***Behandlingsutfall***

Den behandling som ges till individer med ätstörning är heterogen både när det gäller längd, intensitet, innehåll och mål. I en sammanställning av publicerade artiklar kring dagvård för ätstörningar fann man att endast tre av 39 artiklar redovisar vårdens innehåll och resultat samtidigt (Zipfel, Reas et al. 2002). Det saknas kunskap kring långtidsuppföljning av dagsjukvårdspatienter med AN och framför allt i vilken grad de behåller sin vikt efter utskrivning, hur mycket vård de kräver efter dagvården samt vilka patienter som tillgodogör sig dagvård bäst (Ramklint, Ghaderi & Holmgren, 2007). Det kan också tilläggas att det också finns svårigheter med hur man ska betrakta behandlingsutfallen d.v.s. vad man ska betrakta som ett tillfrisknande (Berg et. al., 2006). Enligt äldre kriterier för tillfrisknande kunde en patient som uppvisade normal vikt och hade återfått sin menstruation, men samtidigt uppfyllde alla kriterier för BN betraktas som fullt tillfrisknad. Numera betraktas en patient som tillfrisknad om hon har återfått normalvikt, återfått sin menstruation samt inte uppvisar några andra allvarliga ätstörningsproblem såsom BN eller störningar i kroppsupplevelsen (Clinton & Norring, 2002).

### **Källor**

Barth, T. & Näsholm, C. (2006) *Motiverande samtal –MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*, Lund, Studentlitteratur.

Berg, C., Osgood, M., Alters, D., Maletz, L., Leon, M. and Södersten, P. (2006) Viewpoints How Effective Is Family Therapy for the Treatment of Anorexia Nervosa? *European Eating Disorders Review* 14, 371-376.

Berkman, N.D., Bulik, C. M., Brownley, K. A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., Gerald Gartlehner, B.A., (2006)  
*Evidence Report/Technology Assessment Number 135 Management of Eating Disorders*  
AHRQ Publication No. 06-E010 April 2006

Clinton & Norring (2002) *Ätstörningar- Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, Stockholm Natur & Kultur.

Carter, J.C & Fairburn, C.G. (1998) Cognitive behavioural self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1998 Aug;66(4):616-23.

Cooper, P.J., Coker, P. & Fleming, C. (1996) An evaluation of the efficacy of supervised cognitive behavioural self-help bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 1996 Mar;40(3):281-7.

Farooki, I.S. & O'Rahilly, S. (2005) New advances in the genetics of early onset obesity. *International Journal of Obesity*, 29, 1149-1152.

Fairburn, C.G (2005) Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2005;37 Suppl:S26-30;

Fairburn, CG & Bohn, K. (2005) Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified (NOS) category in DSM\_IV. *Behavioral Research and Therapy* 2005 Jun; 43(6):

Fairburn C. (2003) Att övervinna hetsätning - Ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram. Stockholm, Cura Bokförlag och Utbildning AB.

Fairburn, C & Harrison, P.J. (2003) *Eating disorders. Lancet*, 2003 May 31;361(9372):1914.

Ghaderi A. (2006) *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (Red. Lars- Göran- Öst), Stockholm, Natur & Kultur.

Hay, P.J., Bacaltchuk, J. & Stefano, S. (2008) Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Review) Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Helgesson, Marianne & Lamminen, Mailen (2004) *Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar*, Barn- och ungdomspsykiatrin Östergötland.

Hägglöf, B., (2002) i Clinton & Norring *Ätstörningar- Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, Stockholm Natur & Kultur, 2002, sid 97.

Kalra, S.P., Dube, M. G., Pu, S., Xu, B., Horvath, T.L. & Kalra, P. S. (1999) Interacting Appetite- Regulating Pathways in the Hypothalamic Regulation of Body Weight. *Endocrine reviews* 20, (1), 68-100

Konturek, P.C., Konturek, J.W., Czesnikiewicz-Guzik, M., Brzozowski, T. & Konturek, S.J. (2005) Neuro-hormonal control of food intake; basic mechanisms and clinical implications. *Journal of physiology and pharmacology*. 56, Supp, 5-25.

Krysanski, V.L. & Ferraro, F.R. (2008) Review of Controlled Psychotherapy Treatment Trial for Binge Eating Disorder. *Psychological Reports*, 2008, 102, 339-368.

Kåver, A. & Nilsson, Å. (2007) *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning-Teori, strategi och teknik*. Stockholm, Natur & Kultur.

Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R.H. & Seeley, J.R. (2000) Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:10, OCTOBER 2000

Loeb, K.L., Wilson, G.T., Gilbert, J.S & Labouvie, E. (2000) Guided and unguided self-help for binge eating. *Behavioural Research and therapy* 2000 Mar;38(3):259-72.

Miller WR, Rollnick S. (1991) *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford, 191-202.

Milos G, Spindler A, Schnyder U. (2004) Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients *Canadian Journal of Psychiatry* 2004 mar;49(3):179-84.

Naessén Sabine *Endocrine and metabolic disorders in bulimic women and effects of antiandrogenic treatment* (2006) Thesis for doctoral degree Karolinska Institutet, Stockholm,.

Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Beuhring T, Resnick MD. (2000) Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/ psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 2000 Nov;28(3):249-58

Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. (2006) Self-Help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane database Systematic Review* 2006 July 19;3:CD004191

Prochaska, JO., DiClemente, CC. & Norcross, JC. (1992) In search of how people change. *American Psychology*, 47:1102-4.

Ramklint, Ghaderi & Holmgren, (2007) Ätstörningar Ett utvecklings och forskningsprojekt (FoU) fenomenologi, samsjuklighet, utvecklingsvägar, prognostiska faktorer, behandlingsutfall, kliniska behandlingsstudier Version 5, 2007.05.18

Rø1, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A., Sexton, H. & Rosenvinge J.H. (2005) Adults with Chronic Eating Disorders. Two-Year Follow-Up After Inpatient Treatment *European Eating Disorders Review*, 13, 255–263 (2005)

Rutherford, L. & Couturier, J. (2007) A review of Psychoterapeutic Interventions of Children and Adolescents with Eating Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007 November; 16(4): 153-157.

Toray, T. & Cooley, E. (1997) Weight fluctuation, Bulimic Symptoms, and self efficacy for Control of Eating. *The Journal of Psychology*, 131 (4), 383-392.

Wicks, S. (2007) *Den döde dansken- 20 tips till dig som arbetar med beteendeförändring*. Copyright © Steve Wicks, Learning Transfer Sweden AB.

Zipfel, S., Reas, D.L., Thornton, C., Olmsted, M.P., Williamson, D.A., Gerlinghoff, M., Herzog, W. & Beumont, P.J. (2002) Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, (2002) Mar, 31(2):105-17.

Saxon, L. & Wirbing, P. (2004) Återfallsprevention : färdighetsträning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel av Lund, Studentlitteratur AB