

# **ANOREXIA NERVOSA**

## **Att svälta för att leva – om anorexi**

Victoria Fröjd, DDS  
Doktorand vid avdelningen för Biomaterialvetenskap, Göteborgs Universitet

Rapport från Göteborg Läkaresällskaps sammanträde 2010-09-29  
Föredragshållare: Ninni Hjalpers, specialistläkare inom pediatrik och barn- och ungdomspsykiatri samt vårdenhetsöverläkare för anorexi-bulimienheten vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

## Introduktion

Anorexia nervosa är en etablerad sjukdom i det västerländska samhället framförallt hos den kvinnliga befolkningen. Det går en man på 10-15 kvinnor. Omkring en procent av tonårsflickor (Råstam 1989) lider av anorexia i Sverige och den högsta incidensen finns i åldrarna 15-19 år. Varje år tas 130 nya patienter in på en avdelning i Göteborg för patienter upp till 25 år. Både öppen och sluten vård kan vara lämplig för olika patienter och vid olika skeenden i sjukdomsförloppet. Benämningen anorexia är sammansatt av det grekiska begreppet *an orexis* vilket kan översättas till ”utan aptit”. Sjukdomen är inte kopplad till en ökad självmordsbenägenhet och de livshotande tillstånden beror därmed på fysiologi. Även om det är en etablerad sjukdom är anorexi kvantitativt den minst frekventa ätstörningen. Bulimia nervosa (”äta som en ox”), obesitas, hetsättningsstörning (intag utan kompensation vilket skulle vara motion, kräkning, laxering) är andra mer frekvent förekommande ätstörningar. Generellt ökade ätstörningsfrekvensen fram till 1970-talet men därefter har frekvenskurvan varit stabil. Bulimi, för vilken diagnosen myntades vid slutet av 1970-talet, har däremot eventuellt minskat något i förekomst.

Anorexia är en allvarlig sjukdom men kan förekomma i olika svårighetsgrad. Ofta är patienterna värtaliga och det kan därför ibland vara svårt att se allvaret i sjukdomen. En samtida diagnos kan vara kognitionssyndrom (blind, döv, stum av okänd orsak) vilket är en väldigt ovanlig diagnos men dessa har blivit sammankopplade.

## Diagnostisering

För att diagnostiseras Anorexia nervosa DSM IV används fyra kriterier: en kroppsvikt mindre än 85 % av normalvikten för åldern, rädsla för att gå upp i vikt, en störd kroppsupplevelse (”känner sig tjock”) samt amenorré hos menstruerande kvinnor. Vidare kan patienter grupperas utifrån sjukdomskopplade beteenden med enbart kräkningar eller annars hetssymptom/självrening (kräkning, laxering).

I det första vårdmötet är det viktigt att en noggrann och utförlig kostanamnes tas. Denna bör hämtas från både föräldrar och patienten, då det är vanligt med divergerande uppfattningar.

Troligen kan etiologin förklaras bäst genom en multifaktoriell modell, där ärftlighet, fysiologi/biologi (hormonstörningar etc.), kultur, familj (där sammansättningen kan variera oerhört), symptom, individpsykologi (vanligt med speciella karaktärsegenskaper, lättuppfostrade, vilja att göra väl ifrån sig, ofta känsliga och lyhörda för stämningar, konflikträdda, lätt dåligt samvete, ingen koll på det egna känsloläget men däremot på omgivningens). Anorexia nervosa kan i mindre medicinska termer även benämnas ”prinsessjukan”, då det är vanligt att (kända) kvinnor med höga krav på sig drabbas. Traumatiska eller känsllosamma händelser i livet kan hjälpa till att trigga ett utbrott.

Mönster att notera för omgivningen kan vara att en vilja att ”börja äta nyttigt”, det är även vanligt att vanor bryts (den drabbade blir vegetarian eller byter kostvanor på annat sätt) och att den drabbade börjar motioner i större utsträckning. Då sjukdomen progredierat något blir det svårt att ta sig an mat på ett normalt sätt och mat kan ofta delas upp i mindre mängder på tallriken, det är svårast att äta fett och maten får inte smaka gott eller vara sammansatt (exempelvis som i en gryta). Den drabbade kan sedan börja komma med undanflykter för att äta men å andra sidan prata mycket om mat. Det är väldigt vanligt att familjen blir illa berörd framför allt då det är väldigt känsligt att inte kunna föda sina barn. Det är viktigt att både anhöriga och patienten blir införstådda med sjukdomsbegreppet.

I ett undernärt tillstånd och vid en sjuklighet i anorexi kan symptom vara att den drabbade: tappar hår och resterande blir spretigt, fryser, har ont i magen, har svullna fötter, sover dåligt, har svårt att koncentrera sig, har lätt att få sår, är perifert kall, har nedsatt turgor, har ett hudöverskott, har lågt blodtryck, har en ökad kroppsbe håring/lanugobehåring, får ödem, har tandskador, har en parotissvullnad samt har röda fläckar på ryggen p.g.a. frekventa sit-ups.

### **Behandling och avgörande faktorer för behandlingsresultatet**

För att behandla anorexi kan olika metoder tillämpas utifrån sjukdomens allvarlighetsgrad samt individpsykologin. Vid relativt lindriga tillstånd kan självläkning ske i takt med att patienten blir äldre eller så kan patienten genomgå en sex till 12 månaders lång behandling. Komplicerande faktorer, exempelvis försvårande familjeförhållanden, kan kräva en förlängd behandlingstid om ett till två år. En allvarlig störning eller samsjuklighet kan innebära ett behov av fyra till fem års behandling och det är idag mer frekvent noterande om dessa. De svåraste fallen kan leda till kronisk sjukdom samt dödsfall.

Det finns både en hereditär och en familjär ökad risk för sjukdomsutbrott och dessa faktorer kan då också påverka svaret på behandling. Depression, alkohol- eller drogberoende i närheten kan vara försvårande faktorer. Det går även att dela upp de försvårande faktorerna som biologiska, psykologiska, beteenderelaterade och kulturella. Exempel på biologiska är tidig menarche och lätt övervikt; psykologiska kan vara perfektionistisk eller obsessiv personlighet, lågt självförtroende, och en ängslighet; beteenderelaterade kan vara bantning eller aktiviteter/idrotter med viktkontroll; och kulturella exempelvis det västerländska samhället med ett ideal med betoning på smalhet samt en samtida generell viktuppgång i samhället.

I inledningsskedet av en behandling görs en somatisk utredning där status upptas. Detta innefattar: längd och vikt (BMI), tillväxtkurva beställes från skolan, blodtryck tas, hjärtfrekvens med mera kontrolleras, blodprover tas (vanligt med järnbrist/anemier, förfettnings av levern) samt värden på elektrolyter (hypokalemi vid kräkning) utreds.

Komorbiditet med affektiva störningar, ångeststörningar, personlighetsstörningar och framför allt tvångsmässiga sådana, autismspektrum försvårar sjukdomen. Att tillägga är att det är relativt ovanligt med missbruk, i förhållande till vid bulimi.

Det finns ingen gyllene standard för behandling av anorexi, så som kognitiv beteendeterapi och läkemedel (höga doser Fluxetin) kan vara vid bulimi. Familjeterapi har bäst effekt vid tidigt insjuknande medan individualterapi är mest gynnsamt vid senare insjuknande (Eisler *et al.* 1997). Barn med anorexi kan ofta vara elaka mot föräldrar och närstående.

Vid behandling är måltidsträning viktigt och en viktuppgång är av betydelse för att ”orka” må bra psykiskt. Att göra något ångestdämpande efter måltid har en positiv effekt och ett exempel är att jobba med händerna vilket har visat sig fungera bra. Det kan också vara bra att hålla ett ”stelt” matschema inledningsvis. Förutom måltidsträning är mixen av angreppspunkter viktig. Metodiken vid behandling kan vara: psykoedukation, dietrådgivning, ett kognitivt förhållningssätt eller terapi, familje-/par-/anhörigsamtal, individualsamtal, medicinskbehandling (dock fungerar psykofarmaka dåligt) eller sjukhusvård. Det är vanligt att sjukdomen går i skov och ett pendlande i sjukdomsgrad är frekvent förekommande. Detta medför att det krävs en längre tids uppföljning efter behandling. Det finns en motivationsmodell framtagen av Prochaska och DiClemente (1983) vilken innefattar: prekontemplation,

kontemplation, preparation, handling, och bibehållande. Denna är tillämpningsbar vid behandling utav anorexi. För övrigt är det vanligt att föräldrarna till barn med anorexi får vara hemma i större utsträckning med barnet.

Behandlingsmålen är huvudsakligen att bota sjukdomen. Dock kan ett tankemönster leva kvar och då är det viktigt att främst häva svälten och öka vikten, att uppnå ett normalt ätbeteende, att öka sjukdomsinsikten, att minska ångest och nedstämdhet, att kunna reglera känslor utan att använda ett ätbeteende, att få fungerande relationer till föräldrar och vänner och framför allt att öka självkänslan. I en intervjustudie redovisades att de avgörande faktorerna för att bryta ett anorektiskt sjukdomsmönster var främst ökad självkänsla efterföljt av en positivare kroppsupplevelse. På tjugonde plats kom att gå upp i vikt.

Slutenvård tillämpas vid fall med akut allvarlig viktnedgång, ändring i vitala tecken, elektrolytstörningar, infektioner eller vid andra allvariga diagnoser. Om självmodstankar eller självdestruktiva beteenden föreligger kan det också krävas, även vid lång sjukdomsduration samt vid bristande behandlingsmotivation. Det kan även vara aktuellt vid en samtida kris i familjen eller om övriga familjemedlemmar blivit uttröttade och ej kan ge tillräckligt stöd samt om den drabbade har ett bristande nätverk. Vid slutenvård är det viktigt att tillvaron är strukturerad. En metod är att patienten får gå vidare från zon till zon i takt med att tillståndet förbättras. Tiden med slutenvård är vanligen begränsad redan från början.

### **Utgång**

Sammanställningar av större material visar att det går relativt bra för ungefär 45 procent efter fem till sex år. En sammanställningsstudie sammantaget involverande 5590 patienter redovisar att 47 procent tillfrisknar, samtidigt som cirka fem procent dör på grund av sin anorexi (Steinhausen 2002). Även en annan studie indikerar en dödlighet om cirka fyra procent (Lindblad *et al.* 2007). Andra studier visar att efter tio till 15 år mår 76 procent bra men 18 procent av de ursprungligen ingående patienterna var döda (Theander 1985).

Det har rapporterats om negativa konsekvenser av ineliggande, ett exempel på en mindre lyckad modell är en där varje kilos viktökning belönades med ett telefonsamtal (Gowers *et al.* 2000). Vidare kan nämnas att det vanligen är patienter där man sällan lyckas med behandlingen som får den mesta vården (Steinhausen 2000) och även att en 12-årig sjukdomsduration vanligen leder till kroniskt sjukdomstillstånd (Löwe *et al.* 2001). Det är heller inte fastställt hur hjärnan påverkas av svält i sju åtta år men det fysiologiska tillståndet har högst troligen en påverkan.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att anorexi är en komplicerad och allvarlig sjukdom som kräver en komplex behandling. Behandlingsmodellen bör individanpassas men det är generellt viktigt med struktur och regelbundenhet.

### **Reflektioner i förhållande till skribentens eget forskningsområde**

Inom biomaterialforskning utvärderas vanligen ett materials eller en ytas biologiska effekt. Ofta görs försök på relativt homogena grupper, exempelvis försöksdjur eller cellodlingar. Med denna utgångspunkt kan det vara lättare att dra slutsatser utifrån resultatet då den biologiska effekten kan förväntas vara överensstämmande i majoriteten av värdena/experimenten. Det kan dock vara svårt att generalisera slutsatserna då det alltid bör förväntas finnas individuella skillnader mellan människor och mellan djur. Dessa skillnader till trots är det ändå förhållandevis mindre komplexa system då exempelvis ett biomedicinskt titanimplantat ska läka in i benvävnad jämför med när en multifaktoriell psykologisk sjukdom ska behandlas med

både farmakologiska och terapeutiska metoder. Att jämföra kvalitativ och kvantitativ forskning är svårt då det finns fundamentala skillnader mellan dessa inriktningar. Även om kvantitativ forskning kan bedrivas i stor utsträckning inom forskningen på anorexi och andra ätstörningssjukdomar bör en större del, i jämförelse med inom biomaterialforskning, ha en kvalitativ inriktning.

### **Referenser**

Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, Le-Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry* 1997;54:1025-30.

Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1284-93.

Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *J Psychiatr Res.* 1985;19(2-3):493-508.

Steinhausen HC, Seidel R, Winkler Metzke C. Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychol Med.* 2000 Sep;30(5):1089-98.

Gowers SG, Weetman J, Shore A, Hossain F, Elvins R. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry.* 2000 Feb;176:138-41.

Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry.* 2006 Aug;163(8):1433-5.

Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med.* 2001 Jul;31(5):881-90.