

# Missbruk och ätstörning

Kunskapsstöd och praktisk vägledning  
för behandlingspersonal inom missbruksvård



**Caroline Björck**  
**Kerstin Ekeröth**

**Institutionsvård i fokus** ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförfarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt informationsenheten.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är SiS generaldirektör Kent Ehliasson.

ISBN 978-91-87053-11-5

Missbruk och ätstörning

Caroline Björck & Kerstin Ekeröth

Nummer 10 år 2012 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

**Engelsk titel:**  
Institutional Care in Focus

**Publikationsseriens adress:**  
Statens institutionsstyrelse  
Box 16363  
103 26 Stockholm  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

# Missbruk och ätstörning

Kunskapsstöd och praktisk vägledning för  
behandlingspersonal inom missbruksvård

**Caroline Björck**  
**Kerstin Ekeröth**

# Sammanfattning

Missbruk och ätstörning är allvarliga tillstånd med hög dödlighet. Sambandet mellan dem antas vara högt men mycket kunskap saknas fortfarande. Både missbruk och ätstörningar har flera gemensamma nämnare men det finns även viktiga skillnader. Ätstörningar drabbar främst unga kvinnor, medan de som vårdas för missbruk oftare är medelålders män och kvinnor med mycket lång sjukdomshistoria bakom sig. De gemensamma faktorerna är främst kopplade till likheter i symptomens karaktär och de konsekvenser som dessa kan få till följd. Båda tillstånden utmärks till exempel av tvångsmässighet och ett starkt begär/sug, och bägge leder ofta till social isolering (CASA, 2003). Både missbruk av olika substanser och till exempel hetsättning kan ses som ett sätt att minska ångest, men där den tillfälliga lösningen att hantera svårigheterna i slutändan blir det stora problemet. Andra likheter är att båda tillstånden är livshotande, kroniska och svårbehandlade sjukdomar som ofta kräver intensiv terapi och har hög återfallsfrekvens. Båda har dessutom ett högt samband med andra psykiatriska sjukdomar, framför allt depression, ångeststörningar och personlighetsstörningar. Från flera håll betonas emellertid att man måste vara mycket försiktig i sina antaganden och inte dra alltför långtgående slutsatser när gäller hypotesen om att ätstörningar är en form av missbruk eller beroende, trots att det finns många likheter (Ram et al, 2008; Wilson, 2000). Kritikerna betonar bland annat att det finns viktiga kliniska skillnader, exempelvis när det gäller toleransutveckling och abstinensbesvär (Wilson, 2000). Även om det finns flera liknande processer inblandade så är de också olika varandra på viktiga områden, och droger påverkar hjärnan på andra sätt än socker eller annan mat. Huruvida det faktiskt finns något sådant som en beroendepersonlighet är inte klarlagt och inte heller om en sådan i så fall skulle omfatta ätstörningar/ätbeteenden (Fairburn, 1995; Ram et al, 2008; Vendereycken, 1990; Wilson, 2000; Wolfe, & Maisto, 2000).

Rent generellt försvåras behandling och omhändertagande av dessa klienter av att ansvaret i vissa fall är delat mellan socialtjänsten å ena sidan och hälso- och sjukvården å den andra. Det är lätt att klienten på klassiskt vis "faller mellan stolarna" och inte får den insats som skulle behövas. Behandling av psykiatriska sjukdomstillstånd är ett uppdrag för hälso- och sjukvården, men planeringen av eftervården ligger inom LVM-hemmens ansvar i de fall det rör sig om tvångsvård av missbruk, och däri ingår att se till klientens hela behov. Det är viktigt att hela vårdkedjan fungerar och att socialtjänsten får kunskap om hur problematiken ser ut, likaså att man gemensamt planerar för ett långsiktigt stöd. Genom att samordna insatserna är tanken att klienten ska få bästa möjliga behandling, oavsett vilken huvudmannen är. Det centrala är att utforma insatserna utifrån klientens faktiska behov och att skapa ett fungerande nätverk både

vad gäller anhöriga och olika vårdinsatser, då detta kan ha stor betydelse för hur väl man lyckas i slutändan. En av de centrala punkterna är att följa upp de insatser som görs, för att ha möjlighet att förändra och utvärdera resultatet. Allt detta kan låta som självklarheter och något som alltid borde ske. Verkligheten är dock många gånger en annan och flera saker kan försvåra processen.

Enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007), finns det empiriskt stöd för att det är bättre och mer effektivt att samordna insatserna för samsjuklighet, än att ta hand om dem separat och självständigt inom olika verksamheter (exempelvis kommun/landsting, beroendevård/psykiatri). Samordningen bör också innebära att låta behandlingar och insatser ske samtidigt rent tidsmässigt, det vill säga att inte först behandla det ena tillståndet och därefter det andra. Eftersom det i dagsläget inte finns evidens för någon specifik behandlingsmetod för klienter med samsjuklighet eller dubbeldiagnos (varken för missbruk och ätstörning eller för annan psykiatrisk sjukdom), rekommenderas de behandlingsmetoder som förordas för respektive sjukdom. Samtidigt gäller det dock att se till helheten och försöka integrera insatserna som sådana (Socialstyrelsen, 2007). Samverkansmöten mellan olika aktörer eller enheter är viktigt. Likaså måste patientens motivation för, och deltagande i, insatserna hela tiden stöttas. Eftersom tillfrisknande från missbruk och psykisk sjukdom kan ske i olika faser, bör modellen kunna anpassas utifrån var i processen klienten befinner sig. Olika interventioner är mer eller mindre fruktbara vid olika tidpunkter. För kvinnor med samtidigt alkohol-/drogmissbruk och psykiatrisk sjukdom finns även några studier som tyder på att specifika behandlingshem för kvinnor kan förbättra chanserna för dem att stanna kvar i behandling. Det kan vidare ha en positiv inverkan på upphörandet med droger, samt möjligtvis vara fördelaktigt för det psykosociala fungerandet (Chander & McCaul, 2003).

Kombinationen missbruk och ätstörningar är troligen inte ett marginellt problem som endast drabbar någon enstaka klient då och då. Resultat från DOK-intervjuerna visar att en ansenlig del av klienterna själva anser att de har problem med mat och ätande, både bland män och bland kvinnor. Att ätstörningar och missbruk har många beröringspunkter och kan påverka och påverkas av varandra, är ytterligare ett starkt argument för att ätstörningsproblematik måste lyftas fram i planeringen av vården av missbrukare och vid fortsatt eftervård. En första åtgärd kan vara att personal inom missbruksvård vidareutbildas om ätstörningar. Det finns föreningar, organisationer och ätstörningsenheter som kan bidra med detta, framför allt Kunskapscentrum för ätstörningar (Käts) som tillhandahåller olika utbildningar för både personal och anhöriga. Andra åtgärder som kan minska negativa effekter av ätstörningar hos personer som behandlas för missbruk inom heldygnsvård är att förbättra matrutiner och stödja normalt förhållningssätt till mat. Önskan om goda matvanor har uppmärksammats av brukarrådet vid SIS LVM-hem Hornö. Ätstörningar visar att det kan krävas att personal griper in och hindrar samtidigt som de ger stöd till att ha en normalt förhållningssätt till mat.

Tiden då en person vårdas för missbruk är trots allt en möjlighet att införa struktur och goda matvanor. Personalen kan fungera som bra förebilder och förmedla hälsosamma sätt att förhålla sig till mat och ätande. Om personen är ovillig och omotiverad att förändra sitt beteende, är det viktigt att ändå försöka finnas där och stötta. Det innebär att våga tala om de problem man ser att personen har, men samtidigt vara förstående inför svårigheterna och hjälpa till i matsituationerna så gott det går.

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	7
<b>Inledning</b> .....	9
<b>Ätstörning hos tvångsvårdade missbrukare</b> .....	12
Hur kan det se ut när ätstörningsproblem finns hos personer med allvarliga missbruksproblem? .....	13
Fallexempel 1 .....	14
Fallexempel 2 .....	14
Fallexempel 3 .....	15
<b>Fakta om ätstörningar</b> .....	16
Ätstörningar i ett historiskt perspektiv .....	16
Vad är en ätstörning? .....	16
Anorexia nervosa .....	17
Bulimia nervosa .....	18
Ätstörning UNS .....	19
Problem med ätstörningsdiagnoserna .....	19
Varför får vissa personer ätstörningar? .....	20
Skillnader mellan män och kvinnor med ätstörning .....	20
Hur många blir friska? .....	21
Psykiatrisk samsjuklighet .....	22
Depression .....	22
Ångeststörningar .....	23
Personlighetsstörningar .....	23
Impulsivitet .....	23
<b>Behandling av ätstörningar</b> .....	25
Läkarundersökning (somatisk undersökning) .....	25
Psykologisk behandling .....	25
Matanamnes .....	26
Upphöra med hetsätning och självrensande beteende .....	26
Normalisera vikten .....	27
Psykoedukativa insatser och självhjälsprogram .....	27
Alternativa terapimetoder .....	28
Farmakologisk behandling .....	28

Vårdnivåer – hur och var ätstörning behandlas inom hälso- och sjukvården.....	28
<b>Missbruk och ätstörning</b> .....	30
Hur ser sambandet ut? .....	30
Missbruk hos patienter som vårdas för ätstörning.....	31
Ätstörningssymptom bland missbrukare.....	32
Varför finns det ett samband mellan missbruk och ätstörning?	
Olika förklaringsmodeller.....	34
Sårbarhetsperspektivet .....	34
Teorin om en ”beroendepersonlighet” .....	35
Det neurobiologiska perspektivet.....	35
Hur bör tillståndet missbruk och ätstörning behandlas?	
Vad säger forskningen? .....	36
Integrativa behandlingsmodeller .....	37
Psykioterapi och andra strukturerade stödinterventioner .....	39
<b>Hantering av ätstörningssymptom inom missbruksvård</b> .....	40
Utred alltid ätstörningsproblem hos missbrukare.....	40
Vad kan vårdpersonal göra? .....	41
Ökad kunskap om ätstörning .....	41
Upprätta tydliga måltidsstrukturer.....	42
Se över och förbättra generella matrutiner på avdelningen .....	42
Bistå med sjukdomsinformation – pedagogiska insatser.....	44
Arbeta med ätstörningsproblematiken i motivationsarbetet kring missbruk .....	44
Reglera träning och motion med hjälp av vårdplan .....	45
Uppmärksamma problem med att hantera känslor (affektreglering).....	46
Erbjud återfallsprevention.....	46
En god och empatisk relation ökar möjligheterna till positivt utfall.....	47
<b>Referenser</b> .....	48
<b>Bilaga 1</b> Diagnostiska kriterier för ätstörning enligt DSM-IV .....	68



# Förord

Statens institutionsstyrelse (SiS) är en statlig myndighet som svarar för tvångsvård av vuxna missbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Klienter som placeras inom SiS har i många fall ett långvarigt missbruk bakom sig, som fått konsekvenser i form av allvarligt psykiskt och kroppsligt lidande. Personal inom LVM-vård uppger att det inte är ovanligt att både manliga och kvinnliga klienter uppvisar symptom på ätstörning.

I diskussioner och samtal har personal lyft fram och exemplifierat problem som kan uppkomma. Det gäller rent konkreta frågor som exempelvis matsituationer, men också den oro som kan uppstå i personalgruppen och bland klienterna. Även om det är väl känt att det finns ett samband mellan missbruk och ätstörning, är kunskapsläget svagt och forskningen sparsam. Vanligtvis behandlas tillstånden separat, trots att det enligt forskningen finns en rad gemensamma nämnare. Till exempel kan bakomliggande faktorer som låg självkänsla, ångest och impulsivitet vara predisponerande faktorer till båda sjukdomstillstånden, och det finns likartade förstärknings- och belöningsmekanismer. Men det finns också olikheter som påverkar behandlingsinsatserna. Individer med ätstörning som får behandling är ofta yngre kvinnor, medan individer med allvarligt missbruk som tvångsvårdas oftare är medelålders män och kvinnor. Symptom på ätstörningar delas in i olika diagnoser varav de två typerna som man vanligtvis talar om är anorexi, som betyder självsvält, och bulimi, som innebär episoder av hetsätning och kräkningar. Personer med missbruk och ätstörning kan därför ha väldigt olika behandlingsbehov. Inom ätstörningsvården förekommer en rad behandlingsinsatser, som till exempel psykopedagogik och arbete med att normalisera matvanor, insatser som är viktiga inslag i all ätstörningsbehandling. Flera av dessa skulle kunna integreras i missbruksvård för individer med ätstörningssymptom. Framtagandet av denna rapport har genomförts i samarbete med forskningskansliet och utvecklingsenheten inom SiS avdelning för vård och behandling. Innehållet har utformats i samråd med SiS LVM-hem Fortunagården, Gudhemsgården och Runnagården samt LVM-nätverket inom SiS. Rapporten har granskats av Anna-Maria af Sandeberg, överläkare och verksamhetschef för Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ) och Anders Tengström, docent, leg. psykolog och chef för Forskningscentrum för psykosocial hälsa (Forum). I rapporten presenteras en lägesbild av förekomst av ätstörning bland LVM-vårdade missbrukare samt några fallexempel som beskriver hur ätstörning kan ta sig uttryck hos missbrukare. Lägesbilden följs av en allmän översikt över sjukdomstillståndet ätstörningar. Därefter presenteras aktuellt kunskapsläge om sambandet mellan missbruk och ätstörningar. Slutligen presenteras olika rekommendationer och förslag som kan

vara praktiskt användbara för att förbättra vård av missbrukare som har symptom på ätstörning. Rapporten är inte att betrakta som behandlingsriktlinjer för vård av missbrukare med ätstörning. I stället är förhoppningen att den kan utgöra ett kunskapsstöd för behandlingspersonal som kommer i kontakt med vuxna missbrukare. Rapporten riktar sig främst till personal inom hälso- och sjukvården och inom området socialt arbete som kommer i kontakt med individer med missbruksproblem.

Caroline Björck

Kerstin Ekeröth

# Inledning

En av de första som uppmärksammade kopplingen mellan missbruk och ätstörningar var forskaren Crisp. Under senare delen av 60-talet beskrev han att svårbehandlade patienter med anorexi, som även hade episoder av hetsätning och kräkningar, ofta missbrukade alkohol (Crisp, 1968). Under 90-talet framstod det mer och mer tydligt i olika studier att kvinnor med ätstörning hade missbruksproblem i betydligt högre utsträckning jämfört med kvinnor i allmänhet (Krahn, 1991). I den första översiktsartikel som skrivits om sambandet framgick att missbruk var vanligare hos patienter med bulimi (41 procent), jämfört med hos patienter med anorexi (10 procent) (Holderness, Brooks-Gunn, & Warren, 1994). På senare tid har bilden förtydligats ytterligare och visat att risken för till exempel illegal droganvändning förefaller högst för patienter med bulimi, jämfört med patienter som har andra ätstörningar (Calero-Elvira et al, 2009). Det har också visat sig att alkoholmissbruk har ett samband generellt med ätstörning bland både yngre och äldre kvinnor (Piran & Gadalla, 2006).

Även begreppet matberoende (food addiction) har fått ett ökat genomslag, i såväl medier som forskning och studier. Där har det framkommit att det finns vissa neurologiska likheter som visas i såväl djurstudier som bland människor, när det gäller reaktioner på mat och droger (Corwin & Grigson, 2009). Men trots att sambandet varit uppmärksammat de senaste 30 åren, har forskningen på området varit förhållandevis sparsam, i synnerhet gällande förekomst av ätstörningar bland missbrukare och studier som undersöker behandlingsutfall för dem som har denna form av dubbeldiagnos (Cohen et al, 2010). Att det gjorts mindre forskning kring ätstörningar hos missbrukarpopulationer än vice versa kan också innebära att man inom missbruksvården inte alltid uppmärksammat hur stort problemet kan vara, inte heller på vilket sätt en ätstörningsproblematik kan påverka behandlingsutfallet (Courbasson et al, 2005; Taylor, Peveler, Hibbert, & Fairburn, 1993). I den nyligen publicerade tredje upplagan av den svenska läroboken *Beroendetillstånd* av Heilig (2011) förekommer inte ätstörningar. Inte heller i det omfattande internationella översiktsverket om alkoholberoende och relaterade problem av Heather, Peters, & Stockwell (2001) finns någon koppling till ätstörning. I SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) kunskaps sammanställning om behandling av alkohol- och narkotikaproblem förekommer begreppet anorexi vid två tillfällen, dels i en tabell som indikation vid farmakologisk behandling med B-vitamin vid alkoholabstinens (SBU, 2001a, sidan 139), dels som exempel på samsjuklighet i en studie av farmakologisk behandling med SSRI vid kokainberoende (SBU, 2001b, sidan 276). En möjlig förklaring kan vara att ätstörning betraktas som ett relativt ovanligt tillstånd i förhållande till andra psykiatriska tillstånd. Ett exempel på ett sådant annat tillstånd är depression, som uppskattas drabba mellan cirka 4 procent av männen och cirka 10 procent av kvinnorna i befolkningen. Depression har av WHO (World Health

Organization) ansetts vara en av de sjukdomar som orsakar mest ohälsa i världen (SBU, 2004). Men det är troligt att samsjuklighet i missbruk och ätstörning trots allt behöver uppmärksammas mer. Både missbruk och ätstörning är tillstånd som innebär risker för till exempel allvarliga hälsoproblem (Keel et al, 2003; Franko et al, 2005). Dessutom är mortaliteten, det vill säga dödligheten, för dessa tillstånd den högsta bland psykiatriska sjukdomar (Harris & Barraclough, 1998). Ett ökat intag av alkohol har specifikt visat sig predicera dödlighet hos patienter med anorexi (Keel et al, 2003).

Sambandet mellan ätstörning och missbruk antyder att det finns likheter mellan dessa tillstånd. Men det finns också viktiga skillnader som kan innebära olika behandlingsbehov. Ätstörningar drabbar främst flickor och unga kvinnor (Hudson et al, 2007). Mellan 0,3 och 1,6 procent i åldrarna 13–18 år uppfyller kriterier för sjukdomstillståndet ätstörning någon gång under sin livstid (Swanson et al, 2011). Men andelen tonårsflickor som är i riskzonen kan vara upp emot 20 procent (Jones et al, 2001). Bland kvinnor i övre tonåren och i vuxen ålder uppskattas cirka 1 procent ha anorexi och cirka 2 procent bulimi, men dessa uppgifter bygger på äldre epidemiologiska studier och ett antal nyare forskningsrapporter antyder att siffrorna kan vara mycket högre (Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009). Även pojkar och män drabbas, men i mindre utsträckning jämfört med flickor och kvinnor. Ätstörningar uppskattades vara 3–8 gånger vanligare bland kvinnor över 18 år jämfört med män i en epidemiologisk studie (Preti et al, 2009). Det är vanligt att individer som drabbats av ätstörning även lider av andra psykiatriska problem samtidigt, och missbruk kan förekomma i så hög utsträckning som hos upp till 50 procent av dem som har ätstörning (Holderness et al, 1994; Dansky et al, 2000). I jämförelse med friska individer är risken för missbruk dessutom signifikant högre bland dem som har ätstörning (Calero-Elvira et al, 2009). Ungdomar med både ätstörningar och riskbruk/missbruk har större problem i skolan, sämre sociala relationer, sämre familjefunktion, mer kriminalitet och utagerande problem (Castro-Fornieles et al, 2010). Andelen som uppskattas ha kroniskt alkoholberoende är cirka 10–15 procent av alla män och cirka 5 procent av alla kvinnor (SBU, 2001a). Andelen narkotikamissbrukare är svårare att uppskatta men antas vara färre än andelen alkoholmissbrukare (SBU, 2001a).

Statens institutionsstyrelse (SiS) är en statlig myndighet som bedriver tvångsvård av vuxna missbrukare som utsätter sin hälsa för allvarlig fara på grund av sitt missbruk. Tvångsvård i SiS regi sker med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Under 2011 gjordes 1 031 utskrivningar av personer som vårdats för missbruk inom SiS. Dessa hade en genomsnittlig vårdtid på 4,7 månader (Statens institutionsstyrelse, 2012). Drygt en tredjedel (37 procent) var mellan 18 och 29 år, en fjärdedel (25 procent) mellan 30 och 44 år och drygt en tredjedel (38 procent) var över 45 år. Två tredjedelar var män (66 procent) och en tredjedel var kvinnor (34 procent). Endast hälften hade egen bostad och ungefär var femte saknade grundskolebetyg (Statens institutionsstyrelse, kommande). Vård enligt LVM är en psykosocial insats som syftar till att motivera till fortsatt vård i frivilliga former. Även om det därför inte primärt handlar

om att behandla psykiatriska sjukdomar, som till exempel ätstörningar, måste olika former av symptom – såväl fysiska som psykiska – mötas, hanteras och omfattas av den psykosociala behandlingsplan som upprättas för varje individ som blir föremål för tvångsvård inom SiS. Behandling av psykiatriska sjukdomar kräver specifika kunskaper och kompetenser på flera olika områden, och är ett huvuduppdrag för hälso- och sjukvården. Trots det kan vårdpersonal i andra sammanhang utanför hälso- och sjukvården, som anhöriga eller medmänniskor, komma en bit på vägen genom att våga se, möta, stötta och lyssna på en person med psykiska problem. Med anledning av att just missbruk och ätstörning kan vara en allvarlig kombination är det särskilt relevant för personal (utanför sjukvården) som i sitt arbete möter missbrukare, att ha kunskap och redskap kring hur de kan bemöta och hantera ätstörningssymptom.

Personal inom missbruksvården träffar emellanåt omhändertagna personer med allvarligt missbruk som också har lättare eller svårare problem med mat och ätande. Det är lätt att känna sig maktlös inför det man ser, och det väcker funderingar kring hur man ska "göra rätt" och undvika att "göra fel". Det övergripande syftet med denna rapport är att presentera grundläggande kunskap om ätstörningar riktat till behandlingspersonal som i sitt arbete möter individer med allvarligt missbruk – individer som även har eller har haft ätstörningsproblem. Syftet är att förmedla kunskap som kan ge stöd och praktisk vägledning i bemötande och hantering av symptom på ätstörning hos missbrukare. Innehållet vilar på evidensbaserad kunskap om behandling av ätstörningar samt på aktuell vetenskaplig kunskap om kombinationen ätstörning och missbruk. Det är viktigt att understryka att syftet *inte* är att presentera riktlinjer för *behandling* av ätstörningar hos missbrukare, då detta är ett ansvar för hälso- och sjukvården. Annan personal ställs däremot inför nödvändigheten att på bästa sätt hantera såväl missbrukaren som dennes ätproblem. Förhoppningen är att presentera en kunskapsöversikt för behandlingspersonal inom missbruksvård som kan bidra till att förbättra omhändertagandet av missbrukare med ätstörningssymptom.

# Ätstörning hos tvångsvårdade missbrukare

Det har i dagsläget, såvitt vi vet, ännu inte gjorts några svenska studier eller kartläggningar av hur många tvångsvårdade missbrukare eller missbrukare över huvud taget som har ätstörningar. Vid Statens institutionsstyrelse genomförs systematiska kartläggningar av klienterna med hjälp av DOK, ett dokumentations- och utvärderingssystem inom missbruksvård (Jenner & Segreus, 1996). DOK innehåller tre delar: en inskrivnings-, en uppföljnings-, samt en utskrivnings- och avstämnings-/överflyttningsintervju. Frågorna i DOK omfattar sju olika livsområden, bland annat psykisk hälsa, där en fråga om ätstörning ställs. Intervjumetoden är till sin karaktär halvstrukturerad, det vill säga den följer förutbestämda frågor med fasta svarsalternativ och har ett antal öppna frågor. Metoden har god vetenskaplig tillförlitlighet som visats i svenska studier (Anderberg & Dahlberg, 2009; Anderberg & Dahlberg, 2007). Information från DOK förs även över till KIM<sup>1</sup>, klienter i missbruksvård, som är ett register som finns vid Socialstyrelsen. Dessa rapporterar i sin tur till EMCDDA<sup>2</sup>, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, som tar fram europeisk missbruksstatistik. Hittills har mer än 25 000 individer registrerats med DOK sedan 1996 (Jenner & Segreus, 2005).

Frågan om ätstörningar i inskrivningsintervjun lyder: "Har du haft någon längre period då du haft ätstörningar?" Svaret kodas som något av följande alternativ: a) någonsin i livet (ja/nej), b) om ja, vilken debutålder, c) om det rör sig om de senaste 30 dagarna samt d) om ätstörningen förekommer tillsammans med drogbruk (ja/nej). Andelen som uppger att de någonsin haft problem med ätstörningar samt fördelningen inom grupperna kvinnor och män har varit likartad under de senaste åren (se tabell 1). Ungefär dubbelt så många kvinnor som män (i genomsnitt 31 procent av de kvinnliga klienterna och 17 procent av de manliga klienterna) uppger att de har haft problem med ätstörningar.

---

<sup>1</sup> [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>2</sup> [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

**TABELL 1.**

Rapporterad ätstörning någonsin bland tvångsvårdade missbrukare mellan åren 2005 och 2011. Data från DOK inskrivningsintervju.

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)
Ätstörning														
Kvinnor	168	(31)	219	(37)	255	(36)	253	(39)	253	(39)	232	(37)	228	(38)
Män	491	(17)	485	(12)	436	(19)	469	(18)	495	(17)	463	(18)	434	(15)
<b>Totalt</b>	<b>659</b>	<b>(21)</b>	<b>704</b>	<b>(29)</b>	<b>691</b>	<b>(25)</b>	<b>722</b>	<b>(26)</b>	<b>729</b>	<b>(24)</b>	<b>695</b>	<b>(24)</b>	<b>662</b>	<b>(23)</b>

Källor: Statens institutionsstyrelse (2006); Statens institutionsstyrelse (2007); Statens institutionsstyrelse (2008); Statens institutionsstyrelse (2009); Statens institutionsstyrelse (2010); Statens institutionsstyrelse (2011); Statens institutionsstyrelse (kommande). Det totala bortfallet per fråga är mellan 1 och 2 procent.

Det går inte att uttala sig om i vilken utsträckning dessa data avspeglar faktiska erfarenheter hos klienterna av kliniskt signifikanta ätstörningar, det vill säga ätstörningsproblem som har varit av det slaget att de uppfyllt kriterier för sjukdomstillståndet ätstörningar. Vad siffrorna trots allt visar är att andelen klienter som rapporterar att de någonsin haft problem med ätstörningar motsvarar ungefär en fjärdedel av antalet tvångsvårdade missbrukare. Siffrorna visar också att det är ungefär dubbelt så många kvinnor som män som uppger att de någonsin haft problem med ätstörningar. Ätstörning och missbruk är, som tidigare beskrivits, allvarliga tillstånd som båda har högre risk för dödlighet än andra psykiatriska tillstånd. Att en betydande del (var fjärde) av dem som tvångsvårdas för missbruk kan ha, eller löper risk att utveckla, ätstörning (framför allt om de tidigare haft sådan) innebär att missbruksvården behöver ha en beredskap för att uppmärksamma, bemöta och hantera problem med ätstörning.

## Hur kan det se ut när ätstörningsproblem finns hos personer med allvarliga missbruksproblem?

För att ge en bild av hur problemen kan manifesteras sig i "verkligheten" har vi tagit med ett par mer eller mindre typiska fall exempel från LVM-vården. Problem med mat och ätande kan naturligtvis se olika ut och variera i allvarlighetsgrad. Fallbeskrivningarna här nedan visar inte ovanliga men relativt svåra fall. De är främst tänkta att visa på de stora utmaningar som personalen kan stöta på.

### Fallexempel 1

*"Anna är 45 år, missbrukar alkohol och har haft ett par LVM tidigare. Anna har även problem med ätstörning. Vid måltider var Anna alltid först till bordet och åt enorma portioner med mat. Efter måltiderna gick hon alltid till sitt rum och sa att hon behövde vila, men personalen förstod att hon kräktes upp maten. Anna blev mycket upprörd när man försökte hindra hennes vanor och när man konfronterade henne med att hon inte fick ta in mat på rummet. Annas egna inköp resulterade ofta i stora mängder av läskedryck, godis, chips och nötter. En och en halv liter dricka kunde drickas upp på fem minuter. Hon köpte också alltid plastpåsar för att ha att kräkas i. Vid rumsvisitation upptäckte personalen över 10 kg godis samt mängder av annat snacks. Man hittade även karotter med spyor i. Situationen gjorde Anna mycket arg och upprörd och hon menade att man ändå inte hjälpte henne med hennes problem. Personalen upplevde att det svåraste var att hon inte ville eller orkade förändra sin relation till mat vilket gjorde henne mycket svår att arbeta med. Kontaktpersonen bestämde i ett kontrakt tillsammans med Anna hur mycket som var acceptabelt att inhandla varje vecka. En konsekvens av Annas beteende blev att man bestämde att köket skulle vara stängt mellan måltiderna och att klienterna endast fick vistas i köket tillsammans med personal. Anna lyckades dock ändå smuggla in mat på rummet genom att t.ex. gömma mat i kläderna."*

### Fallexempel 2

*"Sara är en 32-årig kvinna med alkoholproblematik. Lider även av ätstörning. Hon väger 34 kilo. Det visar sig också att hon är deprimerad. Tycker inte att vi förstår henne. Säger att hon har en kontakt på ett sjukhus som hjälper henne med hennes ätstörningsproblematik. Sara säger att hon för flera år sedan började tänka på kalorier och att det sedan har övergått till att hon vill sovlta sig själv. Hon säger att hon inte kräks eftersom hon har svårt att framkalla det. Sara är mycket i köket, bakar och lagar mycket mat. Hon sitter sällan med vid bordet utan äter efter övriga. När Sara inte är i köket så håller hon sig för sig själv. Hon sitter ofta på en pall i köket vid spisen även om det inte är hon som lagar maten. Sara är här på sommaren och det är en väldigt varm sommar och mycket hett i köket. Sara sitter ändå vid spisen eftersom hon fryser hela tiden. Vid ett tillfälle är Saras kaliumvärdet väldigt låga trots att hon får extra kaliumtabletter och näringsdryck. Vi åker till psykakuten med henne men hon är tillbaka efter några timmar. När det görs rumsvisitation finner man ett lager av mat: bredda smörgåsar, en syltburk, kex, yoghurt, potatis m.m. som är gömt i en garderob. Vi har under Saras tid hos oss inget kök som går att låsa p.g.a. ombyggnation. Sara vill inte ta sin näringsdryck eftersom hon tycker att det är kränkande att vi sitter med när hon ska dricka den. Det gör vi för att hon vid flera tillfällen gett bort den till annan klient. Sara börjar efter ett tag en kurs i återfallsprevention som hon fullföljer. Hon tycker att den är bra och att hon kan använda verktygen hon får både för alkoholmissbruket och ätstörningen. Sara flyttar efter en tid till öppen avdelning. Hon fortsätter med att ta in mat på rummet trots att hon vet att hon inte får och får tillsägelse om detta. Sara säger att det inte är lätt eftersom hon inte kan styra sitt beteende. När andra klienter har köksansvaret så vill Sara gärna lägga sig i och vara där och hjälpa till. Detta skapar irritation hos både klienter och personal. Sara anser att vi straffar henne när vi påpekar vad vi ser."*



I båda fallen framgår att ätstörningar kan skapa problem, inte bara för den som har problem med ätstörning utan även för andra intagna. Övervakning av kök och matsituationer riskerar att påverka trivseln på ett negativt sätt. Det gäller både övervakning av den som har en ätstörning, som på grund av sin sjukdom har en överdriven upptagenhet av maten, och övervakning av personalen som behöver förhindra destruktiva ätbeteenden hos den som är drabbad av ätstörning. Fallen visar också att det kan ta tid innan ätstörning upptäcks. Omfattningen av ätstörningen upptäcktes först efter rumsvisitation i båda fallen. Fallexemplen pekar också på att det är bra om personal har kunskap om ätstörningar för att klienten ska känna sig förstådd. I det ena fallet framkommer att klienten upplevde att behandling för missbruk (i det här fallet återfallsprevention) även hjälpte till att minska hennes ätstörning.

I det andra fallet försökte personalen dels upprätta anpassade rutiner för köket och måltiderna på avdelningen, dels upprätta kontrakt kring inhandling av mat för klienten, allt för att minska förekomsten av destruktiva ätbeteenden.

### Fallexempel 3

*"Danne är en 24-årig man med ett allvarligt alkoholberoende sedan unga år. Han har ett självdestruktivt beteende som yttrar sig i att han går in i, och far illa i, destruktiva homosexuella relationer med ofta äldre män. Han har problem med mat som innebär att han i perioder svälter sig. Danne berättar att han mått psykiskt dåligt större delen av sitt liv och att han varit mobbad. Han har få relationer men många bekanta, företrädesvis män, ofta äldre. Danne har en förmåga att dramatisera kring sin person och händelser för att få "igång sin omgivning", såväl anhöriga, vänner som professionella. Personal uppfattar Danne som rädd och tillbakadragen. Han håller sig mycket på sitt rum och drar sig undan med andra klienter. Han väljer ut vissa i personalen som han anför tror sig åt och är då öppen och självutlämnande i samtal. När han äter vill han äta ensam. Han har svårt att äta tillsammans med andra då han dels tycker att det är äckligt att se andra äta och också tror att andra tittar på honom och tycker saker om honom. Han pratar mycket om sin vikt och frågar ofta om vi tycker att han är tjock. Han väger sig ofta, ibland flera gånger per dag. Han håller koll på sitt BMI. Danne har gärna på sig tajta kläder och ojar sig mycket över hur det stramar. Danne har under sina LVM återfallit i missbruk och avvikit. Vid dessa tillfällen har han konsumerat väldigt stora mängder alkohol. Han har under avvikningarna hållit telefonkontakt med institutionen, ofta flera gånger per dag/natt. Väl tillbaka har han alltid kräkts under flera dagar och inte kunnat behålla maten. Han har då beskrivit hur skönt han tycker att det är att kräkas och ha en fullständig tom mage. En del i personalen har haft svårt att värja sig för Dannes alla bekymmer och försökt underlätta genom att ta över ansvaret om bl.a. maten. Försökt motivera honom att äta eller hämtat mat till avdelningen så att han äta ensam, vilket han inte alltid gjort ändå. Den strategi när det gäller maten som visade sig mest framgångsrik var att inte gå med för mycket utan hjälpa honom att välja lagad mat i matsalen framför mackor och kakor."*

# Fakta om ätstörningar

## Ätstörningar i ett historiskt perspektiv

Företeelser som självsvält och hetsätning har dokumenterats sedan lång tid tillbaka i historien. Under medeltiden ansågs ätstörning kunna förklaras bättre som resultat av gud eller djävulen, snarare än naturvetenskapen (Hällström, 1999). Den första medicinska beskrivningen av anorexia nervosa (AN) brukar anges till år 1689 och tillskrivas den brittiske läkaren Richard Morton (Pearce, 2004). År 1873–1874 beskrev både den franske neuropsykiatrikern Charles Laségue och den brittiske läkaren Sir William Gull på var sitt håll olika fall av anorexia nervosa. Sir William Gull noterade då även anorektiska patienter som drabbades av episoder av hetsätning. Under sista delen av 1800-talet och framåt ökar beskrivningarna av anorexi. Ätstörningar har i huvudsak ansetts vara ett psykologiskt fenomen, frånsett en period under tidigt 1900-tal då det presenterades en teori om att det var problem med hypofysen – vår viktigaste hormonbildande körtel – som ledde till undervikt. Under mitten av 1900-talet var synen på sjukdomens orsaker väsentligen psykoanalytiskt grundad. På 1960–70-talet betonades mer den tidiga mor-barn-relationen som orsak till ätstörning och patienternas strävan för autonomi, kontroll, självrespekt och kompetens (Bruch, 1973; Palazzoli, 1974). Hetsätning i kombination med kräkning dyker upp under första delen av 1900-talet, men inte förrän under 1970-talet på ett mer systematiskt sätt som dessutom i högre grad liknar det vi i dag avser med bulimia nervosa (BN). Bulimi, som karakteriseras av hetsätning och kompenserande beteende som exempelvis kräkning men utan undervikt, bekräftades inte som sjukdomstillstånd förrän under 1970-talet. År 1979 beskrev läkaren Gerald Russel syndromet, och diagnosen bulimia nervosa togs 1980 med i det diagnostiska systemet DSM-III (Norrington, & Clinton, 2002).

## Vad är en ätstörning?

Gränsen för vad som är ett normalt och sunt förhållningssätt till mat och ätande är inte alldeles självklar och kan se olika ut i olika kulturer, för olika personer, vid olika situationer och så vidare. Det kan exempelvis handla om förhållande till mat, kropp och prestation inom olika idrotter, olika dieter (till exempel att vara frukterian) eller olika kulturers kroppsideal. En allmänt hållen riktlinje eller definition som använts och är en bra utgångspunkt, är att det kan röra sig om en ätstörning i någon form eller grad när ätbeteendet har en negativ påverkan på den fysiska hälsan eller när en persons psykosociala välbefinnande och fungerande påverkas negativt av ett ätande, som inte kan förklaras av annan sjukdom (Fairburn, & Walsh, 2002). Ätstörningar definieras utifrån

ett antal kriterier, så som de beskrivs i de diagnostiska klassifikationssystemen – system för gruppering och kodning av sjukdomar vilka till exempel inkluderar diagnoskriterier och viss information om sjukdomen. Exempel på sådana klassifikationssystem är WHO:s International Classification of Diseases (ICD-10; 1992) och American Psychiatric Associations (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Gemensamt för ätstörningar är en persons rädsla för att gå upp i vikt/önskan om att gå ner i vikt, och att individens självkänsla är starkt kopplad till kroppsvikt och kroppsform. Ätstörning är inte sekundär till, det vill säga en konsekvens av, någon annan känd medicinsk eller psykiatrisk sjukdom. Enligt DSM-IV finns det två huvuddiagnoser när det gäller ätstörningar: anorexia nervosa (AN) och bulimia nervosa (BN). Det finns även en tredje kategori för "ospecificerad ätstörning" (utan närmare specifikation, UNS), vilken innehåller patienter som inte uppfyller kriterierna för vare sig anorexi eller bulimi. Diagnostiska klassifikationssystem är dock nödvändiga som gemensamt språk för att kunna utveckla kunskap om sjukdomstillstånd. Nedan ges en kort allmän beskrivning av de tre primära ätstörningsdiagnoserna. De exakta kriterierna för samtliga ätstörningsdiagnoser enligt DSM-IV återfinns i bilaga 1.

### Anorexia nervosa

Anorexi kännetecknas framför allt av svält och viktnedgång och upprätthålls av en intensiv rädsla för att vara/bli tjock eller för att gå upp i vikt. Svälten/viktnedgången kan uppnås och vidmakthållas genom att äta för lite/banta och genom att undvika mat som innehåller mycket kalorier, fett eller socker, ofta i kombination med överdriven fysisk aktivitet, det vill säga en restriktiv och kontrollerande form av anorexi. En del patienter kompenserar dock eventuell (hets)ätning genom självframkallade kräkningar, eller genom användande av vätskedrivande (dock mycket sällsynt) eller laxerande medel för att tappa eller behålla låg vikt. En för låg vikt brukar sägas föreligga om individen väger mindre än 85 procent av förväntad vikt sett till kön, ålder och längd eller har ett Body Mass Index (BMI)<sup>3</sup> under 17,5 (Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009). Prevalensen av AN i befolkningen beräknas vara ungefär 0,6 procent (Hudson et al, 2007). Förekomsten är högre bland kvinnor än män och vanligast bland yngre kvinnor (Keski-Rahkonen, 2007; Wade et al, 2006).

Det finns ett antal beteenden eller tecken som kan tyda på att en person har en ätstörning eller ligger i riskzonen för att utveckla en ätstörning. Vissa tecken är gemensamma för alla ätstörningar medan andra är mer specifika. En del personer stämmer in på de flesta av tecknen medan andra kanske bara uppvisar några.

Vanliga tecken:

- Stor viktnedgång
- Kalla händer, låg puls
- Hoppar över måltider och har ofta en ursäkt för att inte äta, till exempel att personen nyss har ätit, inte är hungrig, är sjuk

---

<sup>3</sup> BMI räknas ut genom att ta vikten i kilo, delat med längden i meter i kvadrat (till exempel  $60/1,68^2$ ).

- Ett ritualistiskt ätande, exempelvis skär maten i små bitar eller flyttar omkring maten på tallriken
- Ljuger om hur mycket man ätit
- Vill inte äta tillsammans med andra
- Väljer bara lågfett-/lågenergi produkter som till exempel gurka, tomat, sallad. Kollar alltid upp näringsinnehållet på maten, äter väldigt små portioner
- Är rädd för att gå upp i vikt, anser sig vara tjock även om man inte är det
- Väger sig ofta, speglar sig mycket
- Döljer sin kropp i bylsiga kläder
- Tränar tvångsmässigt och överdrivet
- Hjälp gärna till med matlagning, men äter inte med familjen, vänner etc
- Kan vara irriterad och ha stora humörsvingningar, samt ha svårt med koncentrationen men förnekar emellertid att något skulle vara fel
- Har torrt hår och torr hud. Kan även få fin behåring över kroppen (lanugobehåring)
- Man kan hitta olika förpackningar för dietpiller, diuretika eller laxeringsmedel
- Känner sig yr eller svimmar
- Slutar menstruera
- Självdestruktivt beteende, till exempel att bränna eller skära sig själv

### **Bulimia nervosa**

Liksom anorexia nervosa präglas bulimia nervosa av en intensiv oro för att gå upp i vikt samt en störd kroppsuppfattning. Personer med bulimi är till skillnad från personer med anorexi oftast normalviktiga. Diagnosen kännetecknas av ett kaotiskt ätbeteende med återkommande episoder av hetsätning följt av någon form av kompensatoriskt beteende, vanligtvis kräkning. Andra former av kompensatoriska beteenden kan exempelvis vara användning av diuretika eller laxermedel, kortare eller längre perioder av diet/svält eller olika former av motion (Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009). Bulimi är vanligare än anorexi och uppskattas förekomma hos cirka 1–2 procent av befolkningen (Engström, 2002; Hudson et al, 2007).

Vanliga tecken:

- Överdriven upptagenhet när det gäller vikt och form
- Stora mängder av mat försvinner
- Går till toaletten omedelbart efter en måltid
- Överdrivet motionerande
- Hoppas över måltider
- Drabbas ofta av karies och erosioner på tänderna
- Brustna blodådror i ögonen efter att ha kräkt upp maten
- Svullna spottkörtlar/svullnad under hakan
- Märken/sår över knogarna efter kräkningar
- Självskadebeteende, inklusive skärande och brännande
- Personalen hittar förpackningar från laxermedel, lavemang eller diuretika

## Ätstörning UNS

Uppskattningsvis får runt 50–60 procent av personer som söker vård för ätproblem diagnosen ätstörning "utan närmare specifikation" (UNS) (Fairburn, & Bohn, 2005; Garcia, Délaunne, & Déchelotte, 2011; Thomas, Vartanian, & Brownell, 2009; Turner, & Bryan-Waugh, 2004). Diagnosen innebär att en person kan uppfylla flera, men inte alla, av kriterierna för anorexi eller bulimi. Personer som får denna diagnos kan ha olika symptom på ätstörning som ofta påminner om både anorexi eller bulimi men i lite annan grad eller med olika kombinationer av symptom. I kategorin UNS ingår även hetsättningsstörning, vilken i dagsläget inte är någon specifik diagnos inom DSM. Den finns dock med som en så kallad preliminär diagnos (och är efter ytterligare forskning föreslagen som egen diagnos i DSM-5) (<http://www.dsm5.org>). Hetsättningsstörning liknar i mångt och mycket BN men utan kompensatoriska beteenden, vilket också innebär att personer med denna problematik löper större risk att drabbas av övervikt. Ytterligare andra kan ha mer ovanliga symptom som att exempelvis tugga och spotta ut stora mängder mat utan att svälja (APA, 2000). Det finns förhållandevis lite forskning gjord på den här gruppen, men den som gjorts visar att många av dessa patienter är lika sjuka och har lika mycket problem som personer med anorexi och bulimi (Thomas et al, 2009). Prevalenssiffror för UNS är osäkra men diagnosen är troligtvis tre till fyra gånger vanligare än anorexi och bulimi (Engström, 2002).

## Problem med ätstörningsdiagnoserna

Att kunna klassificera sjukdomstillstånd är nödvändigt för att kunna utveckla kunskap om förlopp och utfall, och därmed kunna utveckla fungerade insatser. De diagnostiska kriterier för ätstörningar som används i dagsläget har blivit ifrågasatta utifrån flera aspekter, bland annat utifrån tanken om att det eventuellt finns bättre, mer kliniskt relevanta sätt att kategorisera eller beskriva olika former av ätstörningar. Många patienter "byter" diagnos över tid och kriterierna är inte heller särskilt väl anpassade till problematiken vare sig hos barn/ungdomar eller hos män (Stice, & Spoor, 2007). Dessutom diagnostiseras den största andelen patienter i dag med diagnosen ätstörning UNS. Dessa diskussioner leder emellertid till att området fortsätter att utforskas och utvecklas. En revidering av diagnoskategorierna och kriterierna kommer att ske i och med uppdateringen till DSM-5 under 2013. Det förslag på förändringar som gjorts inför DSM-5 innebär i korthet att kriterierna för att uppfylla anorexi och bulimi förändras, samt att Binge Eating Disorder (BED) har föreslagits bli en egen diagnos (från att ha varit en preliminär forskningsdiagnos inom gruppen ospecificerade ätstörningar/ätstörningar utan närmare specifikation (UNS). Inom gruppen UNS har bland annat Purgings Disorder (rensande beteende som exempelvis kräkning, användning av laxermedel och diuretika, men utan hetsätning eller undervikt) föreslagits bli en preliminär diagnos (<http://www.dsm5.org>).

## Varför får vissa personer ätstörningar?

Det finns ingen enkel och tydlig förklaring till varför vissa människor drabbas av ätstörning och andra inte. Man brukar utgå ifrån ett så kallat multifaktoriellt synsätt eller en multifaktoriell förklaringsmodell. Detta innebär att man anser att ätstörningar bäst förklaras och förstås utifrån tanken att flera olika faktorer interagerar och påverkar varandra samt att dessa gemensamt kan leda till att en person utvecklar någon form av ätstörning. De faktorer som avses kan vara *psykologiska* (till exempel negativ självbild, svårigheter att hantera negativa effekter, familjefaktorer), *biologiska/genetiska* (till exempel kroppsliga förändringar, viktuppgång/övervikt) eller *sociokulturella* (till exempel skönhetsideal, grupptillhörighet, medier). Var och en av dessa kan dessutom verka predisponerande, utlösande/framkallande och vidmakthållande. Att en faktor är predisponerande innebär att den ger en viss "känslighet" eller sårbarhet för utvecklandet av en ätstörning. Exempel på detta skulle kunna vara vissa personlighetsdrag, som till exempel perfektionism, impulsivitet eller tvångsmässighet, eller kanske en genetisk sårbarhet. En utlösande faktor kan vara negativ stress eller ett trauma, att personen blir mobbad för sitt utseende eller att han/hon börjar banta. Dessutom verkar vissa faktorer vidmakthålla ätstörningen och göra att personen hamnar i en ond cirkel. Exempelvis kan bantning vara en utlösande faktor, men den kan även fungera som en vidmakthållande faktor då personen, efter att ha bantat eller svält sig, kan drabbas av hetsättningsattacker. Dessa måste kompenseras med ytterligare bantning/svält/motion/självsrensande beteenden och så vidare, och så vidare. De olika psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorerna kan således tillsammans verka såväl predisponerande som utlösande och vidmakthållande av ätstörningen (Clinton, Engström, & Norring, 2002; Striegel-Moore, & Bulik, 2007; Polivy, & Herman, 2002; Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009).

## Skillnader mellan män och kvinnor med ätstörning

Det finns förhållandevis lite kunskap kring män och ätstörningar, och så gott som all ätstörningsforskning som gjorts är baserad på unga kvinnor. Detta innebär emellertid inte att män inte drabbas eller att de inte drabbas lika hårt. Det är möjligt att ätstörningar hittills varit underdiagnostiserade bland män. Det beror delvis på bristande medvetenhet om problemet och på att de diagnostiska kriterierna och mätinstrumenten inte varit/är anpassade efter män, men kanske också på att män söker hjälp i mindre utsträckning eftersom ätstörningar traditionellt sett betraktats som en kvinnosjukdom (Button, Aldridge, & Palmer, 2008; Carlat, Camargo, Herzog, 1997; Støving, Andries, Brixen, Bilenberg, & Hørder, 2011). Å andra sidan finns det inga entydiga evidens för att ätstörningar ökar bland män (Button et al, 2008). Generellt sett har forskningen inte påvisat några stora eller tydliga psykologiska skillnader mellan män och kvinnor (Woodside et al, 2001). Liksom hos kvinnor handlar det ofta om personer med låg självkänsla, ett stort behov av att bli accepterade, eller en oförmåga att hantera känslor och

negativ affekt (Polivy, & Herman, 2002). Även allmän psykopatologi och samsjuklighet har rapporterats vara hög hos män, framför allt när det gäller depression, missbruk och personlighetsstörningar (Bean, Maddocks, Timmel, & Welzin, 2005; Carlat et al, 1997; Olivardia, Pope, Mangweth, & Hudson, 1995). Några studier har funnit en senare ätstörningsdebut jämfört med kvinnor (Bramon-Bosch, Troop, & Treasure, 2000; Sharp, Clark, Dunan, Blackwood, & Shapiro, 1994), mindre användande av laxermedel (Button et al, 2008; Sharp et al, 1994), liksom mindre missnöje med kroppen samt lägre "drive for thinness" (Barry, Grilo, & Masheb, 2002). Hos män kan det också finnas en mer tudelad uppfattning om kroppsideal. Många pojkar/män uttrycker missnöje med kroppen, men för en del handlar det om att minska i vikt, medan det för andra handlar om en önskan om att bli muskulärt stora (Freeman, 2005; Núñez-Navarro et al, 2011). Kanske är det också mer socialt accepterat att män överäter eller hetsäter och/eller är överviktiga jämfört med kvinnor (Coubasson, Smith, & Cleland, 2005). Det finns forskning som pekar på att ätstörningar kan vara vanligare bland homosexuella/bisexuella män, men detta är ännu ett oklart område (Carlat et al, 1997; Feldman, & Meyer, 2007a; Feldman, & Meyer, 2007b; Freeman, 2005; Russel & Keel, 2002). Män kan också känna sig mindre "hemma" i de behandlingsmiljöer som finns, och ofta består exempelvis behandlingsgrupper enbart av kvinnor (Andersen, 2002). Få studier har undersökt behandlingsutfall i relation till kön, vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser angående behandling för män respektive kvinnor. En retrospektiv dansk kohortstudie fann dock bättre behandlingsutfall sett till återställande av vikt och upphörande med kräk- och hetsättningsbeteende för män jämfört med för kvinnor (Støving et al, 2011). Andra har funnit att grupp-KBT verkar vara lika effektivt för både män och kvinnor med bulimiska symptom (Fernández-Aranda et al, 2009).

## Hur många blir friska?

Ätstörningar är många gånger en svårbehandlad sjukdom som det kan ta flera år att bli frisk från (Clausen, 2008). Bland patienter med anorexi är det exempelvis inte ovanligt att en person i ett senare skede får diagnosen bulimi eller ätstörning UNS, eller att denne har kvar problematiska tankar och känslor kring mat och kroppsuppfattning (Eddy et al, 2008; Milos, Spindler, Schnyder, & Fairburn, 2005). Resultat från behandlings- och uppföljningsstudier varierar mycket i resultat bland annat beroende på vilken definition av frisk man använder, typ av undersökningsgrupp (inpatient/outpatient) och längd på uppföljningstid. En nygjord översikt fann att för patienter med anorexi varierade andelen återställda mellan 29 och 48 procent för inneliggande patienter och mellan 57 och 84 procent för patienter inom öppenvård (outpatients). Resultaten tenderade att förbättras med längre uppföljningstid för både anorexi och bulimi (Keel, & Brown, 2010). I genomsnitt är cirka 50 procent fria från diagnos efter tio år (Keel, & Brown, 2010; Steinhausen, 2009; Sullivan, 2002). Hälften har helt eller delvis kvar sina besvär och runt 20 procent har besvär som blir kroniska (Steinhausen, 2009). Bland patienter med bulimi uppskattas att mellan 50 och 75 procent blir friska, medan cirka 20–30 procent

förbättrats och cirka 10–25 procent fortfarande uppfyller kriterierna för BN (Clinton, & Norring, 2002; Grilo et al, 2007; Keel, & Brown, 2010; Steinhausen, & Weber, 2009; Sullivan, 2002). Även om ätstörningar är relativt svårbehandlade sjukdomar så finns det effektiv behandling och det går att tillfriskna eller bli avsevärt bättre även efter flera års sjukdom. Faktorer som antas vara positiva för behandlingsutfallet är tidig upptäckt, kort sjukdomsduration innan behandling och eventuellt tidigt insjuknande (under förutsättning att personen får hjälp i ett tidigt skede). Dåliga prognostiska faktorer är samtidiga psykiatriska problem som missbruk, personlighetsstörning, tvångsmässighet, om personen varit sjuk länge, har varit i slutenvård, har anorexi i kombination med hetsätning och framför allt kräkningar, eller har blivit sjuk som vuxen (Clinton, & Norring, 2002; Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2008; Keel, & Brown, 2010; Steinhausen, & Weber, 2009; Steinhausen, 2009).

## Psykiatrisk samsjuklighet

Många som drabbas av ätstörning har dessutom annan psykiatrisk problematik samtidigt, så kallad samsjuklighet, som exempelvis depression eller ångeststörning. Hur sambandet mellan ätstörningar och annan psykopatologi ser ut är emellertid osäkert och kan variera från fall till fall. Forskning har funnit att viss psykopatologi kvarstår även efter tillfrisknande från en ätstörning men också att psykiatriska problem funnits före ätstörningen (Godart et al, 2003; Godart, Flament, Lecrubier, & Jemmet, 2000; Godart et al, 2007; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004).

### Depression

Depression är en vanlig samsjuklighet både bland personer med AN och BN (Godart et al, 2007; Hudson et al, 2007; Pearlstein, 2002). Så många som upp till 70 procent kan uppfylla kriterier för depression samtidigt som ätstörning (Mischoulon et al, 2010). Det har emellertid visats att undernäring leder till depressiva symtom (Keys et al, 1950; Pollice et al, 1997), vilket kan innebära en risk att överskatta depression bland undernärda patienter. Många av symptomen på svält liknar symptom på depression (alternativt att människor faktiskt blir nedstämda/deprimerade av svält och näringsbrist) vilket kan påverka depressionsskattningar framför allt hos patienter med anorexi, men även hos normalviktiga personer med bulimi. Symptom på depression kan därmed komma att förbättras när patienten börjar gå upp i vikt och återställa kroppens näringsbehov. Ivarsson och medarbetare (2000) fann till exempel att förekomsten av depression vid studiens början var 40 procent men att denna hade minskat till cirka 2 procent i en grupp av anorexi-patienter tio år senare. Hur sambandet mellan undernäring, symtom på depression (samt ångest) och anorexi faktiskt ser ut är däremot otydligt. Studier som tittat på kopplingen har visat olika resultat (Mattar, Huas, Duclos, Apfel, & Godart, 2011). Självdestruktivt beteende hänger ofta ihop med depression (och impulsivitet), och bland ätstörningspatienter är detta framför allt kopplat till patienter med hetsätningssymptom. Även om det mesta tyder på en hög samsjuklighet mellan olika förstämningssyndrom, visar en



stor översikt i ämnet att många av studierna brister metodologiskt och bättre studier efterfrågas för att kunna dra säkrare slutsatser kring sambandet (Godart et al, 2007).

### Ångeststörningar

Forskning tyder på att olika typer av ångesttillstånd (exempelvis generaliserad ångest, social fobi, panikångest, tvångssyndrom) förekommer oftare hos patienter med ätstörningar jämfört med kontrollgrupp (Bulik et al, 1997; Geist et al, 1998; Godart et al, 2003; Rubenstein et al, 1993; Russel et al, 2008; Swinbourne, & Touyz, 2007). De flesta studier är dock gjorda på kliniska grupper, vilket kan innebära en överskattning av sambandet på befolkningsnivå (Russel et al, 2008). Generaliserad ångest och social fobi är vanligt både bland patienter med anorexi och bulimi (Godart et al, 2000; Kaye et al 2004), medan tvångssyndrom oftare har kopplats till restriktivt ätbeteende, även när hänsyn är tagen till tvångsmässiga ätstörningssymptom (Godart et al, 2006; Matsunaga et al, 1999; Russel et al, 2008; von Ranson et al, 1999; Swinbourne & Touyz, 2007). Ångest/ängslighet har av vissa föreslagits som en betydande faktor både för uppkomsten och vidmakthållandet av ätstörningar (Bulik, 1995).

I en systematisk översikt över studier på tvångssyndrom och ätstörningar menade författarna att sambandet kan bero på en gemensam etiologi (Altman, & Shankman, 2009), och man har exempelvis diskuterat en eventuell genetisk predisposition för både anorexi och tvångssyndrom, även om osäkerheten kring sambandet är stor (O'Brien, & Vincent, 2003). Det verkar inte finnas någon självklar kronologisk ordning för uppkomsten av problemen (Swinbourne, & Touyz, 2007). Kaye och medarbetare (2004) fann exempelvis att ångestproblemen vanligtvis hade uppkommit före ätstörningen, medan andra har funnit att så är fallet för cirka hälften av patienterna (Godart et al, 2003).

### Personlighetsstörningar

Även personlighetsstörningar har i många studier visats vara vanligare hos personer med ätstörningar än bland normalbefolkningen, och runt 30 procent av ätstörningspatienter har rapporterats ha en samtidig personlighetsstörning. Framför allt är det personlighetsstörningar som handlar om ängslighet, osjälvständighet och tvångsmässighet som har observerats både bland anorexi- och bulimipatienter, medan personlighetsstörningar som är mer impulsiva och emotionella, och då framför allt borderline, verkar vara vanligare bland patienter med bulimiska symtom (Rosenvinge, Martinussen, & Ostensen, 2000). Bland personer med samtidig ätstörning och missbruk har man funnit att andelen personlighetsstörningar är än vanligare (Courbasson, & Brunshaw, 2009). Studier har emellertid funnit att många personlighetsstörningar "försvinner" när symptom på ätstörning och missbruk upphör eller förbättras (Courbasson, & Brunshaw, 2009; Rø, Martinsen, Hoffart, & Rosenvinge, 2005; Rø, Martinsen, Hoffart, Sexton, & Rosenvinge, 2005).

### Impulsivitet

Problem med impulsivitet är ett annat område som visat sig vara kopplat till framför allt BN (Waxman, 2009 review). Flera studier har funnit högre frekvens av självmords-

beteenden, drogmissbruk, promiskuitet och stöld hos flickor/kvinnor med bulimi (Stein, Lilienfeldt, Wildman, & Marcus, 2004; Wonderlich, Myers, Norton, & Crosby, 2002). Somliga har föreslagit att det finns en subgrupp av patienter med BN med så kallad multi-impulsiv BN, vilkas huvudsakliga problem handlar om bristande impulsivitetskontroll (Lacey, & Evans, 1986; Myers et al, 2006). Huruvida detta är ett korrekt antagande eller inte är osäkert (Welch, & Fairburn, 1996), men det verkar stå klart att många personer med bulimi har problem med flera impulsiva beteenden. Trauman och framför allt sexuella övergrepp i barndomen har kopplats till fler impulsiva beteenden (självskadebeteenden och olika former av missbruk) hos patienter med ätstörningar (Corstorphine, Waller, Lawson, & Ganis, 2007). Dawe och Loxton fann ett samband mellan två olika typer av impulsivitet och utvecklandet av missbruk hos patienter med hetsätning (Dawe, & Loxton, 2004).

# Behandling av ätstörningar

Behandling av ätstörningar kan se mycket olika ut beroende på hur svåra problemen är, hur gammal patienten är och vilken typ av problem han eller hon har. Det är generellt sett viktigt att komma i behandling i ett så tidigt stadium som möjligt, då detta är förknippat med bättre prognos för att bli frisk. Ätstörningsbehandling kan ses som bestående av olika komponenter eller delar. Den ena delen handlar om att fokusera på frågor som handlar om vikt, hetsätning, kräkning, bantning och andra metoder för att hålla vikten. Den andra, mer psykologiskt orienterade delen, rör frågor om självkänsla, copingstrategier, affektreglering, självkontroll, perfektionism, impulsreglering, familjehistoria och så vidare. Hos personer som är mycket undernärda eller har ett mycket kaotiskt ätbeteende måste man som regel börja med att återställa vikten och häva svälttillståndet, samt införa regelbundna och näringsriktiga måltider. Detta behövs för att kroppen ska kunna börja fungera igen och för att möjliggöra till exempel psykoterapeutiska insatser. Svält och undernäring påverkar såväl psykiska och fysiska som kognitiva funktioner. Den första och viktigaste åtgärden är därför att försöka bryta svälten och/eller hetsätningen och självrensningen. Målet är att försöka få personen att äta normalt, lära ut vad som är en lagom portion och hur mycket mat kroppen behöver. För många handlar detta till stor del om att lära sig känna igen signalerna på hunger, sug och mättnad, vilka ofta har gått förlorade eller kanske aldrig uppfattats tydligt från början.

## Läkarundersökning (somatisk undersökning)

En person med en misstänkt ätstörning bör till att börja med alltid genomgå en grundlig medicinsk/somatisk läkarundersökning. Förutom av skälet att kunna fastställa en eventuell ätstörning och konsekvenser av denna, ska detta även göras för att kunna utesluta att det rör sig om andra somatiska tillstånd som kan ha liknande/samma symptombild som ätstörningar. De fysiska följderna av ätstörningar kan variera, både i antal och i allvarlighetsgrad beroende på vilken form av ätstörning personen har, på hur svår den är och beroende på hur förloppet sett ut.

## Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den behandling som utifrån starka evidens rekommenderas för bulimi (NICE, 2004; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Även om det saknas evidens från randomiserade studier, antyds att det även för AN kan vara effektivt med

KBT även om strategierna skiljer sig åt jämfört med för BN (Berkman, Bulik, Brownley, Lohr et al, 2006; Murphy, Straebl, Cooper, & Fairburn, 2010). En ny "utökad" variant av KBT (CBT-E, "enhanced"), som har utvecklats för att behandla ätstörningspsykopatologi snarare än diagnos, har visat sig fungera väl även för AN och UNS (Murphy et al, 2010). KBT för ätstörningar innebär att arbeta med patientens dysfunktionella tankar och attityder om vikt och kropp som grundvalen för personens självkänsla och sätt att se på sig själv. KBT innebär också ett fokus på att kartlägga och registrera patientens matvanor och kompensatoriska beteenden samt de känslor och tankar som sätter i gång, respektive följer av dessa beteenden. Ett annat viktigt syfte är att normalisera de störda matvanorna (Garner, & Needleman, 1997). Ytterligare en behandlingsmetod som även har god evidens för att vara effektiv vid ätstörning är Interpersonell psykoterapi, IPT (Wilfley et al, 2002). Till skillnad från KBT så har IPT inte sitt huvudsakliga fokus på ätstörningssymptomen utan fokuserar mer på interpersonella och relationsmässiga problem och hur man kan modifiera dessa. Enligt Fairburn (1997) utgår man ifrån tre stadier, där det första fokuserar på att identifiera de eller det problem som har förorsakat det störda ätbeteendet. I det andra stadiet jobbar patienten mer aktivt med dessa problem, och i det sista steget är uppmärksamheten riktad mot framtiden och hur man ska förhindra återfall. Att involvera hela familjen i någon form av familjeterapi brukar förordas framför allt för yngre patienter med anorexi. För äldre patienter föreslås i huvudsak KBT eller IPT.

### **Matanamnes**

Det kan vara bra att till en början göra en matanamnes för att få en bild av vad, när och hur patienten brukar äta. Matanamnes är ett viktigt och rekommenderat första steg i behandlingsarbetet med patienter med ätstörningar (Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009). Olika frågor kan tas upp, som till exempel: "Finns det något som är extra svårt och som patienten skulle vilja ha särskild hjälp med?" Det är även bra att fråga om kräkningar, användande av laxermedel, diuretika eller andra medel med syfte att påverka upptag av näring eller aptit. Ett praktiskt och handfast hjälpmedel som ofta används i behandling av ätstörningar är en så kallad matdagbok. I denna skriver klienten ned exakt vad han eller hon äter, när måltider sker samt vilka tankar och känslor som uppkommer i samband med måltiderna. Matdagboken kan utgöra ett bra underlag för samtal om personens ätbeteende, i vilka situationer hetsätning förekommer, hur mycket energi och näring som tillförts kroppen under dagen, varför viss mat utesluts, behov av kontroll eller brist på detsamma och så vidare. Utifrån matdagboken kan en diskussion om realistiska mål för ätandet ske. Boken kan också ge bättre kontroll över vad som fungerar bra och vad som inte gör det.

### **Upphöra med hetsätning och självrensande beteende**

Det huvudsakliga behandlingsmålet för patienter med bulimi är att normalisera ätbeteendet, det vill säga att upphöra med hetsätning och kompensatoriska beteenden. Att ha regelbundna och tillräckligt närings- och energigivande måltider är det bästa sättet att förhindra hetsätning, och därmed även i många fall efterföljande självrensande

beteenden. Till exempel kan samtal med patienten handla om mat som en slags "medicin" för att förhindra att drabbas av extrema begär efter energirik mat och godis och därmed riskera hetsätning. För att förhindra hetsätningssattacker är det viktigt att få stöd i att inte äta mat emellan måltiderna. Behovet av att kräkas eller använda andra självrensande beteenden efter en måltid kan dock vara mycket stort och många patienter får extrem ångest efter att ha ätit, vare sig de har ätit mycket eller lite. Patienten kan erbjudas stöd i form av att göra avslappningsövningar eller andningsövningar, ta en promenad, titta på tv eller prata med en vän (Kåver, 2002). Att få kontroll över ätstörningsbeteenden är grundläggande för att det ska vara meningsfullt att på sikt kunna ta till sig någon mer intensiv terapi.

### Normalisera vikten

Vid behandling av patienter med anorexi är det huvudsakliga målet till en början att häva svälten och få dem att öka i vikt/uppnå en hälsosam vikt. Att öka för snabbt i vikt för en mycket underviktig patient kan vara farligt; det är därför viktigt att det sker i en lagom takt. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att det för en patient som varit underviktig under en längre tid kan krävas extra mycket energi för att uppnå viktuppgång. För en kvinna kan detta innebära runt 1 000 kcal mer om dagen jämfört med normalt, det vill säga runt 3 000 kcal snarare än de 2 000 som ofta anges som genomsnittlig energiförbrukning för en vuxen kvinna. För män med anorexi kan det krävas ett ännu högre extra energiintag eftersom de generellt har en högre andel fettfri massa jämfört med kvinnor. Upp till 4 000–4 500 kcal/dag kan vara nödvändigt, och med tanke på att de är större från början kan det krävas en större viktuppgång innan de nått den önskvärda normalvikten (APA, 2000).

### Psykoedukativa insatser och självhjälsprogram

Ätstörningsbehandling innehåller i de flesta fall någon av form psykoedukativa/pedagogiska inslag där patienten informeras om och får kunskap om ätstörningar, omgivningens påverkan på kroppsideal och kroppsuppfattning, kroppens fungerande, hälsosamt ätande och motion, hur kroppen påverkas av svält och kräkningar, återfallsprevention etc. Denna del är mycket viktig, inte minst ur ett motiverande perspektiv. Ett särskilt viktigt inslag är pedagogiska måltider, där syftet är att personalen fungerar både som stöd och som förebild för patienten (Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009). Stöd till självhjälp<sup>4</sup> (Guided self-help) kan ges såväl individuellt, som till en familj eller i grupp. Det finns även olika självhjälsmanualer, både i bokform och IT-baserade, vilka framför allt kan vara ett alternativ vid lättare problem samt vid bulimi- och hetsätningssproblematik. Tanken är att patienten själv ska kunna lära sig om sin ätstörning och få stöd att bryta destruktiva tankar och beteenden. Självhjälp kan ingå som en del i andra behandlingsinsatser, där den kan fungera både som en första inledande insats och som stöd när patienten avslutat en behandling.

---

<sup>4</sup> Läs mer om "självhjälp och anhörigstöd" på [www.atstorning.se](http://www.atstorning.se).

## Alternativa terapimetoder

Olika alternativa terapimetoder kan vara till stor hjälp för individer med ätstörnings-symptom. Till exempel kan insatser av sjukgymnast i syfte att öka kroppskännedom-  
men vara värdefulla för patienter med ätstörningar. Sådana insatser kan antingen ges  
individuellt eller i grupp. Andra metoder som kan ge ökad kroppskännedom är olika  
massagetekniker, avspänningsövningar eller koncentrativ rörelseterapi (Regionalt  
vårdprogram – Ätstörningar, 2009). Det saknas förvisso behandlingsstudier som utvär-  
derat effekter av olika alternativa metoder vid behandling av ätstörning, men klinisk  
erfarenhet har visat att även bildterapi och musikerapi kan vara alternativa metoder  
som kan hjälpa patienter med ätstörning. En förklaring kan vara att dessa insatser hjäl-  
per till att öka uttrycksmöjligheter och minska en eventuellt överdrivet kontrollerande  
hållning som annars kan vara vanlig hos patienter med ätstörning. Ökad förmåga att  
uttrycka känslor, både verbalt och icke-verbalt, med stöd av alternativa terapimetoder  
antas kunna påverka negativ självbild och negativ kroppsuppfattning hos patienter  
med ätstörning.

## Farmakologisk behandling

För patienter med bulimi finns det vetenskapligt stöd för behandling framför allt med  
det antidepressiva SSRI-preparatet Flouxetin, vilket visat sig ha god effekt för minsk-  
ning av hetsättningsattacker och kräkningar. Detta gäller oavsett om det föreligger nå-  
gon samtidig depression eller ej (Flament, Bissada, Spettigue, 2011; Hay, & Claudino,  
2011). Det vetenskapliga stödet handlar om kortsiktiga effekter, men kan ändå vara  
ett bra alternativ och fylla en värdefull funktion vid behov i behandling av ätstörning  
(Flament et al, 2011).

Vid anorexi finns det ingen evidensbaserad medicinsk behandling som har visat  
effekt på sjukdomen i sig, men däremot kan samtidig depression, ångest eller svåra  
tvångsmässiga tillstånd behöva behandlas (Aigner, Treasure, Kaye, Kasper et al, 2011).  
Många psykiatriska symptom förbättras eller försvinner helt när patienten går upp i  
vikt. Vidare har det visat sig att farmakologisk behandling förefaller ha sämre effekt på  
mycket underviktiga personer, varför en viss viktökning bör ha uppnåtts innan even-  
tuell medicinsk behandling påbörjas. För viktnormaliserade patienter med anorexi kan  
Flouxetin därför ha viss effekt för att förhindra återfall (Flament et al, 2011).

## Vårdnivåer – hur och var ätstörning behandlas inom hälso- och sjukvården

Behandling i *öppenvård* är generellt att rekommendera förutom i vissa svårare fall där  
det föreligger stor medicinsk fara. *Dagvård* är ett alternativ som ger möjlighet till en re-  
lativt intensiv behandling/terapi. Dessutom ger dagvård möjlighet att ge strukturerad  
behandling samt stöd och hjälp när det gäller patientens måltider. Dagvården kan vara

olika upplagd och ske individuellt eller i grupp, och innehållet kan variera från enbart ätträning till olika former av behandling och terapi. *Heldygnsvård*/akut slutenvård kan ibland vara nödvändig om tillståndet är mycket allvarligt och framför allt handlar det då om gravt underviktiga personer. Behandling av lättare eller lindrigare ätstörningar utan somatiska komplikationer kan ske inom såväl *primärvården och skolhälsovården* som genom en *ungdomsmottagning*. Behandlingen innebär då främst stödsamtal, självhjälpsmanualer, dietiststöd och matdagböcker. Om dessa insatser inte är tillräckliga remitterar man patienten till annan lämplig vårdinstans inom öppenvården, exempelvis vuxenpsykiatri eller Bup. Inom *öppenvården* (bup, vuxenpsykiatri, specialenheter) diagnostiserar och behandlar man de allra flesta patienter med ätstörningar. Om annan psykiatrisk problematik är huvudproblemet eller om det föreligger risk för suicid, är rekommendationen att patienten ska behandlas inom bup eller vuxenpsykiatri men med stöd och konsultation från specialenhet för ätstörningar. Den *specialiserade ätstörningsvården* tar emot både unga och vuxna med en ätstörningsdiagnos utifrån DSM-IV. Syftet är att diagnostisera och behandla patienter som har svårare former av ätstörningar, vilka inte kan klaras av inom Bup eller allmän-/vuxenpsykiatri. Specialiserade ätstörningsenheter kan erbjuda såväl öppenvård och dagvård som heldygnsvård, men ej någon akutvård. Slutenvård kan vara nödvändig om patienten är gravt undernärld eller om det föreligger andra allvarliga somatiska komplikationer. Vid allvarliga tillstånd där personen helt saknar insikt om sin situation och inte går med på behandling, kan det krävas att man med lagens stöd beslutar om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (Regionalt vårdprogram – Ätstörningar, 2009).

# Missbruk och ätstörning

*”Jag såg drogerna som en väg att komma ur min anorexi, och det gjorde jag. Men mitt liv blev inte bättre för det. När jag la in mig första gången och var drogfri märkte jag hur min ’anorexi-personlighet’ kom fram igen, och det gjorde mig fruktansvärd rädd och var också en anledning till varför jag fick återfall. Ätstörningar är också ett helvete.”*

(<https://www.flashback.org/p28170808>)

Det finns fler studier som undersökt förekomsten av alkohol- och drogmissbruk bland patienter med ätstörningar än tvärtom. Mycket av denna forskning har utgått ifrån individer med bulimi och missbruk och säger därmed mindre om de fall av restriktiv anorexi som förekommer tillsammans med missbruk. Betydligt färre studier har undersökt ätstörningar bland missbrukare. Av 51 studier som inkluderades i en översiktsstudie om sambandet mellan ätstörning och missbruk från mitten av 1990-talet, var endast 5 studier genomförda på missbrukspatienter, övriga studier handlade om patienter med ätstörning (Holderness et al, 1994).

## Hur ser sambandet ut?

Forskning som utgått från retrospektiva data, det vill säga bakåtblickande, tyder på att bulimi oftast föregår ett missbruk när båda tillstånden föreligger samtidigt (Bulik et al, 2004; Wilson, 1993). Baker och kollegor (2010) fann att personer med bulimi uppgav att hetsätningsproblemen började före missbruket och att det omvända gällde för anorexi (utom specifikt för AN och alkoholmissbruk). Resultatet för anorexi kan emellertid delvis ha påverkats av att studien utgick från subjektiva uppgifter om lägsta vikt, och inte när ätproblemen började. Förklaringar till övergången mellan ätstörning och missbruk var bland annat att hetsätningarna ersattes med alkohol eller droger samt för att dämpa begär och/eller negativ affekt. Kopplingen mellan ätstörning och missbruk har även uppmärksammats genom forskning som visat att missbruk av olika substanser (tobak, kaffe, amfetamin, kokain, alkohol) kan användas i aptitreglerande syfte och för att höja ämnesomsättningen, vilket visats vara en vanlig anledning till missbruk både av droger och alkohol (Cochrane, Malcolm, & Brewerton, 1998). I en 9-årsuppföljning av patienter med ätstörningar antydde att cirka 13 procent av både anorexi- och bulimipatienterna hade missbrukat droger före studiens början, och att 3,6 procent av patienterna med anorexi och 5,4 procent av dem med bulimi utvecklade ett första drogmissbruk under studiens gång (Herzog et al, 2006). Wiseman och kollegor (1999) fann i en studie av både öppenvårds- och slutenvårdspatienter att 17,4 procent hade ett



missbruk före ätstörningen, att 32,5 procent hade fått sin ätstörning före missbruket, och att 50 procent bara hade en ätstörning. Wilson (1993) fann att individer som hade ett missbruk före ätstörningen tenderade att missbruka fler substanser, men att individer som drabbades av ätstörning före missbruket hade fler psykiatriska diagnoser.

Från flera håll betonas emellertid försiktighet i antaganden kring sambanden mellan missbruk och ätstörning och att inte dra alltför långtgående slutsatser när gäller hypotesen om att ätstörningar är en form av missbruk eller beroende, trots att det finns flera likheter (Ram, Stein, Sofer, & Kreitler, 2008; Wilson, 2010). Kritikerna till att ätstörning skulle vara en form av beroende betonar bland annat att det finns viktiga kliniska skillnader, exempelvis när det gäller toleransutveckling, fysiskt beroende och abstinensbesvär (Vandereycken, 1990; Wilson, 2010). Även om det finns flera liknande processer inblandade så är missbruk och ätstörning olika på viktiga områden; till exempel påverkar droger hjärnan på andra sätt än socker eller annan mat. Samtidigt antyds inom forskningen framåtblickar mot att acceptera till exempel spelberoende som ett missbruk, vilket innebär mindre fokus på att kroppen ska tillföras någon form av substans som förutsättning för missbruksdiagnos (Goodman, 2007). Huruvida det faktiskt finns något sådant som en beroendepersonlighet är inte klarlagt och inte heller om en sådan i så fall skulle omfatta ätstörningar/ätbeteenden (Fairburn, 1995; Ram et al, 2008; Vandereycken, 1990; Wilson, 2010; Wolfe, & Maisto, 2000).

## Missbruk hos patienter som vårdas för ätstörning

Undersökningar av kliniska grupper, det vill säga patienter i behandling, visar att så många som 50 procent av personer med ätstörningar även kan ha olika former av missbruk (CASA, 2003; Gadalla, & Piran, 2007; Harrop, & Marlatt, 2010; Root et al, 2010). Forskningen tyder också på att missbruk (både alkohol och droger) är vanligare bland patienter med bulimi än bland patienter med anorexi, och att det är vanligare hos anorektiska patienter med symptom på bulimi än hos de som "bara" svälter sig (Anderson et al, 2005; Gadalla, & Piran, 2007; Holderness et al, 1994; Krug et al, 2008; Krug et al, 2009; Root et al, 2010; Strober, Freeman, Bower, & Rigali, 1996; Wolfe, & Maisto, 2000). Wiederman och Pryor (1996a) fann att typ av ätstörningssymtom kunde predicera missbruk bättre än ätstörningsdiagnos: graden av kalori restriktion predicerade amfetaminanvändning, hetsätning var kopplat till användandet av lugnande droger, och självrensande beteende var kopplat till användandet av alkohol, kokain, cigaretter samt blandmissbruk. Självrensande beteende som kräkningar har även i andra studier visat sig ha samband med alkoholmissbruk (Franko et al, 2005), liksom missbrukare av kokain, alkohol och lugnande droger visats ha hög frekvens av bulimi (14–33 procent) (Walfish et al, 1992).

Sambandet mellan ätstörningar och missbruk har även påvisats i icke-kliniska grupper, det vill säga bland individer som har sjukdomssymptom men som inte genomgår behandling och i epidemiologiska studier, det vill säga studier av normalgrupper (Bulik et al, 2010; Gadalla & Piran, 2007b; von Ranson, Iacono, & McGue, 2002). Framför

allt har ett ökat användande av alkohol och droger identifierats hos personer med bulimiska beteenden (Anderson et al, 2005; Kendler et al, 1991, Garfinkel et al, 1995). Andra studier har visat att ju fler och allvarigare ätstörningsbeteenden (inklusive diet), desto mer alkohol och fler droger används (Krahn, Kurth, Demitrack, & Drewnowski, 1991; Piran, & Robinson, 2006). Hetsätning har i en studie visat sig vara kopplat till alkohol och diet, och självrensande beteende till stimulantia/amfetamin, samt missbruk av sömnmedel (Piran, & Robinson, 2006). Några studier har emellertid visat på svagare samband mellan ätstörning och missbruk eller funnit varierande resultat (Dunn et al, 2009; von Ranson et al, 2002; Welch, & Fairburn, 1996). Exempelvis fann Dansky och medarbetare (2000) att sambandet mellan bulimi och alkoholmissbruk/-beroende var indirekt och att alkoholmissbruk/beroende snarare var kopplat till egentlig depression och PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). Några studier har funnit att alkohol- eller drogmissbruk inte verkar påverka tillfrisknandet från en ätstörning, vare sig för patienter med anorexi eller med bulimi (Dunn et al, 2009; Franko et al, 2005; Franko et al, 2008). Möjliga förklaringar till detta var till exempel att en tredje variabel som impulsivitet eller depression är det som "egentligen" påverkar både ätstörningar och missbruk på ett mer direkt sätt (Franko et al, 2008). Olika ätstörningsbeteenden som till exempel kräkning, tvångsmässigt tränande samt att lägga för stor betydelse vid vikt och kroppsform har däremot rapporterats påverka tiden för att tillfriskna från alkoholmissbruk (Franko et al, 2005).

Dåligt psykosocialt fungerande liksom om personen tidigare använt eller missbrukat droger var prediktorer för att drabbas av alkoholmissbruk, både för anorexi och bulimi. För anorexi var även kräkning, depression och överdriven oro kring kropps-bilden predicerande faktorer för alkoholmissbruk (Franko et al, 2005). Självordsför-sök, användandet av alkohol, och sjukhusvistelse på grund av en affektiv sjukdom har också visats predicera drogmissbruk hos anorexipatienter. Vidare har det visats att all-varlighetsgrad både vad gäller alkoholintag och bulimi, predicerade drogmissbruk för bulimipatienter (Franko et al, 2008).

## Ätstörningssymptom bland missbrukare

Övervikt och problem med mat är vanligt både bland män och bland kvinnor i be-handling för drogmissbruk (Jackson & Grilo, 2002; Han et al, 2008). En studie fann att 8 procent av männen och 25 procent av kvinnorna som sökte hjälp för missbruk även hade en ätstörning (Courbasson et al, 2005). Men upp till 35 procent av personer med missbruk kan ha någon form av ätstörning (CASA, 2003; Gadalla, & Piran, 2007a; Harrop, & Marlatt, 2010; Root et al, 2010). I en svensk studie på ungdomar 12–20 år som aktualiserats på en missbruksklinik med riskbruk/missbruk/beroende genomförde man psykiatrisk diagnostik på ungdomarna (n=180). Man fann då att för flickor utan någon missbruks-/beroendediagnos förekom ätstörningsdiagnoser i nästan 15 procent av fallen. Bland flickor med både alkohol- och narkotikadiagnoser var förekomsten av ätstörningar någon gång under livstiden 40 procent (Hodgins et al, 2007). Vidare har

både män och kvinnor i behandling för missbruk rapporterat att mat ofta varit ett substitut för droger i syfte att reglera humör och negativ affekt, för att hantera tristess eller för att tillfredsställa sug (Cepik, Arikan, Boratav, & Isik, 1995; Cowan & Devine 2008; Katzman et al, 1991; Stewart, et al, 2006). Såväl stort alkoholintag som stort ätbeteende, framför allt hetsätning, antas användas som "copingstrategi" och som självreglering av känslor, och beteendena kan fylla samma funktion för en person (Anderson et al, 2005; Stewart et al, 2006).

Det kan vara svårt att identifiera ätstörning hos individer som missbrukare. Många missbrukare har ofta haft en mycket kaotisk mathållning och dåliga matvanor sedan tidigare. En studie fann exempelvis att alla män i behandling för alkoholmissbruk fick ett ökat begär för mat i samband med det minskade intaget av alkohol, och att samtliga ökade i vikt (Han et al, 2008). Cowan och Devine (2008) fann dock tecken på att substitueringen med mat framför allt skedde i den första delen av behandlingen (6 månader), men resultatet antydde även att missbrukarna längre fram upplevde att mat och måltider var ett positivt sätt att få struktur på dagen. Männerna rapporterade även att de, under tiden som de var aktiva missbrukare, hade en mycket oregelbunden och ohälsosam mathållning. De uppgav också att de saknade kunskap kring vad som var bra mat och vettiga val av livsmedel för inköp och tillagning.

Katzman och kollegor (1991) intervjuade kvinnor i behandling för opiatmissbruk och dessa kvinnor beskrev ett ömsesidigt beroende mellan mat och droger, där ätproblemen var inblandade vid såväl uppkomsten som upphörandet av drogmissbruket. Hos de studerade kvinnorna hade hetsätningen börjat före missbruket och tillsammans med experimenterande med lättare droger som marijuana, vilket hade lett till allmän inaktivitet kombinerat med mer hetsätning ("marijuana munchies"). Självrensande beteenden i form av kräkningar och laxermedel användes för att kompensera överätningen och såväl ätproblem som missbruk övergick till att bli tvångsmässiga. Övergången till starkare droger (som skedde snabbt) ledde till en viktnedgång (på grund av minskad aptit och ett beteende helt fokuserat på drogen), likaså minskad oro och upptagenhet kring vikten. När kvinnorna väl hamnat i behandling för sitt missbruk rapporterade de att de kände sig känslomässigt avtrubbade, upplevde en stor tomhet och var kroniskt ångestfyllda. Tillståndet gav upphov till impulsiva beteenden, och hetsätning var för samtliga kvinnor huvudstrategin för att hantera dessa känslor av hopplöshet och tomhet. Viktuppgången som följde förstärkte den redan låga självkänslan, ångesten och hopplöshetskänslorna, och kräkningar blev en metod att hantera matorganierna och ångesten.

På senare tid har fenomenet som "drunkorexia" lyfts fram som beskrivning av collegestudenter som funnits experimentera med kombinationen av alkohol och kalori-restriktion<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/10/111017171506.htm>

## Varför finns det ett samband mellan missbruk och ätstörning? Olika förklaringsmodeller

Olika försök har gjorts att förklara den ökade risken för samsjuklighet i missbruk och ätstörning, och forskningen tyder på att såväl biologiska och psykologiska som kulturella/miljömässiga faktorer påverkar vem som drabbas och varför. En stor amerikansk kartläggning som gjorts på området (CASA, 2003) fann att riskfaktorer för såväl missbruk som ätstörningar var låg självkänsla, depression, ångest och impulsivitet, sexuella eller fysiska övergrepp, ohälsosamma föräldrabeteenden, ohälsosamma kamratnormer och socialt tryck samt känslighet gentemot mediala budskap. Kartläggningen visade även att stress och förändringar kan vara det som utlöser beteendena. Stice och medarbetare (2004) fann exempelvis en prospektiv (framåtblickande) studie av sambandet mellan bulimi, missbruk och depression hos tonårsflickor, att samsjukligheten mellan bulimi och missbruk troligtvis beror på någon gemensam bakomliggande riskfaktor snarare än på att ett av tillstånden ökar risken för det andra. Generellt utgår förklaringarna eller hypoteserna antingen ifrån att kopplingen beror på en gemensam bakomliggande etiologi, vilken ger en ökad känslighet för en individ att utveckla dessa sjukdomar, eller från ett orsakssamband där förekomsten av problem på ett område ökar risken för att också drabbas av problem inom ett annat (Wolfe, & Maisto, 2000). Teorierna om en gemensam etiologi inkluderar bland annat olika personlighetstyper, gemensamma familje-/miljöfaktorer och biologisk sårbarhet. Orsaksfaktorer som leder till missbruk hos en person med BN eller vice versa kan till exempel vara självmedicinering, effekten av minskat matintag (bantning), att det ena beteendet (till exempel missbruk) uppstår som en konsekvens av att försöka upphöra med det andra (till exempel ätstörning) samt traumatiska upplevelser/övergrepp eller exempelvis sociala aspekter av familjemiljön (Birch Stewart, & Brown, 2007; Krahn, 1991; Sinha, & O'Malley, 2000).

### Sårbarhetsperspektivet

En förklaring utgår ifrån att gemensamma personlighets- eller temperamentstyper medför en känslighet eller sårbarhet, vilken kan öka risken att utveckla både ätstörning och/eller missbruk. Sådana riskfaktorer kan till exempel vara impulsivitet, hög sensation/novelty seeking (spänningssökande) eller borderlinepersonlighet (Calero-Elvira et al, 2009; Harrop, & Marlatt, 2010; Krug et al, 2008; Thompson-Brenner et al, 2008). Impulsivitet är ett begrepp som förmodas bestå av olika dimensioner, och olika former av impulsivitet har föreslagits kunna påverka både missbruk och ätstörningar (Adinoff et al, 2007). Hur dessa olika typer av impulsivt beteende hänger ihop och kan förklaras till exempel rent biologiskt är dock oklart (Dawe, & Loxton, 2004). Många anser att multi-impulsivitet är en bidragande orsak till sambandet och det har även föreslagits att det finns en speciell multi-impulsiv grupp bland personer med BN (Myers et al, 2006). Detta innebär förutom det impulsiva, bulimiska beteendet även att individen uppvisar flera impulsiva handlingar/beteenden som till exempel promiskuitet, självskadebeteenden, missbruk eller kriminalitet (Lacey, 1993). Individer med ätstörningar och alkoholmissbruk har även beskrivits som mer ängsliga, perfektionistiska och med

impulsiva personlighetsdrag (Bulik et al, 2004). Thompson-Brenner och medarbetare (2008) fann att olika personlighetsegenskaper verkade ha betydelse för utvecklandet av ätstörningar respektive missbruk men att personlighetsegenskaper inte räcker för att förklara sambandet.

### Teorin om en "beroendepersonlighet"

Den teoretiska konstruktionen av begreppet beroendepersonlighet har inte kunnat beläggas inom forskningen. Det är mer att betrakta som ett uttryck för de redan kända riskfaktorerna som beskrivits tidigare. Begreppet grundar sig på de många likheterna mellan ätstörningar och missbruk och anses av vissa forskare peka på att ätstörningar kan betraktas som ett beroendetilstånd (Davis & Claridge, 1998; Gold, Frost-Pineda, & Jacobs, 2003). Det har bland annat föreslagits att framför allt BN och hetsättningsstörning är en form av beroende i samma mening som exempelvis alkoholberoende (Davis, & Carter, 2009; Gold et al, 2003). Att ha en beroendepersonlighet innebär enligt förespråkarna en ökad känslighet att bli beroende av någon substans, och att mat och droger i det här sammanhanget kan vara mer eller mindre utbytbara. Davis och Claridge (1998) menar att ätstörningar drabbar individer med denna beroendepersonlighet, och att den tar sig olika uttryck beroende på mer sekundära egenskaper. Kardinalenskapen för en beroendepersonlighet består enligt Davis och Claridge av mycket hög neurotisism, vilket ses både hos anorektiska och bulimiska patienter, och som kan tyda på en ovanligt hög emotionell reaktivitet och hög benägenhet till negativ affekt.

Även en personlighet med hög belöningskänslighet (reward sensitivity) har föreslagits som förklaringsmodell. Det finns dock olika idéer om hur en belöningskänslighet kan tänkas fungera. Några menar att det är en form av *hypodopaminergiskt* tillstånd (det vill säga en sänkt/låg effekt av transmittorsubstansen dopamin i hjärnan) som leder till självmedicinering för att boota ett dåligt fungerande dopaminsystem och därmed öka förmågan till välbehag. Andra hävdar att vissa har en *hyperkänslighet* för belöningar vilket leder till ökad risk för olika beroenden därför att de har en ökad motivation att engagera sig i njutningsbara/lustfyllda, belönande aktiviteter. Det är inte omöjligt att det finns en dubbel känslighet där båda modellerna kan vara en risk, men på olika sätt hos olika individer och i olika grad (Davis, & Carter, 2009).

### Det neurobiologiska perspektivet

Den biologiska förklaringsmodellen betonar de fysiska effekterna som både ätstörningar och missbruk har på kroppen, effekter som även medför förändringar och påverkan på humör och kognitioner (tankar och mentala funktioner) (Harrop, & Marlatt, 2010). Exempelvis har minskat matintag, framför allt i djurstudier, visats innebära ett ökat intag av olika droger. Beteendet har förklarats genom att en förstärkare (reinforcer), i det här fallet mat, innebär en ökad förstärkningseffekt för andra tillgängliga förstärkare (droger). Det har också antytts att den förstärkande effekten av alkohol och droger blir starkare utan tillgång till mat. Om detta gäller även för personer med ätstörningar är inte känt. En studie som gjorts på patienter med bulimi visade inte ett ökat alkoholinintag efter 19 timmar utan mat (Bulik, & Brinded, 1993). Jämfört med sambandet mellan

bulimi och missbruk, är sambandet mellan alkohol-/narkotikamissbruk och restriktiv anorexi inte lika tydligt, vilket innebär att det troligen även är andra biologiska faktorer som kan vara av betydelse (Stewart et al, 2006).

Utvecklandet av både missbruk och ätstörningar kan med andra ord härledas, och delvis förklaras av, gemensamma biologiska faktorer. En förstärkande och belönande effekt av både droger och mat (oftast rik på både socker och fett) styrs åtminstone delvis av samma biologiska mekanismer. Framför allt dopamin, GABA, serotonin och opiater har studerats och på olika sätt kopplats till vårt belöningssystem, såväl när det gäller alkohol och droger som mat (Hoebel et al, 2009; Pelchat, 2002). Forskning från framför allt djurstudier har tolkats som att upprepat och överdrivet intag av socker kan leda till förändringar i hjärnan, vilka verkar vara mycket lika de effekter som droger ger. Detta verkar emellertid inte gälla för en överkonsumtion av fett eller en kombination av fett och socker (Hoebel et al, 2009), vilket ofta är fallet vid hetsätning. Endogena opiater (en slags kroppsegna neuropeptider som fungerar som kroppens egna opiater, exempelvis endorfin) har visats ha betydelse för såväl alkoholkonsumtion och drogmissbruk som för aptit/ätbeteende (Pelchat, 2002). Även självsvält och överdrivet tvångsmässigt motionerande har av vissa förklarats som ett kemiskt beroende av kroppens endogena opiater (Davis, & Claridge, 1998). Det som enligt denna hypotes skiljer en patient med anorexi från andra personer som går ned i vikt genom bantning/diet är att anorexipatienten, på ett beroendemässigt sätt, är kraftigt påverkad av de opioida förändringar som skett på grund av dieten och/eller träningen på samma sätt som en missbrukare påverkas av till exempel heroin eller alkohol (Davis, & Claridge, 1998). Det som upplevs som belönande behöver dock inte vara ett euforiskt eller lustfyllt tillstånd, utan kan handla om att undvika ångest och depression. Denna förklaringsmodell (auto-addiction opioid model) föreslår att kronisk ätstörning är en form av beroende av kroppens egen produktion av endogena opiater. På så sätt liknar ätstörningen ett vanligt drogberoende, både rent fysiologiskt och psykologiskt (Davis, 2001).

## Hur bör tillståndet missbruk och ätstörning behandlas? Vad säger forskningen?

Samsjuklighet i missbruk och ätstörningar är ofta svårbehandlat, och i många fall kompliceras bilden ytterligare av personlighetsstörningar och/eller annan psykiatrisk problematik (Grilo et al, 1995a; Sansone, Fine, & Nunn, 1994). Betydelsen av en samsjuklighet i ätstörning och missbruk, när det gäller behandlingsresultat, är oklar men det finns studier som visat på en sämre prognos och en mer allvarlig klinisk bild (Cohen et al, 2010; Bonfa et al, 2008; Wilson, 1999). Patienter med både ätstörning och missbruk har dessutom ofta andra psykiatriska diagnoser jämfört med patienter med enbart ätstörning eller missbruk (Bulik et al, 1997; Courbasson et al, 2005; Grilo et al, 1995b; Lilenfeld et al, 1997; Suzuki et al, 1993). Studier har pekat på högre risk för självmordsförsök, självskadebeteenden och kriminalitet (Landheim et al, 2006; Wiederman, & Pryor, 1996b). Jämfört med missbrukspatienter verkar patienter med både missbruk

och ätstörning kräva längre perioder av slutenvård och vara mindre benägna att fortsätta behandling därefter (Sinha, & O'Malley, 2000). Symptomen på ätstörningen kan öka vid behandling av missbruket och tvärtom, och det krävs ofta ett samarbete mellan enheter för ätstörningar respektive missbruk för att lyckas med behandlingen av dessa patienter. (Courbasson et al, 2005; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005; Wolf, & Maisto, 2000). När en möjlighet att hantera affekter, ångest eller andra problem tas bort är det lätt att individen i stället tar till andra metoder för att tillfälligt lindra negativa känslor. Att upptäcka och diagnostisera eventuella ätstörningar blir därför betydelsefullt för att hitta rätt interventioner och för att förbättra prognosen (Cohen et al, 2010). Kunskapen kring hur man bör behandla denna grupp är dessutom mycket begränsad och det finns i dagsläget mycket få behandlingsstudier gjorda på området. Integrerade behandlingsmodeller har efterfrågats (Harrop, & Marlatt, 2010). De är dock ännu mycket ovanliga, och det finns ingen evidensbaserad behandling för denna grupp. I stället har behandlingsrekommendationer utvecklats separat för respektive tillstånd (kliniska riktlinjer ätstörningar, 2005; Socialstyrelsen, 2007). De behandlingsstudier som gjorts har i huvudsak fokuserat på personer med alkohol- och bulimi-hetsättningsproblematik (Burton, Stice, Bearman, & Rohde, 2007; Courbasson, Nishikawa, & Shapira, 2011; Courbasson, Nishikawa, & Dixon, 2011; Sysko, & Hildebrandt, 2009). Det är dessutom svårt att veta hur väl den rekommenderade medicinska och psykologiska behandlingen för exempelvis bulimi lämpar sig för personer med både bulimi och missbruk, då de flesta behandlingsstudier om ätstörningar utesluter personer med missbruk (Sysko, & Hildebrandt, 2009).

De kliniska behandlingsriktlinjer som finns tillgängliga i dag (både för ätstörningar och för missbruk) är inte särskilt informativa när det kommer till samsjuklighet i ätstörningar och missbruk. Det som poängteras är att ett nära samarbete mellan missbruksvården och ätstörningsvården ofta är nödvändigt för att uppnå ett bra resultat. Det framhålls att om möjligt fokusera på missbruket och ätstörningen samtidigt och på de gemensamma vidmakthållande faktorerna (APA, 2000). Ytterligare en omständighet som talar för att man bör integrera missbruks- och ätstörningsvården är risken att behandla ett av tillstånden på bekostnad av det andra. Jämfört med missbruk och ätstörning finns det behandlingsstudier som handlar om missbruksproblematik i kombination med annan psykiatrisk sjukdom (så kallad dubbeldiagnos, exempelvis schizofreni, psykos, bipolär sjukdom, depression) (Tiet, & Maudsley, 2007), men såväl metoder, behandlingar och patientgrupper som utfallsvariabler och resultat är spretiga och överförbarheten till patienter med ätstörningar är inte självklar.

### Integrativa behandlingsmodeller

Behandlingar för individer med två eller flera diagnoser kan vara antingen sekventiella, parallella eller integrerade. *Sekventiell behandling* innebär att en klients/patients ena tillstånd/problem behandlas först och att det andra tillståndet behandlas när det första har förbättrats eller stabiliserats. En *parallell behandling* innebär i stället att klientens båda tillstånd behandlas samtidigt, men separat och oberoende av varandra – ofta av olika vårdutförare som många gånger inte är del av samma system (Burnam,

& Watkins, 2006). En risk med båda dessa modeller kan vara svårigheten att "lyfta blicken" och se över gränserna när det gäller deltagande och planering (Horsfall et al, 2009). Båda förhållningssätten riskerar dessutom att inte utgå utifrån tanken om en vård med patienten/klienten i fokus (Burnam, & Watkins, 2006). Samsjuklighetstillstånd påverkar ofta varandra och kan gå i cykler, vilket även det talar för att man bör se till att få en vård som utgår ifrån ett helhetstänkande kring individen. Begreppet *integrerad behandling* kan innefatta flera olika förhållningssätt, modeller och komponenter (Ziedonis, 2004), men det centrala är att en integrerad behandling fokuserar på båda tillstånden samtidigt. Detta kan antingen ske genom ett koordinerat samarbete mellan olika utövare eller genom att arbeta tillsammans i team inom en specifik enhet. Ofta innebär integrerad behandling en anpassningsbar kombination av olika behandlingar från både psykiatrin och missbruksvården, vilka kan sättas ihop på olika sätt för att passa klientens behov. En integrerad hantering kan bestå av behandling av ett multidisciplinärt team, vilket kan minska risken för administrativa misstag och diskussioner kring vilken sjukdom som är den primära (Burnam, & Watkins, 2006). Det finns forskning som tyder på att integrerade behandlingsprogram kan vara fördelaktiga för personer med missbruk och allvarlig psykisk sjukdom (till exempel schizofreni, bipolär sjukdom, egentlig depression) (Drake & Mueser, 2000), men resultaten är inte alltid entydiga (Drake et al, 2001; Tiet, & Mausbach, 2007). Integrerade behandlingar verkar vara bättre jämfört med annan behandling på vissa utfallsvariabler, men inte för andra och resultaten skiljer sig mellan studier (Drake, O'Neal, & Wallach, 2008; Jeffrey et al, 2000; Tiet, & Mausbach, 2007).

Enligt de nationella riktlinjerna för beroendevård bör man samordna de olika behandlingarna för missbruk/beroende och samtidig psykiatrisk sjukdom. Om detta sker inom den egna enheten eller genom ett väl fungerade samarbete mellan olika enheter, exempelvis landsting och kommun, har dock ännu inte visats vara av någon avgörande betydelse för behandlingsutfallet. Det centrala är att alla insatser utgår ifrån patientens/klientens faktiska vård- och behandlingsbehov.

Om en integrerad behandling inte är möjlig bör behandlingen av missbruket ha prioritet åtminstone till en början. Det kan naturligtvis vara nödvändigt även vid en integrerad behandling beroende på hur allvarligt missbruket är. Personer med ett aktivt missbruk kommer med största sannolikhet att vara mindre benägna att både vilja engagera sig i, och få ett gott resultat av, en ätstörningsbehandling. Dessutom är det många ätstörningsenheter som inte har tillräcklig specialkunskap eller tillräckliga resurser för behandling av personer med ett aktivt missbruk (SAMHSA, 2010). På motsvarande sätt visades i en amerikansk studie att det vid missbruksenheter endast var hälften av enheterna som gjorde någon form av screening för ätstörningar. De visade sig också att cirka 14 procent av dessa enheter använde sig av standardiserade metoder. De vanligaste orsakerna till att ätstörningarna inte behandlades var att det inte fanns personal som var utbildad inom ätstörningsområdet, att det inte fanns tillgång till adekvat medicinsk personal och/eller medicinska resurser, att ätstörningsbehandling kräver en mer intensiv vård än vad deras program kunde erbjuda, samt att behovet inte var tillräckligt stort i förhållande till de resurser som i sådana fall skulle krävas (Gordon et al, 2008).



## Psykoterapi och andra strukturerade stödinterventioner

Motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi har i några studier och översikter visats vara effektiva metoder för behandling av missbruk i kombination med annan psykiatrisk sjukdom (Cleary, Hunt, Matheson, & Walter, 2009; Thylstrup, Schepelern Johansen, 2009), även om resultaten varierar och det behövs fler långtidsstudier (Drake et al, 2008). En översiktsstudie fann dock inte någon fördel för någon specifik psykoterapeutisk intervention när det gällde minskat missbruk och/eller förbättrad psykisk hälsa (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008). I en randomiserad, kontrollerad studie av effekten av naltrexone (psykofarmaka) i kombination med KBT inriktad på copingförmåga (Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy, CBCST) hos kvinnor med alkoholmissbruk och ätstörningar, antyddes ingen effekt när det gällde alkoholintag, men däremot förbättrades ätstörningssymptomen trots att interventionen var inriktad på alkoholproblematiken (O'Malley et al, 2007). I en annan randomiserad KBT-studie inriktad på affektreglering antyddes det förbättringar av de depressiva besvären och det bulimiska beteendet, men däremot inte droganvändandet. Författarna menar att detta tyder på att affektstörningar bidrar till bulimisk problematik, men att sådana däremot inte har någon påverkan på missbruk (Burton, Stice, Bearman, & Rohde, 2007). Ytterligare en randomiserad kontrollerad behandlingsstudie undersökte effekten av dialektisk beteendeterapi (DBT, innehållande KBT, "mindfulness" och dialektiska strategier) för behandling av samtidig ätstörning och missbruk (Courbasson et al, 2011a). Tyvärr var deltagarantalet litet, och på grund av för stort avhopp ur kontrollbehandlingen (gruppterapeutisk "standardbehandling" för patienter med missbruk och annan psykiatrisk störning, innehållande KBT, MI och återfallsprevention) gick det inte att jämföra effekten mellan de två behandlingarna. De analyser man kunde göra visade dock på signifikanta förbättringar för DBT-gruppen av ätstörningssymptom, missbruk, förmågan att reglera negativ affekt och depressiva symptom. En liknande behandlingsmodell (KBT/mindfulness) har testats på personer med hetsättningsstörning och missbruk, med positiva resultat (Courbasson et al, 2011b).

Även andra, mer psykosocialt inriktade interventioner som gruppterapi (group counseling), behandlingshem, miljöterapi och familjeinterventioner kan vara bra och fungera effektivt för personer med dubbeldiagnos (Drake et al, 2008). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård finns det dock inget stöd för att någon specifik metod skulle vara bättre än någon annan, inte heller för att metoderna skulle skilja sig åt beroende på en samtidig psykiatrisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2007). Att fokusera på psykopedagogiska insatser för att upptäcka högrisksituationer betonas, liksom med affekter, för att på så sätt ge personen bättre förutsättningar att hantera impulsivitet, stress och ångest (Socialstyrelsen, 2007).

# Hantering av ätstörningssymptom inom missbruksvård

Sammantaget talar mycket för att det är en fördel om man kan upptäcka problem med mat och ätande hos missbrukare i ett tidigt stadium. Det ger möjlighet att planera vilka insatser som kommer att behövas och kan förbättra möjligheten till ett bra resultat av behandlingen. Klienter med både ätstörning och missbruk kan behöva mer specialiserade och fullständiga behandlingsinsatser. Tyvärr är det i dagsläget ovanligt med missbruksvård som samtidigt behandlar ätstörningar. I de nationella riktlinjerna framgår att även övrig psykiatrisk sjukdom och problematik ska behandlas, men många gånger saknas denna möjlighet och kompetens för ätstörningsbehandling inom ramen för missbruksvård (Socialstyrelsen, 2007).

## Utred alltid ätstörningsproblem hos missbrukare

Med tanke på det tydliga sambandet mellan missbruk och ätstörningar (CASA, 2003; Gadalla & Piran, 2007a; Harrop & Marlatt, 2010; Root et al, 2010; von Ranson et al, 2002) och den höga risk för dödlighet som båda tillstånden har (Franko et al, 2008; Harris & Barraclough, 1998; Keel et al, 2003), bör det vara rutin att alltid utreda individer med pågående missbruk för ätstörningar (Marcus & Katz, 1990). Att en person är normalviktig eller överviktig är inte skäl att avstå från att undersöka om det föreligger problem med mat och ätande, eftersom detta oftast är fallet för personer med bulimi. Likaså kan överviktiga personer ha svårigheter med hetsättningsbeteende, och undervikt är inte alltid en sekundär konsekvens av missbruket. Värt att påpeka en extra gång är också att det inte bara är kvinnor som drabbas av ätstörningar. Liksom det traditionellt sett riktats mer uppmärksamhet på framför allt underviktiga kvinnor eller kvinnor som äter för mycket, kan det på motsvarande sätt vara mer accepterat med män som äter för mycket och/eller hetsäter, vilket kan medföra att det kan vara svårt att upptäcka deras problem med mat och ätande i samma utsträckning (Coubasson et al, 2005). För att utreda huruvida det föreligger en ätstörning eller inte finns det ett antal standardiserade, i vissa fall normerade strukturerade, intervjuer samt självskattningsformulär<sup>6</sup>. De halvstrukturerade intervjuer som till exempel används är framför allt The Eating Disorder Examination (EDE) (Cooper, & Fairburn, 1987); Bedömning av Anorexi/Bulimi – Reviderad version (BAB-R) (Clinton, & Norring, 1999); (Nevenon, Broberg, Clinton, & Norring, 2003); och Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)

<sup>6</sup> För mer information om bedömningsmetoder för ätstörning hänvisas till Kunskapscentrum för ätstörningar, [www.atstorning.se](http://www.atstorning.se).

(First et al, 1995). Exempel på självskattningsformulär är Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn, & Beglin, 1994); Eating Attitude Test (EAT) (Garner, & Garfinkel, 1979); samt SCOFF (Morgan, Reid, & Lacey, 1999). Dessa formulär tar upp frågor om symptom på ätstörningar men i vissa fall också andra problem som ofta förekommer tillsammans med dem. För att minska risken för att klienten blir defensiv eller förbryllad av att man börjar ställa frågor kring kroppsuppfattning och ätande, kan det vara lämpligt att förklara tanken med frågorna. Här kan man berätta att ätproblem är vanligt i samband med missbruk, att det är viktigt att få en bred och tydlig bild av klientens hälsostatus och att man därför gärna vill ställa lite frågor kring dennes matvanor och attityder till kropp och ätande (SAMHSA, 2010). Tillsynen över ätande, vikt och träning bör inte avslutas efter en första screening utan ska finnas med som en hälsoaspekt under hela behandlingstiden (SAMHSA, 2010). Även tidigare problem med mat, vikt och ätande är av betydelse. Man har nämligen funnit att när personer som tidigare haft ätstörningsproblem endast behandlas för sitt missbruk tenderar ätproblemen att återkomma eller förvärras när missbruket förbättras, vilket även ökar risken för återfall i missbruket (Courbasson et al, 2005; Katzman et al, 1991; Walfish et al, 1992). Om man missar att göra en lämplig screening eller undersökning av ätstörningsproblem (eller annan psykopatologi), kommer problemen inte att tas upp i samtal med klienten och inte heller tas i beaktande i den planerade vården (Sinha, & O'Malley, 2000).

## Vad kan behandlingspersonal göra?

Att som vårdpersonal stå inför en person med ätstörningsproblem kan vara mycket svårt och upplevas med stor frustration och oro. Det finns kanske inte tillgänglig personal som är utbildad inom ätstörningsområdet. Samtidigt är det uppenbart att situationen på något sätt måste hanteras. Matproblemen hänger dessutom ofta samman med missbruket av alkohol och droger och kan vara en del i en större psykiatrisk problematik. För en missbrukare kan maten bli ett substitut för drogerna och ett alternativt sätt att hantera svårigheter. För personalen uppstår en mängd frågor om vad som bör och inte bör göras. Några exempel på frågor kan vara: "Hur ska vi hantera de gemensamma måltiderna?", "Vad gör vi om någon vägrar äta eller hetsäter?", "Ska vi väga klienten?", "Får klienten träna, i så fall hur mycket?", "Kan vi ha fika framme under dagen?", "Vad gör vi om någon självframkallar kräkningar efter måltider?" och "Vad är vårt ansvar?"

### Ökad kunskap om ätstörning

På enheter där personalen inte har någon erfarenhet av eller utbildning i att hantera personer med ätstörningar, kan någon form av kortare utbildning eller handledning vara betydelsefull för hur väl man lyckas och känner att man kan hantera situationen. Det är också en stor fördel om det finns möjlighet att etablera någon form av "team" med läkare, tandläkare, dietist, sjuksköterska och eventuellt en terapeut, för att se till att ha tillgång till dessa specialister för undersökningar och konsultationer. Med tanke på den relativt höga samsjukligheten mellan missbruk och ätstörningar vore kanske

den mest fördelaktiga långsiktiga lösningen att behandlare inom missbruksvården får utbildning och kunskap i behandling av ätstörningar. Likaså behöver behandlare inom ätstörningsvården få kunskap i behandling av missbruk och beroende. Alternativet är att skapa ett nära och välfungerande samarbete mellan dessa olika specialiteter. Båda alternativen skulle leda till bätte möjligt att tajma olika insatser på ett mer patientfokuserat sätt (Krahn, 1991).

### Upprätta tydliga måltidsstrukturer

För patienter som inte äter eller som har dåliga matvanor kan det vara bra att se maten och måltiderna som "medicin". Att äta mekaniskt utifrån planerade och bestämda mängder och tider är många gånger nödvändigt till en början, då det kan ta tid innan de egna känslorna för hunger och mättnad är återställda. Det är också viktigt att äta jämnt fördelat över dagen. Personer med bulimi eller hetsättningsproblem tenderar ofta att äta mindre under den tidigare delen av dagen, vilket tenderar att leda till hetsätning senare på kvällen. Det är därför viktigt att ge dessa personer stöd att inte hoppa över eller äta för lite vid måltiderna. Uppfattningen om vad och hur mycket som är normalt att äta saknas ofta för många med ätstörningar. I stället har kanske olika idéer om vad som är bra respektive dålig eller förbjuden mat förankrats, något som bidrar till problematiska matvanor. Att äta varierat och även inkludera sådant som många med ätstörning ofta uppfattar som "dåligt", till exempel sås, pasta, smör, ost eller liknande, är ett viktigt steg för att komma tillrätta med ätstörningar. Måltider bör inte heller dra ut alltför mycket på tiden, utan bör kunna genomföras på cirka 30–40 minuter.

Om en person med ätstörning inte vill äta upp sin mat, bara puttar runt den, skär den i små bitar, försöker smussla undan den eller liknande, kan personalen försöka ge stöd i att äta upp åtminstone en del av maten. Sitt med under hela måltiden, tala eventuellt om att du ser vad personen gör, men samtala mer om beteendet med denne enskilt och i lugn och ro. Även vätskeintaget är bra att vara uppmärksam på. En del personer undviker även att dricka medan andra tvärtom dricker stora mängder i stället för att äta. Det som rekommenderas är att försöka se till att patienten/klienten dricker runt två glas till varje måltid. Framför allt till underviktiga personer är det bra om mjölk kan ingå som måltidsdryck. Personer som kräks bör försöka förmås att gå på toaletten innan måltiden eller en timme efter måltiden för att förhindra att maten kräks upp. Om det ändå är nödvändigt med toalettbesök kan någon ur personalen följa med och vänta utanför. Försök gärna avleda tankarna på att behöva kräkas, genom att uppmuntra till någon gemensam aktivitet eller kanske någon form av avslappning efter maten. Personer som kräks ska informeras om att inte borsta tänderna efteråt utan endast skölja munnen med vatten, eftersom risken annars ökar för erosion av tänderna.

### Se över och förbättra generella matrutiner på avdelningen

*"Förövrigt så ser ju LVM ut så att man är på låst avdelning först där man kan i princip äta hur mycket kaker glass och mat man vill, inte så bra om man har ätstörningar precis."*

(<https://www.flashback.org/t1331710p2>)

En av de kanske mest grundläggande och konkreta åtgärderna är att se till att ha *regelbundna* måltider och en *sund kosthållning*. Detta innebär att äta frukost, lunch och middag samt eventuellt ett eller två mindre mellanmål. Med regelbundna måltider och en väl sammansatt kost minskar risken för hetsätning. Det finns i dag många idéer och tankar om vad och hur det är bäst att äta (GI, utesluta kolhydrater, äta hög andel fett etc). Olika människor kan förvisso föredra olika mathållning, men att hålla det enkelt och försöka följa allmänna rekommendationer för hälsosamma matvanor ger bra förutsättningar för välmående för de allra flesta. Att äta varierat och se till att måltiderna innehåller såväl protein och fett som någon kolhydratkälla, ökar förutsättningarna för en människa att hålla sig mätt och nöjd mellan måltiderna. En bra och för de allra flesta fungerande modell för hur man kan äta är den klassiska tallriksmodellen, det vill säga tredjedel av tallriken fylls med grönsaker eller rotfrukter, en tredjedel med någon proteinkälla (exempelvis kött, fisk, ägg) och en tredjedel med någon kolhydratkälla (till exempel bröd, potatis, pasta). Dessa rutiner är inte heller något som måste specialanpassas för just personer med ätproblem, utan de är något som kan passa alla, såväl klienter som personal. Det är också bra att om möjligt ha gemensamma måltider, då både personal och övriga klienter kan fungera som förebilder och stöd.

Det är även bra att fundera över vilka vanor som gäller på enheten när det handlar om tillhandahållandet av sötsaker och "snacks", då detta kan ställa till problem för personer med problematiskt ätande. Sötsaker har en tendens för många människor att reta aptiten, skapa sug eller hungerskänslor, och man talar om att sockret påverkar belöningssystemet på liknande sätt som alkohol och droger. Detta riskerar att leda till överätning, inte minst om klienten samtidigt har andra abstinensproblem och kanske känner sig rastlös, ångesfylld eller instabil. Detta innebär emellertid inte att både personal och klienter ska undvika fika eller en god efterrätt då och då, men att det bör ses över i vilka mängder, hur och när det förekommer. Att exempelvis alltid ha skorpor framme som tilltugg eller mellanmål är i princip likvärdigt med att servera bullar, vilket kanske inte skulle anses lika lämpligt som mellanmål. Likaså bör söta drycker generellt begränsas, då de kan missbrukas av personer med hetsätningssjukdom. Även om lightdrycker inte innehåller vanligt socker eller många kalorier kan den söta smaken hos många skapa ytterligare sötsug och stimulera aptiten. Andra kan på motsatt sätt använda lightdrycker som ett sätt att hålla sig mätt utan att få i sig någon nämnvärd mängd kalorier. Erfarenheter från personal är dessutom att det mesta som innehåller "brus" eller kolsyra har en tendens att mer eller mindre missbrukas.

Det är förmodligen inte ovanligt att det inom vården av missbrukare upplevs som svårt nog för klienten att tvingas avstå möjligheten att använda alkohol/droger och att personalen inte vill göra det än besvärligare eller jobbigare genom att dessutom införa restriktioner kring vanor som rör cigaretter, kaffe, godis och så vidare. Om detta innebär att det finns tillgång till mat och olika "snacks" dygnet runt ökar risken för problem för personer med ätproblem, både när det gäller risken för hetsätning och de eventuella efterföljande kompensatoriska beteendena (Zweben, 1987). En annan lämplig och ibland nödvändig åtgärd kan vara att låsa köket mellan måltiderna eller att inte förvara mat som till exempel bröd, kakor eller kex på ställen där klienterna ges möjlighet att

”bunkra” upp egna lager. Ett annat problem som kan uppstå är när klienten har permission och själv går och gör egna inköp. Som fall exemplet i början visade, kan dessa inköp spåra ur fullständigt för en person som har problem med hetsätning. Personer med bulimi kan hamna i svårigheter genom att de spenderar enorma summor på att handla olika sorters mat och dricka. Oftast är det ”förbjuden mat” eller energität mat med mycket snabba kolhydrater och mycket fett.

Eftersom många som behandlas för olika former av missbruk upplever att de ersätter drogerna med mat (av lite olika anledningar), är det viktigt att uppmärksamma mat och näringsbehov i olika faser av behandlingen. Det kan behöva fokuseras på olika bitar, beroende på var i behandlingen klienten är. Under den första tiden när det är vanligt med en överdriven viktökning och stort ätbeteende som hetsätning och bunkring av mat, kan det behövas mer support och goda rutiner för att främja och uppmuntra ett hälsosamt ätande och en hälsosam viktuppgång. Klienter kan också behöva lära sig att laga egen mat och att kunna välja bra matvaror vid inköp. Längre fram kan de också behöva uppföljning och fortsatt dietisthjälp för att kunna behålla en hälsosam livsstil.

### **Bistå med sjukdomsinformation – pedagogiska insatser**

En viktig och central punkt i mötet med personer som har problem med mat och ätande är att förmedla korrekt information om sjukdomen, kroppen och maten. Detta gäller såväl psykologiska som fysiska konsekvenser av svält, bantning, hetsätning, kräkning, överdriven motion och användning/missbruk av laxermedel och diuretika. Men det gäller också vilka faktorer som bidrar till att problemen utvecklas och kvarstår. Det är främst hälso- och sjukvårdspersonal som har dessa kunskaper. Det är bra att förmedla hur kroppen faktiskt fungerar och vad den behöver för att må bra. Likaså är det bra att prata om de eventuellt felaktiga uppfattningar som individen har kring kost och näring, exempelvis att kolhydrater/fett gör en tjock eller att man inte ska äta efter något visst klockslag. En del patienter med ätstörningar anser sig ofta ha goda kunskaper kring mat och hälsa och kan vara svåra att få att ändra ståndpunkt, men kunnandet kan vara tämligen selektivt och baserat på diverse månadstidningar och andra tidsningsmagasin (Beumont, Beumont, Touyz, & Williams, 1997). Även i sig korrekta kunskaper kring mat och näring kan innebära dålig mathållning om den blir extrem och överdriven (exempelvis att bara äta protein därför att det behövs för muskelbyggnad eller att ha ett tvångsmässigt behov av kontroll av sitt näringsintag). Det är viktigt att ge korrekt information, vilket kan ske i samarbete med en dietist och/eller någon extern expert med kompetens kring just ätstörningar.

### **Arbeta med ätstörningsproblematiken i motivationsarbetet kring missbruk**

Behovet av att framkalla eller förstärka viljan att förändra sin situation är grundläggande både inom ätstörnings- och missbruksbehandling. En person som är tvångsvårdad är troligtvis inte motiverad att ta tag i vare sig missbruk eller eventuella ätproblem. Att förmå en person att förändra sina matvanor är avhängigt personens egen vilja till förändring. Likaså kan en person med ätstörning vara mycket svår att få engagerad i förändringen/behandlingen – att öka i vikt, medan en person med bulimiskt beteende

ofta är mer villig att åtminstone försöka upphöra med sina hetsättningsattacker och självrensande beteenden. Man har funnit att det framför allt är fyra olika teman som är centrala när det gäller att försöka motivera personer med ätstörningar att förändra sin situation och sitt beteende i behandling: att kunna erbjuda psykoedukativt material<sup>7</sup>, att ta upp och gå igenom olika för- och nackdelar med sjukdomen/symtomen, att göra jämförelser med personens missbruk och diskutera kring likheter när det gäller användandet av mat och alkohol/droger som ett sätt att hantera känslor, stress och ångest, att informera även om att hetsättningsattacker, låg vikt och svält för med sig en ökad ångest och att en persons beteende tenderar att förändras och förvärras ju mer sjukdomen tillåts att ta över. Att verbalt uttrycka motivation till förändring innebär långt ifrån alltid en faktisk avsikt eller vilja att förändra ätstörningssymptomen, utan kan vara ett strategiskt sätt att exempelvis få "lugn och ro" från omgivningen. Waller menar att motivation bör ses som ett beteendefenomen snarare än ett verbalt/kognitivt fenomen. Det är därför viktigt att göra en beteendemässig analys av motivation och att ha det som mått på motivation till förändring snarare än att utgå ifrån vad patienten säger sig vilja göra (Waller, 2012).

### Reglera träning och motion med hjälp av vårdplan

Fysisk aktivitet är viktigt, men träning kan anta ohälsosamma och tvångsmässiga proportioner och riskerar då att få en motsatt hälsoeffekt i likhet med maten. Överdriven och tvångsmässig träning/aktivitet är ett vanligt inslag i såväl AN som BN. Träningen är ett sätt att både göra sig av med kalorier och det extra påslag av ångest ätstörda personer får efter att ha ätit/hetsätit. Därför kan det vara extra viktigt att vara observant på extrema motionsvanor, som kan vara ett vanligare sätt för män att hantera oro kring viktuppgång och hetsätning (Katzman & Marcus, 1991). Att ständigt behöva kompensera sitt ätande med extra träning är en tydlig signal om att en person har problem. Att uppmuntra till (lagom) motion är emellertid något som kan fungera förebyggande. Regelbunda mat- och träningsvanor kan då vara en positiv faktor för att hantera ätproblem. Ett första steg kan vara att poängtera och lyfta fram hur viktigt det är att hitta en bra balans mellan kost och träning. Kroppen ska orka och kunna vara aktiv, men för detta krävs det tillräckligt med energi. För mycket träning i kombination med dålig mathållning är skadligt och nedbrytande. Det bidrar också till att personen hålls kvar i det felaktiga beteendet kring mat och ätande. Hur mycket träning som är "lagom" är beroende av personens tillstånd. Därför kan reglering av träning och motion göras i vårdplanen i samråd med hälso- och sjukvårdspersonal, som till exempel läkare, sjuksköterska eller psykolog. En mycket underviktig person bör inte utföra samma mängd träning som en normalviktig då detta förvärrar situationen, och det är bättre med lite träning/aktivitet än intensiv sådan eftersom den senare kan leda till försämrad aptit. (Thörnberg, 2002). Om någon verkar ha ett tvångsmässigt och överdrivet behov av att motionera, kan det vara lämpligt att på något sätt begränsa den tid som står till förfogande i till exempel gymmet eller på motionscykeln och i stället försöka uppmuntra

---

<sup>7</sup> Litteraturförslag och olika former av stöd till behandlingspersonal finns på [www.atstorning.se](http://www.atstorning.se).

till en ökad social samvaro. Ett alternativ kan vara att försöka införa gemensamma träningsstillfällen för alla på enheten där personalen ser till att det väsentliga är att alla tillsammans får en positiv och rolig fysisk upplevelse, snarare än träning för att förbränna kalorier och dämpa matångest.

Det bästa är naturligtvis om man kan motivera och stödja personen i att avstå från extrema träningsrutiner eller träning som inte kan betraktas som hälsosam i den situation som personen befinner sig i. En möjlighet kan kanske vara att försöka upprätta regler som inte ger obegränsad tillgång till träningslokaler eller träningsredskap, utan att enbart göra dessa tillgängliga under vissa tider. Kanske går det att införa begränsningar i förhållningsreglerna genom att hänvisa till sunda och hälsosamma motionsvanor? Frågan om vad som är hälsosam motion kan ju naturligtvis alltid diskuteras, men förhoppningsvis kan man i alla fall lyckas avstyra mycket uppenbart ohälsosamma beteenden.

### Uppmärksamma problem med att hantera känslor (affektreglering)

Både missbruk och ätstörningar anses av många som ett sätt att hantera svårigheter, negativ affekt, stress och liknande och därför är det viktigt att kunna hitta andra strategier för att möta dessa situationer och tillstånd. En central punkt är att försöka ringa in de risksituationer som uppkommer och som leder till missbruk eller exempelvis hetsätning, det vill säga vad som föregår dessa beteenden och vad man kan göra när de uppstår. På ett mer fördjupat plan är arbete med affektreglering lämpligt för psykotereapeutiska insatser som kräver kvalificerad kunskap hos personal. Men det kan vara av stor betydelse att personal som bedriver samtal med utgångspunkt i MI (motiverande intervju) är medvetna om och fokuserar på problem med att hantera känslor i samtal med individer med missbruk och/eller ätstörningsproblem. Ett par exempel är att medvetandegöra mönster och ge förslag på alternativa sätt att hantera känslor samt gemensamt finna konkreta förslag på vad personen ska göra i stället. Här kan kanske en matdagbok vara ett hjälpmedel för att kunna upptäcka mönster för känslor, reaktioner och beteenden.

### Erbjud återfallsprevention

Precis som med missbruk är det vanligt att patienter med ätstörningar drabbas av återfall. På samma sätt är det viktigt att man förbereder klienten på hur detta ska hanteras genom att lära ut lämpliga beteenden och bygga upp en handlingsberedskap. För personer med både missbruk och ätstörning blir den här delen förmodligen än viktigare (Krahn, 1991) och den metod som används vid missbruksbehandling går till stor del att överföra till ätstörningar. Framför allt är det viktigt att förbereda på att återfall sannolikt kommer ske, och att om det sker så innebär det inte att allt är förstört och förlorat. I stället gäller det att se förbättringarna på lite sikt. Många drabbas av känslor av skam, hopplöshet och av att vara fullkomligt misslyckade. Det är viktigt att poängtera att det inte är något att skämmas över utan att personen i stället ska be om hjälp. Här är det bra att påminna om att det inte handlar om allt eller inget, och att försöka styra bort från ett svartvitt tänkande. Att bli frisk kan vara en lång process som kan ta tid och gå i



vågor. Understryk att om eller när det sker ett bakslag i form av till exempel hetsätning, ska detta inte hanteras genom att hoppa över nästa måltid eller att äta mindre, eftersom detta ofelaktigt tenderar att på nytt leda in i den onda cirkeln med ökat sug efter mat och hetsätning. Det bästa att göra är i stället att försöka förstå och diskutera vad det var som ledde fram till den tillfälliga reaktionen. Likaså att diskutera hur man ska hantera det hela om en liknande situation uppstår igen. Om hetsätningarna fortsätter kan det vara idé att kontrollera hur personen äter, om maten ger tillräckligt med energi, om måltiderna intas regelbundet etc. Det är väl känt att en alltför restriktiv hållning till mat och ätande ökar tankarna på mat och därmed även risken för okontrollerad ätning eller hetsätning. Möjligheten att få professionellt stöd vid återfall kan vara viktig, och det kan därför vara bra att ha förberett en kontakt med en behandlingsenhet (Nevonen, 2002). Återfall i ätstörning försvårar inte bara möjligheten att bli frisk utan riskerar också att leda till återfall i missbruk. En person som kompenserar för drogerna med att missbruka mat lär sig inte några nya adaptiva och fungerande copingstrategier. Å andra sidan fann Mitchell och medarbetare (1990) att patienter som varit nyktra i sex månader och som därefter fick behandling för sin ätstörning, inte i någon större utsträckning återföll i missbruk som trolig effekt av ätstörningsbehandlingen.

## En god och empatisk relation ökar möjligheterna till positivt utfall

En av förutsättningarna i mötet med personer med ätstörningar är att vara empatisk, lyssnande och att ge saklig information. Att kunna lyssna, fråga och ge stöd och råd är viktigt för en förtroendefull relation som både kan verka positivt i stunden och ge näring åt en vilja att också på sikt vilja ta tag i problemen med eller utan professionell hjälp. Ofta tenderar personer med ätstörningar att vara mycket självkritiska, att anse att de inte duger och att se saker i svart eller vitt. Förstärk det som är bra och som faktiskt fungerar och uppmuntra även minsta lilla förbättring. Framför allt för personer med hetsättningsproblem och övervikt gäller det att kunna acceptera den vikt de har, och först och främst upphöra med hetsätningen. Att vara empatisk och stödjande innebär emellertid inte att sluta ställa rimliga krav, exempelvis på vissa delar i behandlingen som inte ska vara förhandlingsbara (till exempel att föra en matdagbok eller att gå upp i vikt) eller på att patienten jobbar med att förändra sitt beteende även utanför terapises-sionen. Även om personen har svårt att förändra sitt ätbeteende just i stunden, så kan fokus ändå vara på att ge stöd i att hantera symptom och förmedla hopp inför framtida förändringar och förbättringar (Garner, Vitousek, & Pike, 1997). En del personer, och då framför allt de med annan psykiatrisk problematik, kan ha haft sina ätproblem under väldigt lång tid. Kanske har de aldrig sökt behandling för dem tidigare eller kanske har tidigare försök misslyckats. Finns det utöver ätproblemen även andra problem som till exempel tvångsyndrom, depression eller missbruk, ska dessa ändå försöka behandlas, antingen med terapi eller lämplig medicinering.

# Referenser

Adinoff, B., Rilling, L.M., Williams, M.J., Schreffler, E., Schepis, T.S., Rosvall, T., & Rao, U. (2007). Impulsivity, Neural Deficits, and the Addictions. *Journal of Addictive Diseases*, 26, 25–39.

Altman, S.E., & Shankman, S.A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review*, 29, 638–646.

Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., Kasper, S., & World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (2011). Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12, 400–443.

American Psychiatric Association. (2011). American Psychiatric Association. DSM-5. Development. (<http://www.dsm5.org>) (2011-11-30).

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Anderberg, M., & Dahlberg, M. (2007). Interbedömarreliabilitet – ett tillförlitligt mått på standardiserade intervjuer? En studie av DOK-intervjun. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 24, 45–58.

Anderberg, M., & Dahlberg, M. (2009). Strukturerade intervjuer inom missbruksvården – som en grund för kunskapsutveckling. Avhandling. Växjö universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

Andersen, A.E. (2002). *Eating disorders in males*. I C.G. Fairburn & K.D. Brownell (red:er). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guildford Press.

Anderson, D.A., Simmons, A.M., Martens, M.P., Ferrier, A.G., & Sheehy, M.J. (2006). The relationship between disordered eating behavior and drinking motives in college women. *Eating Behaviors*, 7, 419–422.

Anderson, D.A., Martens M.P., & Cimini, M.D. (2005). Do female college students who purge report greater alcohol use and negative alcohol-related consequences? *International Journal of Eating Disorders*, 37, 65–68.

Baker, J.H., Mitchell, K.C., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 648–658.

Barry, D.T., Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 63–70.

Bean, P., Maddocks, M.B., Timmel, P., & Welzin, T. (2005). Gender differences in the progression of co-morbid psychopathology symptoms of eating disordered patients. *Eating and Weight Disorders*, 10, 168–174.

Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., & Gartlehner, G. (2006). Management of eating disorders. *Evidence Report/Technology Assessment*, 135, 1–166.

Beumont, P.J.V., Beumont, C.C., Touyz, S.W., & Williams, H. (1997). Nutritional Counseling and Supervised Exercise. I Garner, & Garfinkel (red). Handbook of treatment for eating disorders, 179–187.

Bramon-Bosch, E., Troop, N.A., & Treasure, J.L. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8, 321–328.

Birch, C.D., Stewart, S.H., & Brown, C.G. (2007). Exploring differential patterns of situational risk for binge eating and heavy drinking. *Addictive Behavior*, 32, 433–448.

Bonfa, F., Cabrini, S., Avanzi, M., Bettinardi, O, Spotti, R., & Uber, E. (2008). Treatment dropout in drug-addicted women: are eating disorders implicated? *Eating and Weight Disorders*, 13, 81–86.

Bruch, H (1973). Eating disorders, obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books.

Bulik, C.M. (1995). Anxiety disorders and eating disorders: a review of their relationship. *New Zealand Journal of Psychology*, 24, 51–62.

Bulik, C.M., & Brinded, E.C. (1993). The effect of food deprivation on alcohol consumption in bulimic and control women. *Addiction*, 88, 1545–1551.

- Bulik, C.M., Klump, K.L., Thornton, L., Kaplan, A.S., Devlin, B., et al. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 1000–1006.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., & Joyce, P.R. (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors, 22*, 437–446.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., Carter, F.A., & McIntosh, V.V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 206–214.
- Bulik, C.M., Thornton, L.M., Root, T.L., Pisetsky, E.M., & Pedersen, N.L. (2010). Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biological Psychiatry, 1*, 71–77.
- Burnam, M.A., & Watkins, K.E. (2006). Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care. *Health Affairs, 25*, 648–658.
- Burton, E., Stice, E., Bearman, S.K., & Rohde, P. (2007). Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: a randomized trial. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 27–36.
- Button, E., Aldridge, S., & Palmer, R. (2008). Males assessed by a specialized adult eating disorders service: Patterns over time and comparisons with females. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 758–761.
- Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., López, C., Fernández-Aranda, F., & Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 17*, 243–259.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A., & Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1127–1132.
- CASA: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders*. The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. New York.
- Castro-Fornieles, J., Diaz, R., Goti, J., Calvo, R., Gonzalez, L., Serrano, L., & Gual, A. (2010). Prevalence and factors related to substance use among adolescents with eating disorders. *European Addiction Research, 16*, 61–68.
- Cepik, A., Arikan, Z., Boratiav, C., & Isik, E. (1995). Bulimia in a male alcoholic: a symptom substitution in alcoholism. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 201–204.

- Chander, G., & McCaul, M.E. (2003). Co-occurring disorders in women with addictions, *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 30, 469–481.
- Clausen, L. (2008). Time to remission for eating disorder patients: A 2½-year follow-up study of outcome and predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 151–159.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 238–258.
- Clinton, D. & Norring, C. (1999). The Rating of Anorexia and Bulimia (RAB) Interview: Development and preliminary validation. *European Eating Disorders Review*, 7, 362–371.
- Clinton, D., Engström, I., & Norring, C. (2002). *Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt*. I D. Clinton, & C. Norring (red:er). *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (67–92). Stockholm: Natur och Kultur.
- Cochrane, C., Malcolm, R., & Brewerton, T. (1998). The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addictive Behaviors*, 23, 201–207.
- Cohen, L.R., Greenfield, S.F., Gordon, S., Killeen, T., Jiang, H., Zhang, Y., & Hien, D. (2010). Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. *The American Journal of Addictions*, 19, 245–251.
- Conason, A. H., & Sher, L. (2006). Alcohol use in adolescents with eating disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 31–36.
- Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1989). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1–8.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behavior*, 8, 23–30.
- Corwin, R.L., & Grigson, P.S. (2009). Symposium Overview. Food Addiction: Fact or Fiction? *Journal of Nutrition*, 139, 617–619.

- Courbasson, C., & Brunshaw, J.M. (2009). The relationship between concurrent substance use disorders and eating disorders with personality disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 2076–2089.
- Courbasson, C., Smith, P., & Cleland, P. (2005). Substance use disorders, anorexia, bulimia, and concurrent disorders. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 102–106.
- Courbasson, C.M, Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2011a). Outcome of dialectical behavior therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.748.
- Courbasson, C.M., Nishikawa, Y., & Shapira, L.B. (2011b). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19, 17–33.
- Cowan, J., & Devine, C. (2008) Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite*, 50, 33–42.
- Crisp, A. H. (1968). Primary anorexia nervosa. *Gut*, 9, 370–372.
- Dansky, B.S., Brewerton, T.D., & Kilpatrick, D.G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the national women’s study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 180–190.
- Davis, C. (2001). Addiction and the eating disorders. *Psychiatric Times*, 18 (2).
- Davis, C., & Carter, J.C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence, *Appetite*, 2009, 53, 1–8.
- Davis, C., & Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addictive Behavior*, 23, 463–75.
- Dawe, S., & Loxton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343–351.
- Drake, R.E., O’Neal, E.L., & Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–138.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L. et al. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469–476.

- Drake, R.E., & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105–118.
- Dunn, E.C., Neighbors, C., Fossos, N., & Larimer, M.E. (2009). A cross-lagged evaluation of eating disorder symptomatology and substance-use problems. *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, 70, 106–116.
- Eddy, K.T., Dorer, D.J., Franko, D.L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D.B. (2008). Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245–250.
- Engström, I. (2002). *Ätstörningarnas förekomst*. I D. Clinton, & C. Norring (red). *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (43–50). Stockholm: Natur och Kultur.
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (1997). *Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. I D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (red:er). *Handbook of treatment for eating disorders* (2:a uppl) (278–294). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fairburn, C.C., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691–701.
- Fairburn, C.G., & Walsh, B.T. (2002). *Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified)*. I C.G. Fairburn, & K.D. Brownell (red:er). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007a). Eating disorders in diverse lesbian and gay populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 218 – 226.
- Feldman, M.B. & Meyer, I.H. (2007b). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 418–423.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Núñez, A., Penelo, E., Solano, R., & Treasure, J. (2009). Male eating disorders and therapy: a controlled pilot study with one year follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 379–386.

- Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 577–586.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Clinician Version. Administration Booklet. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Flament, M.F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2011). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 18*, 1–19.
- Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S., Manzo, M.P., & Herzog, D.B. (2008). Interactions between eating disorders and drug abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 556–561.
- Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S., Manzo, M.P., & Herzog, D.B. (2005). How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *International Journal of Eating Disorders, 38*, 200–207.
- Freeman, A.C. (2005). Eating disorders in males: a review. *South African Psychiatry Review, 8*, 58–64.
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007a). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 133–140.
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007b). Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eating Disorders, 15*, 189–203.
- Garcia, F.D., Délavenne, H., & Déchelotte, P. (2011). Atypical eating disorders: a review. *Nutrition and Dietary Supplements, 3*, 67–75.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kaplan, A.S. et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1052–1058.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273–279.
- Garner, D.M., & Needleman, L.D. (1997). *Sequencing and integration of treatments*. I. D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (red:er). Handbook of treatment for eating disorders (2:a uppl) (50–63). New York: Guilford Press.



Garner, D.M., Vitousek, K.M., & Pike, J.M. (1997). *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa*. I. D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (red). Handbook of treatment for eating disorders (2:a uppl). New York: Guilford Press.

Geist, R. Davis, R., & Heinman, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 507–512.

Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry, 1*, 38–45.

Godart, N.T., Flament, M.F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., & Fermanian, J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research, 117*, 245–258.

Godart, N.T., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J-L., et al. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *International Journal of Eating Disorders, 39*, 772–778.

Godart, N.T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M.F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 97*, 37–49.

Gold, M.S., Frost-Pineda, K., & Jacobs, W.S. (2003). Overeating, binge eating and eating disorders as addictions. *Psychiatric Annals, 33*, 117–122.

Goodman, A. (2007). Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemical Pharmacology, 75*, 266–322.

Gordon, S. M., Johnson, J.A., Cohen, L., Killeen, T., & Roman, P.M. (2008). Assessment and treatment of co-occurring eating disorders in publicly funded addiction treatment programs. *Psychiatric Services, 59*, 1056–1059.

Grilo, C.M., Pagano, M.E., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G., & Stout, R.L. (2007). Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorders on psychopathology. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 738–746.

Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1995a). Eating disorders in female inpatients with versus without substance use disorders. *Addictive Behaviors, 20*, 255–260.

- Grilo, C.M., Becker, D.F., Levy, K.N., Walker, M.L., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1995b). Eating disorders with and without substance use disorders: A comparative study of inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *36*, 312–317.
- Han, D.H., Bolo, N., Daniels, M.A., Lyoo, I.K., Min, K.J., Kim, C.H., & Renshaw, P.F. (2008). Craving for alcohol and food during treatment for alcohol dependence: modulation by T allele of 1519T>C GABAAalpha6. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *32*, 1593–1599.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 11–53.
- Harrop, E.N., & Marlatt, G.A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, *35*, 392–398.
- Hay, P.J., & Claudino, A.M. (2011). Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *25*, 1–14.
- Heather, N., Peters, T., J., & Stockwell, T. (2001). *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. West Sussex, England: Wiley.
- Heilig, M. (2011). *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Herzog, D.B., Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S., & Mary Pat Manzo. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 364–368.
- Hodgins, S., Tengström, A., Bylin, S., Göransson, M., Hagen, L., Jansson, M., Larsson, A., Lundgren-Andersson, C., Lundmark, C., Norell, E. & Pedersen, H. (2007). Consulting for substance abuse: Mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, *66*, 279–386.
- Hoebel, B.G., Avena, N.M., Bocarsly, M.E., & Rada, P. (2009). Natural addiction. A behavioral and circuit model based on sugar addiction in rats. *Journal of Addiction Medicine*, *3*, 33–41.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 1–34.

- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24–34.
- Hudson, J. I., Hirpi, E., Pope, H.G & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Hällström, T. (1999). Självsvält under 1 500 år: verk av Gud, djävulen eller viktfixeringen. *Läkartidningen*, 96, 4648–4653.
- Ivarsson, T., Råstam, M., Wentz, E., Gillberg, I.C., Gillberg, C. (2000). Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 398–403.
- Jackson, T.D., & Grilo, C.M. (2002). Weight and eating concerns in outpatient men and women being treated for substance abuse. *Eating and Weight Disorders*, 7, 276–83.
- Jenner, H. & Segreus, V. (1996). Att utveckla missbruksvård genom dokumentation. Statens institutionsstyrelse.
- Jenner, H. & Segreus, V. (2005). The Swedish DOC-System – An Attempt to Combine Documentation and Self-evaluation. *European Addiction Research*, 11, 186–192.
- Jones, J.M., Rodin, G., Olmstedt, M., Bennett, S., & Lawson, M.L. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenage girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547–552.
- Katzman, M.A., Greenberg, A., & Marcus, I.D. (1991). Bulimia in opiate-addicted women: developmental cousin and relapse factor. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 107–112.
- Katzman, M.A., & Marcus, I.D. (1991). Eating disorders and substance abuse in men. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 382–383.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221.
- Keel, P.K., & Brown, T.A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195–204.

- Keel, P.K., Dorer, D.J., Eddy, K.T., Franko, D., Charatan, D.L., & Herzog, D.B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 179–183.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, T., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1627–1637.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1259–1265.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation* (2 vols). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Krahn, D.D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. *Journal of Substance Abuse*, *3*, 239–253.
- Krahn, D.D., Kurth, C., Demitrack, M., & Drewnowski, A. (1991). The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. *Journal of Substance Abuse*, *4*, 341–353.
- Krug, I., Pinheiro, A.P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Masuet, C., Agüera, Z., & Fernández-Aranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*, 82–87.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D., Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, *97*, 169–179.
- Kåver, A. (2002). *Kognitiv beteendeterapi vid ätstörningar*. I D. Clinton, & C. Norring (red). *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (145–162). Stockholm: Natur och Kultur.
- Lacey, J.H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa: a catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 190–194.
- Lacey, J.H., & Evans, C.D. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, *81*, 641–649.

- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. A study of treatment-seeking substance abusers in Norway. *European Addiction Research, 12*, 102–108.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R, Strober, M., Bulik, C.M., & Nagy, L. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: Effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 253–264.
- Marcus, R.N., & Katz, J.L. (1990). Inpatient care of the substance-abusing patient with a concomitant eating disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 59–63.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., Kasai, S., & Kaye, W.H. (1999). Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53*, 661–666.
- Mattar, Huas, Duclos, Apfel, & Godart. (2011). Relationship between malnutrition, and depression or anxiety in anorexia nervosa: a critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 132*, 311–318.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Fairburn, C.G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry, 187*, 573–578.
- Mitchell, J.E., Pomery, C., & Adson, D.E. (1997). *Managing medical complications*. I D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (red:er). Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press.
- Mitchell, J.E., Pyle, R., Eckert, E.D., & Hatsukami, D. (1990). The influence of prior alcohol and drug abuse problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addictive Behaviors, 15*, 169–173.
- Mischoulon, D., Eddy, K.T., Keshaviah, A., Dinescu, D., Ross, L.S, Kass, A. E., Franko, D. & Herzog, D.B. (2010). Depression and eating disorders: Treatment and course. *Journal of Affective Disorders, 130*, 470–477.
- Morgan, J.F., Reid, F. & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal, 319*, 1467–1468.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 611–627.

Myers, T.C., Wonderlich, S.A., Crosby, R., Mitchell, J.E., Steffen, K.J., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2006). Is multi-impulsive bulimia a distinct type of Bulimia Nervosa: psychopathology and EMA findings. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 655–661.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) Eating Disorders – core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. (2004). London. Available at <http://www.nice.org.uk/>.

Nevonen, L., Broberg, A.G., Clinton, D. & Norring, C. (2003). *A measure for the assessment of eating disorders: Reliability and validity studies of The Rating of Anorexia and Bulimia Interview, revised version (RAB-R)*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 303–310.

Nevonen, L. (2002). *Psykopedagogik vid ätstörningar*. I D. Clinton, & C. Norring (red). Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder (129–136). Stockholm: Natur och Kultur.

Norring, C., & Clinton, D. (2002). Historik. I D. Clinton, & C. Norring (red). Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder (19–26). Stockholm: Natur och Kultur.

Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., et al. (2012). Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality? *European Eating Disorders Review*, 20, 23–31.

O'Brien, K., & Vincent, N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23, 57–74.

Olivardia, R., Pope, H.G. Jr, Mangweth, B., Hudson, J.I. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279–1285.

O'Malley, S.S., Sinha, R., Grilo, C.M., Capone, C., Farren, C.K., McKee, S.A., Rounsaville, B.J., & Wu, R. (2007). Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31, 625–634.

Palazzoli, M.S. (1974). *Self-starvation*. Chaucer Publishing Co Ltd. London.

Pearce, J.M.S. (2004). Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *European Neurology*, 52, 191–192. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 67–78.

- Pelchat, M.L. (2002). Of human bondage: food craving, obsession, compulsion, and addiction. *Physiology & Behavior*, *76*, 347–352.
- Piran, N. & Gadalla, T.M. (2006). Co-occurrence of eating disorders and substance abuse in Canadian women, a national study. *Journal of Addictions*, *102*, 105–113.
- Piran, N. & Robinson, S.R. (2006). The association between disordered eating and substance use and abuse in women: a community-based investigation. *Women & Health*, *44*, 1–20.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187–213.
- Pollice, C., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Weltzin, T.E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *21*, 367–376.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J.P., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, *43*, 1125–1132.
- Ram, A., Stein, D., Sofer, S., & Kreitler, S. (2008). Bulimia nervosa and substance use disorder: similarities and differences. *Eating Disorders*, *16*, 224–240.
- Regionalt vårdprogram – Ätstörningar. (2009). Medicinskt programarbete. Stockholms läns landsting.
- Root, T.L., Pinheiro, A.P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F. et al. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *43*, 14–21.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, *5*, 52–61.
- Rubenstein, C.S., Pigott, T.A., Altemus, M., L'Heureux, F., Gray J.J., & Murphy, D.L. (1993). High rates of comorbid OCD in patients with bulimia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, *1*, 147–155.
- Russel, C.J., & Keel, P.K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 300–306.

Russel, S., Fuscaldo, G., & Ealey, W. (2008). *Eating Disorders with Comorbid Depression and Anxiety: Literature Review*. Melbourne: Beyond Blue Limited.

Rø, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A., Sexton, H., & Rosenvinge, J.H. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: a two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106–111.

Rø, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J.H. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112–118.

Sansone, R.A., Fine, M.A., & Nunn, J.L. (1994). A comparison of borderline personality symptomatology and self-destructive behavior in women with eating, substance abuse, and both eating and substance abuse disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 219–228.

SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Clients with substance use and eating disorders. *Advisory*, 10, 1.

Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., Blackwood, D.H.R., & Shapiro, C.M. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 125–134.

Sinha, R., & O'Malley, S.S. (2000). Alcohol and eating disorders: implications for alcohol treatment and health services research. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, 1312–1319.

Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001a). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I*.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001b). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym II*.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). *Behandling av depressions-sjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Volym I*.

Statens institutionsstyrelse (2006). Årsrapport DOK 05. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2005. Tabeller. Nr 5.



Statens institutionsstyrelse (2007). Årsrapport DOK 06. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2006. Tabeller. Nr 4.

Statens institutionsstyrelse (2008). Årsrapport DOK 07. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2007. Tabeller. Nr 7.

Statens institutionsstyrelse (2009). Årsrapport DOK 08. Personer inskrivna vid LVM-institutioner 2008. Tabeller. Nr 6.

Statens institutionsstyrelse (2010). Personer intagna på SiS LVM-institutioner 2009. En sammanställning av DOK inskrivningsintervju. Nr 7.

Statens institutionsstyrelse (2011). Personer intagna på SiS LVM-institutioner 2010. En sammanställning av DOK inskrivningsintervjuer. *Institutionsvård i fokus*, nr 5.

Statens institutionsstyrelse (2012). Årsredovisning 2011.

Statens institutionsstyrelse (kommande). DOK-rapport 2011.

Stein, D., Lilienfeld, L.R., Wildman, P.C., & Marcus, M.D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 447–451.

Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 225–242.

Steinhausen, H.C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter of research. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1 331–1 341.

Stewart, S.H., Brown, C.G., Devoulyte, K., Theakston, J., & Larsen, S.E. (2006). Why do women with alcohol problems binge eat? Exploring connections between binge eating and heavy drinking in women receiving treatment for alcohol problems. *Journal of Health Psychology*, 11, 409–425.

Stice, E., & Spoor, S.T. (2007). Stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40, suppl: 79–82.

Stice, E., Burton, E., & Shaw, H. (2004). Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 62–71.

Strasser, T., Pike, K., & Walsh, B. (1992). The impact of prior substance abuse on treatment outcome for bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 17, 387–395.

- Striegel-Moore, R.H., & Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, *62*, 181–198.
- Strober, M., Freeman, R., Bower, S., & Rigali, J. (1996). Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder: a ten-year prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*, *25*, 519–532.
- Støving, R.K., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., & Hørder, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, *186*, 362–366.
- Sullivan, P.F. (2002). Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. I C.G. Fairburn, & K.D. Brownell (red). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2:a uppl (226–230). New York: Guilford Press.
- Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., Mizutani, Y., & Kono, H. (1993). Young female alcoholics with and without eating disorders: A comparative study in Japan. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1053–1058.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2005). *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svensk Psykiatri, 8, Stockholm. Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, S., & Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescents supplement. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 714–723.
- Swinbourne, J.M., & Touyz, S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, *15*, 253–274.
- Sysko, R., & Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European Eating Disorders Review*, *17*, 89–100.
- Taylor, A.V., Peveler, R.C., Hibbert, G.A., & Fairburn, C.G. (1993). Eating disorders among women receiving treatment for an alcohol problem. *International Journal of Eating Disorders*, *14*, 147–151.
- Thomas, J.J., Vartanian, L.R., & Brownell, K.D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, *135*, 407–433.

Thompson-Brenner, H., Eddy, K.T., Franko, D.L., Dorner, D., Vashchenko, M., & Herzog. (2008). Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 203–208.

Thylstrup, B., & Schepleren Johansen, K. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions – introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 202–208.

Thörnborg, U. (2002). *Kroppsinriktad behandling av ätstörningar*. I D. Clinton, & C. Norring (red). Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Stockholm: Natur och Kultur.

Tiet, Q.Q., & Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 31*, 513–36.

Turner, H., & Bryant-Waugh. (2004). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review, 12*, 18–26.

Vandereycken, W. (1990). The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 95–101.

von Ranson, K.M., Iacono, W.G., & McGue, M. (2002). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 389–403.

von Ranson, K.M., Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Rao, R., & Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1703–1708.

Wade, T.D., Bergin, J.L., Tiggemann, M., Bulik, C.M., Fairburn, C.G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 121–128.

Walfish, S., Stenmark, D.E., Sarco, D., Shealy, J.S., & Krone, A.M. (1992). Incidence of bulimia in substance misusing women in residential treatment. *International Journal of the Addictions, 27*, 425–433.

Waller, G. (2012). The myths of motivation: time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 45*, 1–16.

Waxman, S.E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 17*, 408–425.

- Welch, S.L., & Fairburn, C.G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 451–458.
- Wiederman, M.W., & Pryor, T. (1996a). Substance use among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *20*, 163–168.
- Wiederman, M.W., & Pryor, T. (1996b). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors*, *21*, 269–272.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., Douchis, J.Z., Frank, M.A., Wiseman, C.V., & Matt, G.E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 713–721.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, *62*, 199–216.
- Wilson, T. (2000). Eating disorders and addiction. I Walker, S.C. Poston II & C. Keith Haddock (red). *Food as Drugs* (87–101). London: Routledge.
- Wilson, G.T. (1993). *Binge eating and addictive disorders*. I C.G. Fairburn & G.T. Wilson (red). *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (97–122). New York: Guilford Press.
- Wilson, G.T. (1999). Eating disorders and addiction. *Drugs & Society*, *15*, 87–101.
- Wilson, G.T. (2010). Eating disorders, obesity and addiction. *European Eating Disorders Review*, *18*, 341–351.
- Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Halligan, P., Korn, S., Brown, C., & Halmi, K.A. (1999). Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on co-morbidity. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 332–336.
- Wolfe, W.L., & Maisto, S.A. (2000). The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clinical Psychology Review*, *20*, 617–631.
- Wonderlich, S., Myers, T., Norton, M., & Crosby, R. (2002). Self-Harm and Bulimia Nervosa: A Complex Connection. *Eating Disorders*, *10*, 257–267.

Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldbloom, D.S., & Kennedy, S.H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 570–574.

World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization. Geneva.

Ziedonis, D.M. (2004). Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrums*, *9*, 892–904.

Zweben, J.E. (1987). Eating disorders and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, *19*, 181–192.

# Bilaga 1. Diagnostiska kriterier för ätstörning enligt DSM-IV

## Diagnoskriterier för Anorexia nervosa:

A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (till exempel viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 procent av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 procent 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, det vill säga minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, till exempel med östrogen.)

Specificera typ:

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

## Diagnoskriterier för Bulimia nervosa:

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

1) Personen äter under en avgränsad tid (till exempel 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 (till exempel 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, till exempel 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.

Specificera typ:

**Med självrensning:** under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

**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.

## Diagnoskriterier för ätstörning UNS:

Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna, till exempel följande:


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 (till exempel 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.







Produktion och tryck: Ineko AB. 2012. Arb.nr: 183488.

 Miljömärkt trycksak, 341 142

Missbruk och ätstörning är allvarliga tillstånd med hög dödlighet. Sambandet mellan dem antas vara högt men mycket kunskap saknas fortfarande. Både missbruk och ätstörningar har flera gemensamma nämnare men även viktiga skillnader.

Syftet med den här rapporten är att förmedla kunskap om ätstörningar i samband med missbruk och ge praktiskt användbara rekommendationer och förslag för att förbättra vården av missbrukare med symptom på ätstörning.

Intervjuer med klienter på SiS LVM-hem visar att många själva anser att de har problem med mat och ätande. Det gäller både män och kvinnor.

Rapporten riktar sig specifikt till behandlingspersonal som kommer i kontakt med vuxna missbrukare men även till annan personal inom hälso- och sjukvården och inom socialt arbete som kommer i kontakt med individer med missbruksproblem.

ISBN 978-91-87053-11-5