

**FoUU-enheten**

**Psykatri, habilitering och hjälpmedel**

FoU-rapport 3/2023

# **Kroppsuppfattning hos unga med ätstörning**

**Systematisk uppföljning av patienter inom barn- och  
ungdomspsykiatri**

<b>Verksamhetsområde:</b>	Barn- och ungdomspsykiatri Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
<b>Enhet:</b>	Barn- och ungdomspsykiatrimottagning 1 Lund
<b>Projektansvarig chef:</b>	Jeanette Wahlqvist, enhetschef jeanette.wahlqvist@skane.se
<b>Projektets medarbetare:</b>	Gunhild Kjölstad, leg fysioterapeut gunhild.kjolstad@skane.se
<b>Handledare vid FoU-enheten:</b>	Stine Thorsted, fil dr, hälso- och sjukvårdsstrateg kirstine.thorsted@skane.se
<b>Utgivning:</b>	September 2023
<b>ISBN:</b>	978-91-987657-9-3
<b>Layout:</b>	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Kjölstad, G. (2023). *Kroppsuppfattning hos unga med ätstörning*. FoU-rapport 3/2023, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

# Sammanfattning

Bedömning av kroppsuppfattningsstörning och symtombild hos barn och unga med ätstörning har skett på ett systematiskt vis under lång tid inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund. Studiens syfte är att undersöka om det finns skillnader i fråga om kroppsuppfattningsstörning och ätstörningssymtom mellan patienter med olika ätstörningsdiagnoser, mellan patienter under 12 år och 12–18 år, samt mellan pojkar och flickor. Studien är en systematisk uppföljning på gruppnivå och bygger på deskriptiv statistik och bivariat regressionsanalys. Studien utgår från journaldata från 400 patienter rörande bakgrundsuppgifter, kroppsuppfattning och psykopatologi. Resultatet visar att merparten patienter överskattar sin kroppsstorlek och att flickor gör det mer än pojkar. Patienter med diagnosen ARFID visar en mindre kognitivt-affektivt störd kroppsuppfattning och lägre grad av psykiska symtom generellt, jämfört med patienter med AN, atypisk AN och ospecifik ätstörning. Hos patienter med AN, atypisk AN och ospecifik ätstörning ses däremot en likartad symtombild. Bland dessa patienter finns även ett samband mellan graden av överskattning av kroppsstorleken och psykiska symtom som nedstämdhet och ångest. Ålder, sjukdomsduration eller BMI% inverkade däremot ej på överskattning av kroppsstorleken. De patienter som har mest generell symtomtyngd uppvisar även störst kroppsuppfattningsstörning. Dessa patienter bör därför prioriteras - även i de fysioterapeutiska insatserna.

**Förväntad nytta** för patientgruppen är att kunskap utvecklas inom området för att ge bättre förståelse av hur en störd kroppsuppfattning kan se ut vid olika ätstörningsdiagnoser.

# Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har kroppsuppfattningen hos unga med ätstörning studerats. Projektet har genomförts av leg fysioterapeut Gunhild Kjölstad vid Barn- och ungdomspsykiatrimottagning 1 i Lund. Hälso- och sjukvårdsstrateg, fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Jeanette Wahlqvist och verksamhetschef Linda Welin. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till specialistpsykolog, docent, med dr Matti Cervin och till överläkare, med dr Ulf Wallin för stöd i arbetet och för värdefulla synpunkter på beräkningarna.

Lund september 2023

Charlotta Sunnqvist  
Specialistsjuksköterska i psykiatri, docent  
Chef för FoUU-enheten  
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
1.1 Förekomst av ätstörningar .....	6
1.2 Kroppsuppfattning vid ätstörning.....	8
1.3 Fysioterapeutisk behandling av störd kroppsuppfattning vid ätstörning .....	11
<b>2. Syfte</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Metod</b> .....	<b>15</b>
3.1 Beskrivning av studien .....	15
3.2 Deltagare.....	15
3.3 Materialinsamling .....	19
3.4 Skattningsinstrument.....	19
3.5 Analys.....	20
3.6 Etiska överväganden.....	21
<b>4. Resultat</b> .....	<b>22</b>
4.1. Skillnader i sjukdomsbild utifrån åldersgrupp, kön och diagnos .....	22
4.2 Samband mellan olika delar av kroppsuppfattning och ätstörningssymtom.....	26
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>28</b>
5.1 Resultatdiskussion .....	28
5.2 Metoddiskussion.....	31
<b>6. Slutsatser</b> .....	<b>33</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>34</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>42</b>
<i>Bilaga 1. Bedömningsförfarande för patienter 12 - 18 år</i> .....	42
<b>Tidigare publikationer</b> .....	<b>43</b>

# 1. Bakgrund

Ätstörningar debuterar ofta tidigt i livet. En ätstörning hos ett barn eller tonåring hotar den förväntade kroppsliga och psykologiska utvecklingen, skapar hinder för exempelvis skolgång och sociala relationer och försämrar därmed livskvaliteten påtagligt. Ätstörningar kan kräva långvarig och omfattande vård och har även förhållandevis hög dödlighet (Krom m.fl., 2021, van Hoeken & Hoek, 2020).

Diagnoserna i gruppen Ätstörningar och födorelaterade syndrom i The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association; APA, 2013) är *anorexia nervosa* (AN), *bulimia nervosa* (BN), *pica*, *idisslande*<sup>1</sup>, *undvikande/ restriktiv ätstörning* (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder, ARFID), *hetsättningsstörning*, *andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom* samt *ospecifik ätstörning*. I fråga om både AN, BN och hetsättningsstörning klassas sjukdomstillståndet utifrån fyra svårighetsgrader. För patienter med AN preciseras också om tillståndet är med eller utan så kallad självrensning, det vill säga att man kompenserar för matintag på ett olämpligt sätt exempelvis genom kräkningar eller överdriven motion.

## 1.1 Förekomst av ätstörningar

Ätstörningar förekommer oftare hos kvinnor än hos män. I en översiktsartikel (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016) rapporteras förekomsten av ätstörningar i Europa vara 5 -13 procent hos kvinnor. Bland dessa utgör AN 1 till 4 procent, BN 1 till 2 procent, hetsättningsstörning 1 till 4 procent och subklinisk ätstörning 2 till 3 procent. Hos män förekommer ätstörning hos 0,3 till 0,7 procent. Författarna beskriver att incidensen av AN tycks vara stabil över tid, medan BN möjligen har minskat något under senare år. Antalet individer som behandlas för ätstörning har ökat, men till följd av att mörkertalet fortfarande är stort uppskattas ändå bara omkring en tredjedel av de drabbade ha kontakt med sjukvården (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Under senare år ses en viss ökning av AN hos flickor under 15 år, även om incidensen sammantaget för olika åldersgrupper uppskattas vara densamma (van Eeden m.fl., 2021).

---

<sup>1</sup> Pica innebär att man äter sådant som inte betraktas som lämplig föda och idisslande innebär att man stöter upp och tuggar om eller spottar ut redan svalt mat. Dessa diagnoser förekommer inte hos den undersökta gruppen och behandlas därför inte vidare.

ARFID är en ny diagnos sedan införandet av DSM-5 (2013) och prevalensen betraktas ännu som okänd (Bourne m.fl., 2020). I en schweizisk screening av en större grupp skolbarn mellan 8 och 13 år rapporterade 3 procent tecken på ARFID (Kurz m.fl., 2015). I specialistpsykiatriska och medicinska patientgrupper (till exempel gastrointestinala) har förekomsten uppskattats vara 5 till 13 procent (Spicer m.fl., 2019). På en nederländsk pediatrik enhet för barn i åldrarna 0 till 10 år med ätsvårigheter utgjorde patienter med ARFID en betydande grupp, hela 64 procent av patientunderlaget (Krom m.fl., 2019). Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos vid ARFID är ännu bara kartlagd i ett fåtal studier. I en studie av Kambanis m.fl. (2020) förekommer samsjuklighet i kring hälften av fallen. Samsjuklighet sågs inom många områden, till exempel utvecklingsrelaterade funktionsstörningar, trottsyndrom, generaliserat ångestsyndrom och tvångssyndrom. Keery m.fl. (2019) har presenterat resultat där psykiatrisk samsjuklighet för patienter med AN eller ARFID jämfördes. Författarna ser färre symtom på nedstämdhet, ångest, perfektionism, kroppsuppfattningsstörning och även bättre självkänsla hos patienterna med diagnos ARFID jämfört med patienter med AN eller atypisk AN. Det ses också en signifikant mindre samsjuklighet med diagnosen depression hos patienter med ARFID än hos patienter med AN eller atypisk AN (Keery m.fl., 2019). Även Cañas m.fl. (2021) jämför patienter med ARFID och AN och finner större grad av oro och uppmärksamhetssvårigheter och mindre grad av ångest och depression hos patienter med ARFID jämfört med AN. Även Catone m.fl. (2020) beskriver depression, social ångest och generaliserat ångestsyndrom som vanlig samsjuklighet vid AN. Möjligen förklaras skillnaden i samsjuklighet mellan individer med AN och ARFID åtminstone delvis med åldersskillnaden, då patienter med ARFID oftare insjuknar under barndomen. De diagnoser som utgör samsjuklighet vid AN är generellt vanligare under tonåren (Kambanis m.fl., 2022).

Samsjuklighet mellan ätstörningsdiagnoser och autism är vanligt förekommande. I en systematisk översikt fann Nickel m.fl. (2019) att fem procent av patienterna med AN också fyllde diagnoskriterier för autism. I en senare systematisk översikt anger Boltri och Sapuppo (2021) att graden av samsjuklighet kan vara betydligt högre. I studierna de inkluderat undersöks om vuxna patienter med AN har autism eller tydliga autistiska drag och studierna kommer fram till samsjuklighet på 9 till 25 procent. Motsvarande för studier av barn och ungdomar med AN angav att 4 till 22 procent av dem har autism eller tydliga autistiska drag.

Enligt rådande kunskapsläge finns ingen enskild orsak till ätstörningar utan orsaksmodellen är multifaktoriell. Genetik påverkar en individs sårbarhet; psykologiska faktorer och miljöfaktorer som interpersonella

händelser medverkar som utlösande faktorer (Zipfel m.fl., 2015; Bulik m.fl., 2019). Flera studier betonar missnöje med kroppen som en viktig, ibland den viktigaste, prediktiva psykologiska faktorn för att urskilja förhöjd risk för insjuknande i ätstörning (Stice & Shaw, 2002; Westerberg-Jacobson m.fl., 2010; Stice m.fl., 2011; Rohde m.fl., 2015; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Barakat m.fl., 2023). Denna risk ökar ytterligare hos dem som samtidigt uppvisar depressiva symtom (Stice m.fl., 2011). Andra kända riskfaktorer är psykisk sjukdom hos föräldrarna, svår stress hos modern under graviditeten, övervikt under uppväxten, att gå i en skola med en hög andel flickor (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016) samt bantning (Stice m.fl., 2011). I en senare studie av Stice m.fl. (2017) framkom ungefär samma riskfaktorer. Speciellt för AN var att bantning och lågt BMI framträdde som riskfaktorer.

## 1.2 Kroppsuppfattning vid ätstörning

Störd kroppsuppfattning är ett utmärkande drag för diagnoserna AN och BN, inkluderat i alla hittillsvarande versioner av DSM:s diagnoskriterier (APA, 2013)<sup>2</sup>. I fråga om AN och atypisk AN är det två kriterier som berör relationen till kroppen. Patienten skall uppvisa:

”Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots att personen är klart underviktig.”

”Störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten” (APA, 2014).

I fråga om BN och BN med låg frekvens är kriteriet: ”Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt” (APA, 2014).

I motsättning till AN och BN har patienter med ARFID ingen påverkan på kroppsuppfattningen.

Begreppen störd kroppsupplevelse och störd kroppsuppfattning används båda i DSM (APA, 2014) och innefattar patientens upplevelse och värdering av kroppen. I detta arbete används begreppet störd kroppsuppfattning/ kroppsuppfattningsstörning. Kliniskt är just patientens missnöje med kroppen ofta framträdande, men diagnoskriterierna

---

<sup>2</sup> Kriterierna gällande kroppsuppfattning är oförändrade i DSM-5-TR (2022). Den textreviderade versionen är ej ännu översatt till svenska varför DSM-5 används som referens här.



innehåller alltså begreppen kroppsuppfattning och kroppsupplevelse som är bredare begrepp.

Relationen till kroppen kan vara komplex vid ätstörning. Det kan till exempel finnas en stor upptagenhet av den egna kroppens utseende och samtidigt en rädsla för att känna och uppleva kroppen (Grilo m.fl., 2019). De korta formuleringarna i DSM fångar flera av nyanserna och bredden i begreppet kroppsuppfattning; det handlar om rädsla, beteende, kroppsupplevelse, självkänsla och förnekelse.

I forskningen beskrivs störd kroppsuppfattning vid ätstörning vanligen innefatta en perceptuell, en kognitiv och en affektiv komponent (Cash & Smolak, 2011). Den perceptuella komponenten innebär att kroppens storlek och/eller proportioner upplevs annorlunda jämfört med verkligheten (Gardner & Brown, 2014). Även den utmärklade patienten har oftast ett missnöje med kroppen och känner sig tjock (Probst m.fl., 2018). Perceptuell överskattning av kroppsstorleken är en central del av en störd kroppsuppfattning.

De kognitiva och affektiva aspekterna innebär en negativ värdering av egna kroppen, kroppsmissnöje, och den överdrivna betydelse detta får för patientens självbild och självvärdering. Patienter skiljer sig tydligt från kontroller i fråga om sin relation till kroppen på dessa punkter (Mölbart m.fl., 2017). Kroppsuppfattningsstörning vid AN kan också innebära förnekelse av allvaret i den egna låga vikten. Den grupp patienter som är förnekande kan vara mer nöjda med sin kropp, men uppvisar samma motvilja mot att normalisera vikten. De förnekar den medicinska fara som deras tillstånd utgör och de sociala konsekvenser som följer med sjukdomen (Cash & Smolak, 2011).

De beteendemässiga konsekvenserna av kroppsuppfattningsstörningen innebär att patienter ofta uppvisar undvikande och/eller överdrivna, ibland tvångsmässiga beteenden i förhållande till sin kropp. Det kan till exempel handla om att helt undvika aktiviteter där kroppen exponeras, eller ett behov av att ofta kontrollera vissa kroppsdelar genom att se sig i spegeln eller nypa sig. Rastlöshet, överdriven och tvångsmässig fysisk aktivitet och/eller påtagliga svårigheter att slappna av förekommer också hos en stor grupp (Casper m.fl., 2020; Probst m.fl., 2018; Rizk m.fl., 2020). Dessa förändrade beteenden kan innebära en stor påverkan på det psykosociala fungerandet (Probst m.fl., 2018). Tvångsmässig träning kan både motiveras av en önskan att reglera kroppsvikten (kompensatorisk träning) och/eller vara ett känsloreglerande beteende (Probst m.fl., 2018).

Störd kroppsuppfattning utgör som nämnts en riskfaktor för insjuknande i ätstörning. Den är till skillnad från till exempel genetiska förutsättningar en påverkbar faktor. Kroppsuppfattningen är också betydelsefull genom att påverka sjukdomsförloppet. I en svensk uppföljningsstudie finner man att kroppsmisshöje och bristande interoceptiv medvetenhet, det vill säga minskad förmåga att uppmärksamma och tolka inre kroppsliga signaler, är två av de faktorer som påverkar utfallet i fråga om viktökning vid behandling av AN (Paulson-Karlsson m.fl., 2013). Både hos patienter med AN och BN har graden av kroppsuppfattningsstörning betydelse för graden av allmän psykopatologi (Grilo m.fl., 2019; Probst m.fl., 1998). En större störning i kroppsuppfattning hos en patient ökar också risken för att skifta från en restriktiv ätstörning till ätstörning med självrensande inslag (AN med självrensning eller BN), vilket i sin tur försämrar den långsiktiga prognosen (Serra m.fl., 2022). Forskning pekar även på att en oförändrat störd kroppsuppfattning hos patienter med AN och BN ökar risken för återfall hos patienter som i övrigt förbättrats (Keel m.fl., 2005).

Dagens forskning intresserar sig för relationen mellan de olika ingående aspekterna i kroppsuppfattningsstörning och hur de påverkar varandra. I en studie av patienter med BN eller ospecifik ätstörning såg man att ju mer en patient hade ett undvikande beteende i relation till att spegla sig desto mer överskattades kroppsstorleken (Vossbeck-Elsebusch m.fl., 2015). Det finns även exempel på att patienter med AN och BN särskilt iakttar och uppmärksammar just de kroppsdelar de är mest missnöjda med när de speglar sig, ett beteende som skiljer dem från friska individer (Tuschen-Caffier m.fl., 2015).

I sin litteraturöversikt och meta-analys om skattning av kroppsstorlek hos patienter med AN och BN samt kontrollgrupp drar Mölbert m.fl. (2017) slutsatsen att inställningen till kroppen påverkar skattningen av kroppsstorlek, särskilt hos individer med ätstörning. Det finns även enstaka studier som pekar i motsatt riktning – alltså som inte ser samband mellan överskattning av kroppsstorlek och kroppsmisshöje – utan tänker sig att detta är två olika fenomen som båda ses hos individer med ätstörningar (Cornelissen m.fl., 2019). Hagman m.fl. (2015) undersöker mått av kroppen och upplevelse av kroppen hos patienter med AN. De finner att det finns samband mellan skattning och inställning till kroppen men däremot inte mellan skattning av kroppsstorlek och BMI. Även Brown m.fl. (2021) finner samband mellan överskattning av kroppsstorleken och kroppsmisshöje.

De flesta studier om kroppsuppfattning vid ätstörning studerar flickor eller kvinnor. Symtomen för pojkar och män och verkar åtminstone delvis se olika ut jämfört med för flickor och kvinnor. Hos pojkar och män både med

och utan ätstörning har man visat att de i allmänhet önskar att ha en mera muskulös kropp. Hos män med BN finns också en strävan efter mindre kroppsfett och män med AN vill behålla en liten kroppsstorlek trots att de eftersträvar ökad muskelmassa. Hos båda grupper ses ett uttalat missnöje med kroppen i likhet med kvinnliga patienter (Benninghoven m.fl., 2007). Strävan mot och fixering vid att få en mer muskulös kropp är en aspekt av kroppsuppfattningsstörning som åtminstone delvis skiljer pojkar och män med ätstörning mot flickor och kvinnor. Först på senare år har detta uppmärksamats i fråga om att formulär utformats för att kartlägga denna symtombild, och att detta framhålls som aspekter som kan påverka hur behandling ska utformas (Nagata m.fl., 2020).

Forskningen ovan beskriver kroppsuppfattningen hos personer med AN och BN. Kroppsuppfattningen hos patienter med ARFID är mycket sparsamt kartlagd, trots att den kan avgöra om en patient diagnosticeras med ARFID och AN, vilket i sin tur är viktigt för behandlingens utformning.

Sammanfattningsvis är kroppsuppfattningsstörning ett karaktäristiskt symtom vid flertalet ätstörningsdiagnoser. Kroppsuppfattningen har flera olika dimensioner, och en kroppsuppfattningsstörning kan se olika ut hos olika individer. På gruppnivå verkar det finnas skillnader i fråga om hur en kropps-uppfattningsstörning kommer till uttryck hos pojkar och flickor. Kroppsuppfattningsstörning är en riskfaktor för insjuknande i ätstörning och även en faktor som påverkar sjukdomens förlopp.

### **1.3 Fysioterapeutisk behandling av störd kroppsuppfattning vid ätstörning**

Evidensläget för specifika interventioner med syfte att påverka kroppsuppfattningsstörningen är idag begränsat. Det finns visst vetenskapligt stöd för att individuellt anpassad ätstörningsinriktad fysioterapeutisk behandling sammansatt av till exempel kroppskännedomshandling, andningsövningar, spegelövningar, anpassad fysisk aktivitet, avspänning och psykoedukation bidrar till att normalisera kroppsuppfattningen (Wallin m.fl., 2000; Danielsen & Rø, 2012; Dalhoff m.fl., 2019), samt att yoga, massage och kroppskännedomsträning minskar ätstörningssymtom och depressiva symtom hos patienter med olika ätstörningar (Vancampfort m.fl. 2014). Vid

AN beskrivs fysioterapeutiska interventioner öka muskelstyrka, minska ätstörningssymtom och förbättra måendet (Minano-Garrido m.fl., 2022).<sup>3</sup>

De svenska nationella riktlinjerna för ätstörningsbehandling inkluderar behandling av fysioterapeut riktad mot kroppsuppfattningsstörning vid AN och BN, som en del i multidisciplinär behandling för både barn och vuxna (Ätstörningar. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling, 2015). I den standardiserade vårdprocessen (SVP) för Ätstörningar inom BUP Region Skåne är en av målsättningarna för patienter med AN och BN normaliserad kroppsuppfattning (Standardiserade vårdprocesser: Ätstörningar, 2022).

Fysioterapeutisk behandling riktas alltså mot olika aspekter av kroppsuppfattningsstörningen samt sekundära symtom som smärta och muskulär spänning (Probst m.fl. 2013). Den är ofta sammansatt av flera interventioner och kan bedrivas såväl som individuell behandling och som gruppbehandling. Fysioterapeuten skall alltid uppmuntra och hjälpa patienten att lägga märke till upplevelsen i kroppen (Probst m.fl. 2018). Samma behandlingsmetoder beskrivs för omhändertagande av barn och ungdomar med ätstörning (Close, 2007).

I en nyare randomiserad kontrollerad studie med deltagare i åldrarna elva till 17 år visas att en intervention riktad mot kroppsuppfattningsstörning (som bland annat innehöll psykoedukation och spegelövningar) minskade symtom på störd kroppsuppfattning och även upplevdes som positiv av deltagarna (Biney m.fl., 2021). Keizer m.fl. (2019) lyfter i en randomiserad pilotstudie av vuxna med AN fram att en praktisk intervention med ett visuellt och taktilt sätt att arbeta med kroppsuppfattningen gav en förbättring i fråga om perceptuell kroppsuppfattning. Denna effekt sågs utöver den generella förbättring av kroppsuppfattningen som uppnåddes genom ordinarie behandling som var riktad mot de kognitiva aspekterna av kroppsuppfattningsstörningen.

Ett sätt att hjälpa patienter med tvångsmässigt träningsbeteende är att inkludera anpassad fysisk aktivitet ledd av fysioterapeut i behandlingen. En systematisk översikt av Quiles Marcos m.fl. (2020) av träningsbaserade interventioner hos tonåringar och vuxna med AN visar att träning av muskelstyrka och smidighet kan genomföras säkert när det

---

<sup>3</sup> Studien av Wallin m.fl. (2000) inkluderade tonåringar 13–17 år och studien av Danielsen & Rø (2012) gjordes med vuxna. Översikten av Vancampfort m.fl. inkluderade studier med deltagare över 16 år eller vuxna, medan översikten av Minano-Garrido m.fl. även inkluderade studier på yngre tonåringar.

somatiska tillståndet är stabilt och att den inte heller hindrar viktuppgång. Man såg även att ätstörningssymtomen minskade jämfört med patienter som inte fick anpassad fysisk träning.

Kroppsmisshälsa och överskattning av kroppsstorleken är centrala aspekter av en störd kroppsuppfattning vid ätstörning. Det behövs fördjupad kunskap om hur dessa aspekter yttrar sig och hur de förhåller sig till varandra. Genom en ökad förståelse finns möjlighet att kunna erbjuda bättre anpassad fysioterapeutisk behandling till de unga med ätstörning som har störst behov.

## 2. Syfte

A) Studiens syfte är att undersöka om det finns skillnader i fråga om kroppsuppfattningstörning och ätstörningssymtom mellan patienter med olika ätstörningsdiagnoser, mellan patienter under 12 år och 12–18 år, samt mellan pojkar och flickor.

Föreliggande arbete utgår från en rad hypoteser som har inhämtats i det kliniska arbetet och rådande kunskapsläge. Hypoteserna är:

- 1) Patienter med ARFID uppvisar, så som diagnosen förutsätter, en förhållandevis normal kroppsuppfattning<sup>4</sup>.
- 2) Pojkar uppvisar en mindre på störd kroppsuppfattning än flickor, oavsett diagnos<sup>5</sup>.

B) Ett annat övergripande syfte är att undersöka om den perceptuella kroppsuppfattningen har samband med kön, diagnos, BMI-procent, ålder, sjukdomsduration, kroppsmisnöje (kognitiv-affektiv kroppsuppfattning) eller grad av psykiatriska symtom hos gruppen 12 - 18 år. Följande hypoteser testas:

- 3) Patienter med hög grad av överskattning av kroppsstorleken har större misnöje med kroppen och mer psykiatriska symtom.
- 4) Patienter med lägre BMI% uppvisar större överskattning av kroppsstorleken. Hypotesen är formulerad utifrån klinisk erfarenhet. Låg BMI% har hittills använts som en av flera prioriteringsgrunder för att erbjuda kroppsuppfattningsbedömning.

---

<sup>4</sup> Kroppsuppfattningen hos barn och unga med ARFID hittills inte är kartlagd i vetenskapliga studier.

<sup>5</sup> Det finns som nämnts viss forskning som argumenterar för att pojkar och män visar åtminstone delvis andra symtom på störd kroppsuppfattning än flickor. Materialet till denna studie utgörs av metoder som kartlägger de mest typiska tecknen på störd kroppsuppfattning, och den kliniska erfarenheten stämmer överens med det den knapphändiga forskningen visar: att pojkar uppvisar mindre tecken på störd kroppsuppfattning så som de formuleras utifrån diagnoskriterierna rörande kroppsuppfattning.

## 3. Metod

### 3.1 Beskrivning av studien

Studien är en systematisk uppföljning på gruppnivå och bygger på deskriptiv statistik. Studien bygger på insamlade journaldata rörande bakgrundsuppgifter, kroppsuppfattning och psykopatologi vid patientens första besök på en regional enhet.

### 3.2 Deltagare

Journaler från patienter som genomgått en bedömning vid första besök på högspecialiserad enhet under två tidsperioder har granskats. Den första tidsperioden inföll mellan 1 januari 2000 och 15 juni 2004 (200 patienter) och den andra 1 januari 2014 och 31 januari 2018 (200 patienter). För att möjliggöra undersökning av skillnader i diagnostik mellan DSM IV och DSM-5 samlades data från två olika tidsperioder in. Denna frågeställning prioriterades bort under arbetets gång. Antalet valdes för att få tillräckligt stora undergrupper för att möjliggöra statistiskt tillförlitlig bearbetning. För en del av patienterna var detta deras första kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. En stor grupp hade pågående ätstörningsbehandling inom BUP Region Skåne och en mindre del (n=24) av patienterna hade pågående ätstörningsbehandling inom andra landsting.

Det externa bortfallet uppgår till sammanlagt 57 patienter, som alltså har uteslutits från vidare databearbetning. Detta gäller patienter som inte uppfyllde någon ätstörningsdiagnos (n=39), som utifrån specifik remissfrågeställning genomgått en förenklad bedömning eller avvikit från bedömningen (n=11), som fyllt 18 år vid bedömningstillfället (n=3), eller vars journaler saknades vid genomgången (n=2). Även två patienter med hetsättningsstörning har uteslutits. Återstående 343 patienter har ingått i databearbetningen. Det förekommer dock även en del interna bortfall av data, då alla patienter inte gjort alla skattningar.

I tabell 1 och 2 redovisas insamlade data dels utifrån diagnos, dels utifrån undergrupper i fråga om kön och ålder. Materialet omfattar patienter med AN, atypisk AN, ospecifik ätstörning, ARFID, BN samt BN med låg frekvens, även kallad atypisk BN. Enligt Tabell 1 var knappt en fjärdedel av patienterna (82 patienter) under 12 år gamla och övriga 261 hade fyllt 12 år vid bedömningstillfället. Grupperingen efter ålder gjordes utifrån att olika bedömningsformulär användes beroende på om patienten var över eller under 12 år.

Följande skillnader framkom enligt Tabell 1 mellan den äldre och yngre åldersgruppen; i gruppen patienter under tolv år utgör pojkarna 24 procent

medan andelen i gruppen 12-18 år endast är tio procent. Sjukdomsdurationen är längre i den yngre åldersgruppen än i den äldre – i synnerhet hos de yngre pojkarna - och andelen patienter med ARFID är större.

Tabell 2 visar att flickorna utgör en tydlig majoritet av patienterna med AN (93 procent flickor, 8 procent pojkar), medan könsfördelningen är jämnare hos patienterna med ARFID (60 procent flickor, 40 procent pojkar).



**Tabell 1. Ålder, kön, BMI% och sjukdomsduration för samtliga samt för subgrupper utifrån åldersgrupper och kön.**

	<i>Hela gruppen</i>	<i>Flickor</i>	<i>Pojkar</i>	<i>Under 12 år</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Flickor &lt;12 år</i>	<i>Pojkar &lt;12 år</i>	<i>Flickor 12–18 år</i>	<i>Pojkar 12–18 år</i>
<i>n</i>	343	297	46	82	261	62 (20,9%)	20 (43,5%)	235 (79,1%)	26 (56,5%)
<i>Flickor n (%)</i>	297 (86,6%)	-	-	62 (75,6%)	235 (90,0%)	-	-	-	-
<i>Pojkar n (%)</i>	46 (13,4%)	-	-	20 (24,4%)	26 (10,0%)	-	-	-	-
<i>Ålder, år, M (SD), range</i>	13,8 (2,6), 4,5–17,75	14 (2,5), 4,5–17,75	12,3 (2,8), 4,5–16,75	10,2 (1,8), 4,5–11,75	14,9 (1,7), 12–17,75	10,3 (1,6), 4,5–11,75	9,9 (2,2), 4,5–11,75	14,9 (1,7), 12–17,75	14,1 (1,6), 12–16,75
<i>BMI% M (SD), range</i>	86,9 (12,4), 56,8–138,9	86,7 (12,6), 56,8–138,9	88,6 (10,9), 68,2–111,2	89,1 (12,5), 69,7–138,9	86,3 (12,3), 56,8–125	88,1 (12,4), 69,7–138,9	92,3 (12,4), 74,2–111,2	86,3 (12,6), 56,8–125	85,8 (8,9), 68,2–104,2
<i>Sjd-dur, månader M (SD), range</i>	10,2 (14,7), 1–120	8,9 (11,2), 1–72	20,3 (28,9), 1–120	14,6 (21,4), 1–80	9 (12,2), 1–120	10,7 (16,6), 1–72	28,3 (30,3), 2–80	8,4 (9,6) 1–60	15 (27,6) 1–120

*BMI%=Body Mass Index: procent av förväntad, Sjd-dur= sjukdomsduration*

**Tabell 2. Diagnoser för samtliga samt för subgrupper utifrån åldersgrupper och kön.**

	<i>Hela gruppen</i>	<i>Flickor</i>	<i>Pojkar</i>	<i>Under 12 år</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Flickor &lt;12 år</i>	<i>Pojkar &lt;12 år</i>	<i>Flickor 12–18 år</i>	<i>Pojkar 12–18 år</i>
<i>AN n (%)</i>	201 (58,6%)	186 (62,6%)	15 (32,6%)	31 (37,8%)	170 (65,1%)	27	4	159	11
<i>Atypisk AN n (%)</i>	42 (12,2%)	35 (11,8%)	7 (15,2%)	7 (8,5%)	35 (13,4%)	4	3	31	4
<i>Ospec ätstörn n (%)</i>	44 (12,8%)	39 (13,1%)	5 (10,9%)	11 (13,4)	33 (12,6%)	8	3	31	2
<i>ARFID n (%)</i>	47 (13,7%)	28 (9,4%)	19 (41,3%)	33 (40,2%)	14 (5,4%)	23	10	5	9
<i>BN+Atyp BN n (%)</i>	1(0,3%) +8(2,3%)	9 (3%)	-	-	9 (3,5%)	-	-	9	-

*AN=Anorexia Nervosa, Atypisk AN= Atypisk anorexia nervosa, Ospec ätstörn=Ospecificerad ätstörning, ARFID=Undvikande/restriktiv ätstörning, BN=bulimia nervosa, Atyp BN=bulimia nervosa med låg frekvens.*

Bortfall: uppgift om BMI% saknas för två patienter 0,6%. Dessa var båda flickor 12–18 år.

Uppgift om sjukdomsduration saknas för 22,7% (varierar mellan 18,3–40% i de olika subgrupperna).

### 3.3 Materialinsamling

Data har hämtats ur journaler från ordinarie bedömningsförfarande av respektive patient.

För att skapa större homogena subgrupper behövdes enhetlighet i diagnostik mellan det gamla och nya materialet, som kliniskt bedömts utifrån DSM-IV respektive DSM-5. Eftersom diagnosen ARFID inte fanns i DSM-IV och att det även skedde revidering av kriterierna för att göra övriga ätstörningsdiagnoser mera inkluderande, har de patienter som erhållit diagnos Ätstörning utan närmare specifikation (UNS) i materialet från 2000 till 2004 granskats. Patienter som enligt diagnosticering med DSM-IV fick diagnosen ätstörning UNS, skulle alltså med kriterierna i DSM 5 kunna fylla kriterier för andra ätstörningsdiagnoser, fr.a. ARFID men även AN. I de fall patienter bedömts uppfylla diagnoskriterier för en preciserad ätstörningsdiagnos enligt DSM-5 har de i analysen i detta arbete behandlats som tillhörande denna grupp och annars som ospecifik ätstörning. Diagnosgranskningen gjordes av rapportförfattaren i samråd med överläkare Ulf Wallin, forsknings- och utvecklingsledare vid Kompetenscentrum för Ätstörningar Syd, med lång erfarenhet av ätstörning hos barn och ungdomar. Patienter med diagnosticerad AN eller atypisk AN granskades inte.

### 3.4 Skattningsinstrument

Samtliga patienter har skattat den perceptuella kroppsuppfattningen med VSE, Visual Size Estimation, i en version som omfattar fem frontala mått och fyra mått i profil, kallad EGON (Slade & Russel, 1973). Relationen mellan den verkliga kroppsstorleken och de skattade kroppsmåtten räknas ut till ett kroppspceptionsindex (Body Perception Index, BPI). BPI blir vid perfekt överensstämmelse 100, lägre tal indikerar en underskattning och större en överskattning, där avvikelsen motsvarar procentuell skillnad. BPI 90 motsvarar 90 procent av verklig storlek d.v.s. underskattning, medan BPI 145 motsvarar en överskattning om 45 procent.<sup>6</sup>

För patienter i gruppen under 12 år användes utöver EGON formuläret Eating Attitudes Test, EAT-26 (Garner m.fl. 1982) för självskattning av

---

<sup>6</sup> Vilket BPI-intervall som betraktas som normalt kan variera något beroende på med vilken utrustning mätningen utförs. Med EGON har man sett en överskattning kring BPI 125 i en svensk normalpopulation. Flickor överskattade kroppsstorleken något mer än pojkar (Bergström m.fl., 2000). Friska kontrollgrupper i kliniska studier har dock i regel skattat BPI något närmre verklig kroppsstorlek (studier med genomsnitt mellan 96,6–129,9 har redovisats) (Slade & Brodie, 1994).

ätstörningssymtom inkl. kroppsmissnöje. Varje item graderas på en sexgradig skala där patienten tar ställning till frekvensen av olika svårigheter. De tre lägre svarsalternativen (aldrig, nästan aldrig, sällan) poängsätts med 0, "ibland" poängsätts 1, "nästan alltid" 2 och "alltid" 3. Högre poäng anger alltså större svårigheter och cut-off anges till 20.

**Tabell 3. Bedömningsförfarande för patienter under 12 år**

Begrepp	Instrument	Använd data
Perceptuell (visuell och taktil) kroppsuppfattning	Visual Size Estimation, VSE/EGON	BPI för genomsnittet av samtliga nio skattade kroppsått.
Ätstörningssymtom (inkluderar frågor om kroppsmissnöje)	Eating Attitudes Test, EAT-26	Totalpoäng

För patienter som fyllt 12 år omfattade det ordinarie bedömningsförfarandet EGON samt självskattningsformulären Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C), The Body Attitude Test (BAT) och Symptom Checklist-90 (SCL-90). (För psykometriska egenskaper om respektive formulär hänvisas till för EDI-C: Garner, 1991: På svenska: Thurfjell m.fl., 2003; BAT Probst m.fl., 1995; på svenska: Lönning, 1998 ej publicerad; SCL-90 Derogatis m.fl., 1973; På svenska: Statens institutionsstyrelse, 2002). Denna bedömning var således betydligt mer omfattande.

Med formuläret EDI-C skattar patienten olika ätstörningssymtom och psykologiska faktorer. Totalpoäng samt delskalorna 1 Viktfoxi och 3 Missnöje med kroppen har använts. Poängsättningen är densamma som för EAT-26 (se ovan), cut-off tillämpas ej. I formuläret BAT poängsätts varje item 0–5, där en högre poäng står för en högre närvaro av symtom. Cut-off anges till 35. Totalpoäng samt poäng för samtliga delskalor har använts.

Uppgifter rörande generell psykopatologi har hämtats från skattningsformuläret SCL-90. Det kartlägger en bred spännvidd av psykologiska symtom och varje item poängsätts 0–4, där högre poäng står för större förekomst av svårigheter. Cut-off tillämpas ej. Totalpoäng samt delskalorna 1 Somatisering, 3 Depression samt 4 Ångest har använts.

Översikt över använd journaldata för patienter 12–18 år, se bilaga 1.

### 3.5 Analys

Data har bearbetats statistiskt med bivariat regressionsanalys och signifikansprövning. Data har behandlats på gruppnivå och analyserats i

SPSS med parametrisk och icke-parametrisk statistik som korrelationsanalys, t-test och ANOVA för att uppfylla studiens syfte.

Databearbetning har genomförts för hela gruppen samlad, för åldersgrupperna under 12 år respektive 12 till 18 år var för sig samt utifrån kön och diagnos. Enligt Tabell 5 har patienter över 12 år med diagnoserna AN, atypisk AN och ospecifik ätstörning en likartad symtombild i fråga om kroppsuppfattning och ätstörningssymtom. Inga signifikanta skillnader sågs i jämförelse av diagnosgrupperna i fråga om EGON, BAT, EDI-C eller SCL-90. De har därför behandlats som en sammanhållen grupp i den fortsatta analysen.

Enligt Tabell 5 uppvisade gruppen patienter under 12 år som fick diagnoserna atypisk AN eller ospecifik ätstörning däremot en varierande klinisk symtombild, och skiljde sig från patienterna med AN. Därför görs jämförelser av patienter inom denna åldersgrupp endast mellan dem som fick diagnos AN resp. ARFID. Patienterna under 12 år med atypisk AN och ospecifik ätstörning utgör alltför små grupper, för att vara lämpliga att bearbeta separat.

Det låga antalet patienter med BN och atypisk bulimi medförde att uppgifterna från dessa patienter inte kunde bearbetas statistiskt, utan redovisas endast deskriptivt.

### **3.6 Etiska överväganden**

Då studien är retrospektiv har berörda patienter inte haft möjlighet att ta ställning till deltagande. Studien genomförs för att utveckla vårdens kvalitet och den har godkänts av Linda Welin, verksamhetschef för BUP Region Skåne. Resultaten kommer enbart att redovisas i denna rapport, de redovisas på gruppnivå och alla deltagare garanteras konfidentialitet.

## 4. Resultat

Resultatet är indelat i två avsnitt. Det första besvarar syfte A) och det andra besvarar syfte B).

### 4.1. Skillnader i sjukdomsbild utifrån åldersgrupp, kön och diagnos

Tabell 4 visar att patienterna med AN är i genomsnitt äldre jämfört med de med ARFID. Åldersskillnaden är statistiskt signifikant ( $t(28,9)=-3,6$ ,  $p=0.001$ ). Det framkommer samtidigt en avsevärt kortare sjukdomsduration mätt i månader för patienterna med AN jämfört med ARFID. Skillnaden är statistiskt signifikant ( $t(246)=9,3$ ,  $p<0.0001$ ). Skillnaden i fråga om sjukdomsduration kunde ses redan bland patienterna under 12 år, där patienterna med AN hade en betydligt kortare sjukdomstid jämfört med dem med ARFID ( $t(20,8)=-4,0$ ,  $p=0,001$ ).

**Tabell 4. Bedömningsdata utifrån diagnos.**

	<i>Diagnos AN</i>	<i>Diagnos Atypisk AN</i>	<i>Diagnos Ospec. ätstörning</i>	<i>Diagnos ARFID</i>	<i>Diagnos BN + Atypisk bulimi</i>
<i>N</i>	201	42	44	47	9
<i>Ålder, år, M (SD), range</i>	14,2 (2,2), 8–17,75	13,8 (2,0), 9,75–17,5	14,3 (2,5), 8–17,75	10,7 (2,9) 4,5–17,75	16,1 (1,3), 13,25–17,5
<i>BMI%, M (SD), range</i>	81,7 (8,9), 56,8–114,1	96,5 (8,6), 71,1–113,1	99,7 (14,8), 68,2–138,9	86,3 (9,4), 70,7–111,7	100 (13,8), 78,8–125,0
<i>Sjd-dur, månader, M (SD), range</i>	8,1 (9,6) 1–60	5,6 (3,0) 1–12	8,7 (9,5) 1–48	29,2 (30,8) 1–120	6,5 (3,2) 3–12
<i>BPI EGON, M (SD), range</i>	150,1 (33,5) 84–334,6	147,7 (27,6) 100–226,2	143,7 (23) 105–222	137,9 (23,8) 102–203,2	143,2 (14,8) 120,4–165,2
<i>EAT-26, M (SD), range</i>	18,5 (18) 0–66	20,7 (23,0) 0–67	9,80 (6,1) 1–18	7,6 (5,3) 1–20	-
<i>EDI-C, M (SD), range</i>	78,0 (42,1) 1–176	84,4 (44,4) 11–161	77,1 (43,4) 16–173	58,6 (26,1) 17–97	94 (47,8) 31–198
<i>SCL-90, M (SD), range</i>	97,8 (62,5) 0–260	102,7 (54,7) 12–203	105,6 (69,1) 21–238	60,9 (50,9) 14–149	112 (79,6) 30–249
<i>BAT, M (SD), range</i>	47,0 (22,9) 6–97	50,4 (24,1) 11–84	52,4 (25,7) 1–89	24,3 (21,8) 1–64	62 (18,6) 39–89

Förkortningar: se tabell 1 och 2. Bortfall lägsta och högsta bortfallet för de olika subgrupperna: Ålder: inget bortfall; BMI%: 1%; Sjukdomsduration: 12,9–45,5%; BPI EGON: 0–21,3%; EAT-26: 0–33%; EDI-C: 11,1–50%; SCL-90: 11,1–50%; BAT: 9,4–50%

**Tabell 5. Bedömningsdata för samtliga samt för subgrupper utifrån åldersgrupper och kön.**

	<i>Samtliga</i>	<i>Flickor</i>	<i>Pojkar</i>	<i>Under 12 år</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Flickor &lt;12 år</i>	<i>Pojkar &lt;12 år</i>	<i>Flickor 12–18 år</i>	<i>Pojkar 12–18 år</i>
<i>BPI EGON, M (SD), range</i>	147,3 (30,3), 84–334,6	149,0 (30,9), 84–334,6	135,1 (22), 100,3–182,3	146,4 (21,1), 111,7–203,2	147,6 (32,6), 84–334,6	146,7 (21,8), 111,7–203,2	145,2 (19,3), 113–175,4	149,6 (32,8), 84–334,6	127,7 (22,5), 100,3– 182,3
<i>EAT-26, M (SD), range</i>				13,5 (14,7), 0–67		14,1 (13,9), 0–66	11,0 (17,5), 0–67		
<i>EDI-C, M (SD), range</i>					78,7 (42,3), 1–198			81,4 (42,6), 1–198	51,6 (28,1),  14–105
<i>SCL-90, M (SD), range</i>					98,7 (62,9), 0–260			102,3 (62,9), 0–260	55,4 (46,3),  10–150
<i>BAT, M (SD), range</i>					47,9 (23,7), 1–97			49,5 (22,9), 1–97	30,3 (25,1), 1–76

BPI=Body Perception Index, värdet 100 anger en exakt korrekt skattning. Högre värde anger med hur många procent patienten överskattar storleken ex BPI 147,3 innebär en överskattning med 47,3%. EAT-26 Eating Attitudes Test -26 (0–78 poäng högre värde betecknar större svårigheter, cut-off=20); EDI-C Eating Disorder Inventory for Children (0–273 poäng cut-off= 35); SCL-90 Symptoms CheckList-90 (0–360 poäng cut-off tillämpas ej); BAT Body Attitude Test (0–100 poäng cut-off=36) Bortfall för hela gruppen samt variation mellan subgrupperna: BPI EGON 9% (7,7–20%); EAT-26: 24,4% (21 resp. 35%); EDI-C: 19,9 (19,1 resp. 26,9); SCL-90: 23,8 (21,7 resp. 42,3); BAT: 13 (11,5 resp. 26,9)



Tabell 4 visar att patienter under tolv år med AN skattar ätstörnings-symtom mätt med EAT-26 signifikant högre än patienter med ARFID ( $t(25,9)=2,8$ ,  $p=0,01$ ). Patienterna med ARFID skattar i genomsnitt motsvarande normalpopulationen, medan patienterna med diagnos AN låg nära gränsvärdet för att indicera ätstörning. Även de skattningsformulär som fylldes i av gruppen över tolv år påvisar en högre grad av symtom på såväl ätstörning (EDI-C och BAT) som andra psykiska symtom (SCL-90) hos patienter som fick diagnos AN jämfört med ARFID.

Av tabell 4 framgår även att patienter med AN överskattade kroppsstorleken mer än patienterna med ARFID. Skillnaden är statistiskt signifikant ( $t(221)=2,1$ ,  $p=0,037$ ). Man ser även en statistiskt signifikant skillnad vid jämförelse mellan könen, där pojkarnas skattningar på EGON är lägre än flickornas (Tabell 5)( $t(310)=2,7$   $p=0,008$ ). Av Tabell 5 framgår även att de över 12 år har en högre grad av symtom på EDI-C, SCL-90 som BAT för flickor jämfört med pojkar.

Om man enbart tittar på pojkarna kan man däremot inte se en statistiskt signifikant lägre skattning av kroppsstorlek hos dem som fick diagnos ARFID jämfört med pojkar med AN ( $t(26)=1,6$ ,  $p=0,133$ ). Dessa grupper är små ( $n=13$  respektive 15). Kliniskt betraktas dock en skattning på 125 som inom övre normalområdet medan 138 betraktas som en överskattning, det vill säga att det är en betydelsefull skillnad trots att den inte faller ut som statistiskt signifikant. Vid jämförelse mellan flickor med ARFID och flickor med AN ses däremot ingen statistiskt signifikant skillnad ( $t(193)=0,84$ ,  $p=0,40$ ), utan båda grupper överskattar kroppsstorleken.

Tabell 5 visar också att för hela materialet ses ingen skillnad på genomsnittet för skattning av kroppsstorlek mellan de äldre och yngre patienterna. Detta tyder på att kön på gruppnivå har större betydelse för upplevd kroppsstorlek mätt med EGON än både ålder och diagnos. Den skillnad som på gruppnivå sågs i jämförelse mellan AN och ARFID fanns inte kvar då skattningen av kroppsstorlek jämfördes för könen var för sig.

Sammanfattningsvis skiljer sig patienter med ARFID genom att vara yngre och ha längre sjukdomsduration jämfört med patienter med AN. Andelen pojkar är också högre bland patienterna med ARFID. Patienter med ARFID vid uppvisar mindre kognitiv-affektiv kroppsuppfattningstörning och har därmed en kroppsuppfattning som mera liknar normalgruppen, dvs att materialet bekräftar hypotes 1. Detta trots att de överskattar kroppsstorleken. Därutöver uppvisar de mindre av de ätstörningssymtom som kartläggs med EAT-26 och EDI-C samt mindre psykiska symtom mätt

med SCL-90 jämfört med patienter med AN. Man ser även att pojkar överlag uppvisar mindre symtom än flickor. I fråga om skattning av kroppsstorlek verkar kön mera betydelsefullt en diagnos. Resultaten bekräftar alltså hypotes 2.

## 4.2 Samband mellan olika delar av kroppsuppfattning och ätstörningssymtom

Nedan beskrivs sambanden mellan kroppsstorlek och patienternas kognitiv-affektiva kroppsmisnöje, omfattningen av deras ätstörningssymtom och psykiatriska symtom. Som nämnts uppvisade patienterna 12 till 18 år med diagnoserna AN, Atypisk AN eller Ospecifik ätstörning en likartad symtombild och har därför behandlats som en grupp.

**Tabell 6. Samband med perceptuell kroppsuppfattning enligt EGON hos patienter 12–18 år med diagnos AN, Atypisk AN eller Ospecifik ätstörning. n=177–261 (BAT n=212, EDI-C n=187, SCL 90 n=177, patientdata n=214–26)**

	Korrelation r	signifikans
<i>Kognitiv/ affektiv kroppsuppfattning</i>		
BAT Total	0.472	<0.0001
BAT 1 Negativ uppfattning om kroppens storlek	0.511	<0.0001
BAT 2 Frånvaro av känslan att vara tillfreds i sin kropp	0.370	<0.0001
BAT 3 Allmänt missnöje med kroppen	0.428	<0.0001
<i>Ätstörningssymtom</i>		
EDI-C Total	0.407	<0.0001
EDI-C 1 Viktfobi	0.433	<0.0001
EDI-C 3 Missnöje med kroppen	0.448	<0.0001
<i>Psyiskt mående</i>		
SCL-90 Total	0.216	0.02
SCL-90 1 Somatisering	0.231	0.001
SCL-90 3 Depression	0.197	0.004
SCL-90 4 Ängest	0.169	0.012
<i>Patientdata</i>		
BMI%	0.002	0.972
Ålder	0.028	0.650
Sjukdomsduration	0.013	0.846

Resultatet visar att det finns statistiskt signifikanta samband mellan perceptuell kroppsuppfattning och så väl kognitiv-affektiv kroppsuppfattning, ätstörningssymtom som mående. Sambandet är starkt i relation till BAT 1 (Negativ uppfattning om kroppens storlek) och medelstarkt mellan övriga delskalor och totalpoäng på BAT, och även för

de kroppsuppfattningsrelaterade delskalorna 1 och 3 samt totalpoängen på formulär EDI-C. Svaga statistiska samband ses mellan perceptuell kroppsuppfattning och psykiskt mående mätt med SCL-90. Arbetets tredje hypotes, att grad av överskattning av kroppsstorleken hänger samman men graden av övriga symtom på kroppsuppfattningsstörning och psykiska symtom, kunde alltså bekräftas.

Den perceptuella kroppsuppfattningen enligt EGON hos samma grupp patienter korrelerar däremot varken med BMI%, ålder eller sjukdomsduration. Detta innebär att arbetets fjärde hypotes, att det finns samband mellan lågt BMI och överskattning av kroppsstorleken, förkastas.

Hos ätstörningspatienter med störd kroppsuppfattning är lår och mage ofta centrala delar i patientens kroppsupplevelse. Därför undersöks om skattningarna av storleken på kroppsdelarna lår och mage har ett signifikant samband med det upplevda missnöjet med dessa kroppsdelar för gruppen med diagnos AN, atypisk AN eller ospecifik ätstörning.

**Tabell 7. Samband med perceptuell uppfattning av specifika kroppsdelar enligt EGON hos patienter 12–18 år med diagnos AN, Atypisk AN eller Ospecifik ätstörning. n=187.**

	Korrelation r	signifikans
<b>Kognitiv-affektiv uppfattning av kroppsdelar</b>		
EDI-C item 12 Lår	0.353	<0.0001
EDI-C item 55 Mage	0.310	<0.0001

Resultatet visar att det finns medelstarka statistiskt signifikanta samband mellan skattningarna av upplevelsen av storleken på kroppsdelarna lår och mage och det upplevda missnöjet med samma kroppsdelar.

För att testa om det fanns statistiskt samband mellan ålder, BMI% eller sjukdomsduration och skattning av kroppsstorleken med EGON i en grupp med så stor spridning som möjligt, gjordes en beräkning för samtliga diagnos- och åldersgrupper. Av Tabell 8 framgår att resultat av ANOVA inte visade signifikans för någon av dessa. Tabell 8. Samband med perceptuell kroppsuppfattning enligt EGON för samtliga patienter. \*n= 311, \*\*n=309, \*\*\*n=243.

	Korrelation r	signifikans
<i>Patientdata</i>		
Ålder*	0.028	0.625
BMI%**	0.007	0.897
Sjukdomsduration***	0.089	0.167

Sammanfattningsvis visar resultatet att den perceptuella kropps-uppfattningen korrelerar med den kognitiv-affektiva, med måendet och med ätstörningssymtomen. Den perceptuella kroppsuppfattningen av de specifika kroppsdelarna lår och mage samvarierar med den kognitiv-affektiva upplevelsen av samma kroppsdelar. Den perceptuella kroppsuppfattningen korrelerar däremot inte med BMI%, ålder eller sjukdomsduration.

## 5. Diskussion

### 5.1 Resultatdiskussion

Eftersom ARFID är en ny diagnos och mycket kunskap saknas är resultaten kring denna patientgrupp särskilt intressanta. Resultaten visar att det finns en tydlig skillnad på ätstörningssymtom (EAT-26) mellan unga patienter som fick diagnos AN och ARFID. Bedömningsmaterialet EAT-26 är konstruerat för att kartlägga ätstörningssymtom vid AN, BN och de besläktade diagnoserna men inte vid diagnosen ARFID. Det är därför förväntat att diagnosgrupperna skattar olika på EAT-26, och patienterna med ARFID liknar normalgrupp. Skattning av kroppsstorlek med bedömningsmaterialet EGON (perceptuell kroppsuppfattning) visade sig ha en svaghet i att skilja patienterna med ARFID från de övriga ätstörningsdiagnoser. Det behövs alltså en ökad klinisk användning av de nya instrument som kartlägger symtom på ARFID för bedömning och behandlingsutvärdering.

I studien utgör pojkar tio procent av tonåringarna vilket är förväntat utifrån tidigare studier, liksom att diagnosen AN dominerar tonårsgruppen som helhet. Patientgruppen under tolv år ser annorlunda ut. Pojkarna utgör en mer än dubbelt så stor andel, och som nämnts är diagnosen ARFID vanligare. Könsfördelningen bland patienterna med ARFID är betydligt jämnare än vid övriga diagnoser, men även i denna grupp är flickor i majoritet i detta material, liksom i studien av Keery m.fl (2019). I en screening av skolbarn sju till tretton år ses däremot ingen signifikant skillnad mellan könen i fråga om förekomst av symtom på ARFID (Kurz m.fl., 2015). Cañas m.fl. (2021) finner istället en övervägande andel pojkar (61 procent) bland dem som identifierades uppfylla diagnosen ARFID i en screening av barn och tonåringar.

Som nämnts finns en överrepresentation av autism bland både pojkar och flickor med ätstörning, samtidigt som autism i sig diagnosticeras betydligt oftare hos pojkar. En möjlig delförklaring till att flickorna är fler än pojkarna bland patienterna med ARFID i detta material skulle kunna vara att autism oftare sågs som en "tillräcklig förklaring" till begränsat ätande hos pojkar,

och att pojkarna därför mer sällan remitterades till specialistvård även om de uppvisade ätstörningssymtom. En annan tänkbar delförklaring är att AN är vanligare hos flickor, vilket skulle kunna medföra en större observans på ätstörningssymtom eller dålig viktutveckling hos flickor – även flickor med diagnosticerad autism. Möjligen kommer fler fall av ätstörning hos pojkar identifieras när diagnosen ARFID är än mer etablerad och känd i samhället, så att den kliniska gruppen får en mera jämn könsfördelning så som setts vid screening av skolbarn.

Att kroppsuppfattningsstörning ska uteslutas för att enligt DSM-5 ställa diagnosen ARFID ligger till grund för föreliggande arbetets första hypotes att patienterna med ARFID skulle uppvisa en förhållandevis normal kroppsuppfattning. Hypotesen stämmer delvis; den kognitiv-affektiva kroppsuppfattningen (EAT-26 resp. BAT, EDI-C 1 och 3) skiljer sig påtagligt mellan patienter med ARFID och övriga ätstörningsdiagnoser. Däremot skiljer sig inte den perceptuella kroppsuppfattningen (skattning av kroppsstorlek med EGON) alls lika tydligt. Resultatet gällande kognitiv-affektiv kroppsuppfattning bekräftas av Keery m.fl. (2019) som visade i en studie av barn och tonåringar med ARFID att de rapporterade signifikant lägre nivå av missnöje med kroppen och upptagenhet med kroppsvikten jämfört med patienter med AN eller atypisk AN. En möjlig förklaring till överskattningen, som hos denna grupp alltså inte står i proportion till ett upplevt missnöje med kroppen, skulle kunna vara ett avvikande processande av sensoriska stimuli, vilket är mycket vanligt vid autism (Kilroy m.fl., 2019). Mer kunskap inom detta område behövs.

I arbetets andra hypotes antogs pojkar uppvisa en mer adekvat kroppsuppfattning än flickor. Detta kunde bekräftas av insamlade data. Pojkarna hade som grupp en lägre grad av överskattning på EGON och mindre symtom mätt med Kroppsattitydtest BAT. De uppvisade dessutom en mindre tung symtombild i fråga om övriga ätstörningssymtom och psykiatriska symtom. Pojkars missnöje med kroppen vid ätstörning skiljer sig delvis från flickors. Det är möjligt att de därför inte i lika hög utsträckning känner igen sig i den problembild som kartläggs i de olika formulären. Sannolikt spelar även den högre andelen ARFID bland pojkar in i resultaten, då beräkningar som tar hänsyn till både kön och diagnos inte har gjorts, utifrån att grupperna bedömdes bli för små.

Enligt föreliggande arbetes tredje hypotes skulle patienter med lägre BMI% (alltså med svår AN) uppvisa en mera uttalad kroppsuppfattningsstörning jämfört med patienter med AN med något mindre grad av avmagring, atypisk AN och ospecifik ätstörning. Detta visade sig inte stämma. Det fanns inget samband mellan BMI% och grad av kroppsuppfattningsstörning. På gruppnivå var istället resultaten på

samtliga symtomskattningar mycket lika för diagnoserna AN, atypisk AN och ospecifik ätstörning, vilket i sig är ett resultat, och medförde att de analyserades som en grupp.

I litteraturen beskrivs kroppsuppfattningsstörning som bestående av perceptuella, kognitiva och affektiva komponenter. Ett syfte i föreliggande arbete var att undersöka hur dessa förhåller sig till varandra. Resultatet visar att hos patienter med en diagnos som förutsätter en störd kroppsuppfattning (AN, atypisk AN eller ospecifik ätstörning) hängde graden av överskattning av kroppsstorleken (perceptuell kroppsuppfattning) tydligt samman med kognitiv-affektiva tecken på störd kroppsuppfattning, till exempel missnöje med kroppen, rädsla för viktuppgång och en känsla av att inte vara tillfreds i sin kropp. Detta stämmer med resultaten från Mölbert m.fl. (2017) och Hagman m.fl (2015). Den perceptuella kroppsuppfattningen av de specifika kroppsdelarna lår och mage samvarierar också med den kognitiv-affektiva upplevelsen av samma kroppsdelar. Att sambandet finns för kroppsuppfattningen som helhet har alltså presenterats i tidigare forskning, men däremot har man inte påvisat att ett sådant samband även finns för specifika kroppsdelar i tidigare vetenskapliga publikationer. Klinisk erfarenhet av patienters beskrivning av sin kroppsupplevelse – att de upplever större svårigheter kring vissa kroppsdelar, som de både upplever som större och som de tycker sämre om - har alltså verifierats i detta patientmaterial.

Den fjärde hypotesen antog att överskattning av kroppsstorleken är avhängigt av grad av övriga psykiatriska symtom, vilket också visade sig stämma. De patienter som visar mest symtom på ångest, depression och somatisering har också störst överskattning av kroppsstorleken. Antagandet att överskattning av kroppsstorleken är avhängigt missnöje med kroppen stämde alltså hos merparten patientgrupper i studien, undantaget patientgruppen med ARFID. De överskattar kroppsstorleken, trots att de inte uppvisar tydlig kognitiv-affektiva kroppsuppfattningsstörning.

ARFID är den senaste tillkomna ätstörningsdiagnosen i DSM-5 och det finns behov av mer forskning om diagnosen. Kriteriet i DSM-5 att patienten inte ska visa tecken på störd kroppsuppfattning diskuteras av Barney m.fl. (2022), som menar att formuleringen kan behöva nyanseras med tiden. Problemet som behandlaren ställs inför är om det räcker att patienten inte spontant uttrycker kroppsmisnöje eller gör kopplingar mellan sin kropp och sitt restriktiva ätande i anamnesen. Behöver kroppsuppfattningen undersökas för att man ska kunna dra slutsatsen att "inget talar för en störd kroppsuppfattning", och på vilket sätt i så fall? Rapportens resultat bekräftar att det finns en komplexitet i frågan om kroppsuppfattningen hos

patienterna med ARFID; vad betyder en överskattning av kroppsstorleken när patienten inte samtidigt är tydligt missnöjd med kroppen? Barney m.fl. (2022) ställer också frågan hur man ska förhålla sig till det kroppsmissnöje som finns hos så stora grupper barn och tonåringar att det får anses vara normalt.

I fråga om AN är störda kroppsuppfattning en riskfaktor - något som föregår insjuknande. I fråga om ARFID är detta inte fallet utan tvärtom kan ätstörningen i förlängningen leda till sekundära problem med kroppsmissnöje. Patienter med restriktivt ätande som vid ARFID kan i behandlingssituationen beskriva att de känner sig svaga, små till växten, har försenad kroppslig utveckling och påverkas av andras negativa kommentarer utifrån att de har svårt att äta enligt normen. Skillnaden från patienter med AN är att ett sådant missnöje inte utgör ett hinder för ätandet i sig – patienten vill äta för att lösa dessa problem. Sekundära problem med kroppsmissnöje kan paradoxalt nog ändå göra ätande ångestladdat och därmed svårare.

Inom gruppen patienter med ARFID förekommer kliniskt också patienter som tycks helt obekymrade trots att deras låga vikt utgör en risk för hälsan, och de skulle därmed kunna anses fylla diagnoskriteriet för kroppsuppfattningsstörning genom att förneka allvaret i den låga vikten.

## **5.2 Metoddiskussion**

Studien har ett antal begränsningar gällande kvaliteten på data. Då bedömning av samsjuklighet inte gjordes regelmässigt vid de studerade besöken saknas ofta uppgifter om samsjuklighet i de granskade journalerna. Samsjuklighet är förhållandevis vanligt vid ätstörningar, och kan vara av betydelse för såväl behandlingsupplägg som sjukdomsförlopp och prognos. Samsjuklighet verkar också delvis se olika ut vid AN och ARFID. Det hade varit önskvärt att redogöra för förekomsten av samsjuklighet hos den undersökta gruppen. Studien synliggör betydelsen av att kartlägga och dokumentera samsjuklighet hos patientgruppen.

I den preliminära planeringen av detta projekt övervägdes att göra en jämförelse mellan en period där patienterna diagnosticerats enligt DSM-IV och en enligt DSM-5. Dock blev alltför många subgrupper för små för tillförlitlig statistisk bearbetning, och i stället valdes att skapa ett diagnostiskt enhetligt material. Dock kan de uppgifter som finns i de äldre journalerna vara ofullständiga sett utifrån DSM-5:s diagnoskriterier, varför det finns en viss risk att omdiagnostiseringen blir felaktig.

Ett urval av skattningarna i journalerna har gjorts. Andra urval hade belyst frågorna på andra sätt, till exempel hade kroppsuppfattningen för patienter

med ARFID kunnat belysas med hjälp av materialet Figurteckningar och Upplevelse av kroppsdelar.<sup>7</sup>

Gällande de skattningsformulär som använts ses en del internt bortfall, framför allt på formulären EDI-C och SCL-90. Ibland har då det kortare formuläret EAT-26 använts på patienter över 12 år. Omvänt har patienter under 12 år i enstaka fall bedömts med formulären EDI-C, BAT eller SCL-90, utifrån att det bedömts kliniskt lämpligt. Dessa skattningar har uteslutits från analysen i detta arbete för att skapa homogena grupper. En kartläggning av gruppen där man inkluderar samtliga svar skulle ge en mera fullständig bild. Antalet patienter som tagits med i de olika beräkningarna har redovisats vid varje tabell för att göra rapporten så transparent som möjligt. I fråga om de formulär som använts bör nämnas att SCL-90 är validerat från 13 år, det vill säga för individer ett år äldre än det kliniskt använts för i föreliggande studie.

Givet att vissa subgrupper var små har sambanden mellan psykiatriska symtom och kroppsuppfattningsstörning inte belysts för alla diagnos- och åldersgrupper. Det vore värdefullt att gå vidare med analys av en större patientgrupp för att få statistiska underlag för fler diagnosgrupper. Kliniskt hade det även varit värdefullt att redovisa spridningen i resultat på olika skattningar och till exempel skulle man kunna undersöka hur många patienter som uppfyller diagnoskriterier som ändå har värden under gränsvärde på de olika skattningarna. Trots dessa begränsningar ger materialet ny kunskap om kroppsuppfattningsstörning hos barn och unga med olika ätstörningar.

---

<sup>7</sup> Upplevelse av kroppsdelar är en likertskala där patienten ger sitt omdöme (mycket missnöjd, missnöjd, ej tänkt på, ganska nöjd, eller nöjd) om var och en av de nio kroppsdelar som omfattas av storlekskattningen med EGON. Figurteckningar, en uppgift där patienten ritar människobilder, kallas även Draw-a-person-test, utvecklad av Karen Machover 1949 (N., 2013).



## 6. Slutsatser

I föreliggande arbete har ätstörningssymtom och kroppsuppfattningsstörning inom olika ätstörningsdiagnoser undersökts. Resultatet har bidragit med ökad och delvis ny kunskap om hur ätstörningssymtom och kroppsuppfattning samvarierar. I en stor del av materialet sågs att kroppsuppfattningsstörningen var störst hos de patienter som även hade högst grad av ätstörningssymtom och övriga psykiatriska symtom. Detta gällde gruppen flickor 12–18 år med diagnos AN, atypisk AN eller ospecifik ätstörning. Resultaten indikerar föga förvånande att det är den samlade symtomtyngden som i första hand skall styra prioritering av patienter för kroppsuppfattningsbedömning snarare än BMI%, ålder eller diagnos.

Det finns en komplexitet kring diagnosticering av ätstörning där både primära och sekundära symtom/problem kan finnas. I de fall där det är svårt att avgöra om diagnosen ARFID och/eller AN är bäst överensstämmande med patientens sjukdomsbild, kan en kroppsuppfattningsbedömning vara hjälpsam både för diagnostik och behandling. Viktigt är då att bedömningen görs av någon som är väl insatt i komplexiteten i att bedöma kroppsuppfattningsstörning vid ätstörning.

## Referenser

American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.).

American Psychiatric Association (översättning till svenska av Jörgen Herlofson) (2014). *MINI-D5, diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim press AB.

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8.

Barney, A., Bruett, L. D., Forsberg, S., & Nagata, J. M. (2022). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) and Body Image: a case report. *Journal of eating disorders*, 10(1), 61.

Benninghoven, D., Tadić, V., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007). Körperbilder männlicher Patienten mit Essstörungen [Body images of male patients with eating disorders]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 57(3-4), 120–127.

Bergström, E., Stenlund, H., & Svedjehäll, B. (2000). Assessment of body perception among Swedish adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health* 26(1), 70-75.

Biney, H., Astbury, S., Haines, A., Grant, J., Malone, N., Hutt, M., Matthews, R., Morgan, J. F., White, S., & Lacey, J. H. (2021). A novel 'practical body image' therapy for adolescent inpatients with anorexia nervosa: a randomised controlled trial. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(6), 1825–1834.

Boltri, M., & Sapuppo, W. (2021). Anorexia Nervosa and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Psychiatry research*, 306, 114271.

Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry research*, 288, 112961.

Brown, T. A., Shott, M. E., & Frank, G. K. W. (2021). Body size overestimation in anorexia nervosa: Contributions of cognitive, affective, tactile and visual information. *Psychiatry research*, 297, 113705.

Bulik, C.M., Blake, L., & Austin, J., (2019). Genetics of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 42:1, 59-73.

Cañas, L., Palma, C., Molano, A.M., Domene, L., Carulla-Roig, M., Cecilia-Costa, R., Dolz, M., & Serrano-Troncoso, E. (2021). Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population. *European Eating Disorders Review* 29: 245-256.

Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). Guilford Press.

Casper, R. C., Voderholzer, U., Naab, S., & Schlegl, S. (2020). Increased urge for movement, physical and mental restlessness, fundamental symptoms of restricting anorexia nervosa? *Brain and behavior*, 10(3), e01556.

Catone, G., Pisano, S., Muzzo, G., Corrado, G., Russo, K., Maiorano, A., Salerno, F., Gritti, A., (2020). A glance into psychiatric comorbidity in adolescents with anorexia nervosa, *Minerva Pediatrica*, 72(6):501-507.

Close, M. (2007). Physiotherapy and exercise. I B. R. Bryant-Waugh (Red.), *Eating disorders in childhood and adolescence*. (3 uppl., s. 294-311). Routledge/Taylor & Francis Group.

Cornelissen, K., Widdrington, H., McCarty, K., Pollet, T.V., Tovée, M.J., & Cornelissen, P.L. (2019). Are attitudinal and perceptual body image the same or different? Evidence from high-level adaption. *Body image*, 31, 35-47.

Dalhoff, A. W., Romero Frausto, H., Romer, G., & Wessing, I. (2019). Perceptive Body Image Distortion. Adolescent Anorexia Nervosa: Changes After Treatment. *Frontiers in psychiatry*, 10, 748.

Danielsen, M., & Rø, Ø. (2012). Changes in Body Image During Inpatient Treatment for Eating Disorders Predict Outcome. *Eating Disorders*, 20(4), 261-275.

Danielsen, M., Rø, Ø., Romild, U., & Bjørnelv, S. (2016). Impact of female adult eating disorder inpatients' attitudes to compulsive exercise on outcome at discharge and follow-up. *Journal of eating disorders*, 4:7.

Derogatis, L., Lipman, R., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacology*, 9:13-28.

- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. och Malling Thorsen, S. (2002). *Statens institutionsstyrelse (SiS) följer upp och utvecklar*. 4/02.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2014). Body size estimation in anorexia nervosa: a brief review of findings from 2003 through 2013. *Psychiatry research*, 219(3), 407–410.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 12: 4: 871 – 878.
- Garner, D.M. (1991). *The Eating Disorder Inventory-C*. Lutz, FL, Psychological Assessment Resources (PAR).
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 52(11), 1229–1236.
- Hagman, J., Gardner, R. M., Brown, D. L., Gralla, J., Fier, J. M., & Frank, G. K. (2015). Body size overestimation and its association with body mass index, body dissatisfaction, and drive for thinness in anorexia nervosa. *Eating and weight disorders*, 20(4), 449–455.
- Kambanis, P.E., Kuhnle, M.C., Wons, O.B., Jo, J.H., Keshishian, A.C., Hauser, K., Becker, K.R., Franko, D.L., Misra M., Micali, N., Lawson E.A., Eddy, K.T., Thomas, J.J. (2020). Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *The International journal of eating disorders*, 53(2), 256–265.
- Kambanis, P. E., Harshman, S. G., Kuhnle, M. C., Kahn, D. L., Dreier, M. J., Hauser, K., Slattery, M., Becker, K. R., Breithaupt, L., Misra, M., Micali, N., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2022). Differential comorbidity profiles in avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: Does age play a role? *The International journal of eating disorders*, 55(10), 1397–1403.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 162(12), 2263–2268.

- Keery, H., LeMay-Russell, S., Barnes, T. L., Eckhardt, S., Peterson, C. B., Lesser, J., Gorrell, S., & Le Grange, D. (2019). Attributes of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder, *Journal of eating disorders*, 7, 31.
- Keizer, A., Engel, M., Bonekamp, J., & Van Elburg, A. (2019). Hoop training: a pilot study assessing the effectiveness of a multisensory approach to treatment of body image disturbance in anorexia nervosa. *Eating and weight disorders*, 24(5), 953–958.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345.
- Kilroy, E., Aziz-Zadeh, L., & Cermak, S. (2019). Ayres Theories of Autism and Sensory Integration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has to Say. *Brain sciences*, 9(3), 68.
- Krom, H., van Oers, H. A., van der Sluijs Veer, L., van Zundert, S. M. C., Otten, M. G. M., Haverman, L., Benninga, M. A., & Kindermann, A. (2021). Health-Related Quality of Life and Distress of Parents of Children With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 73(1), 115–124.
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European child & adolescent psychiatry*, 24(7), 779–785.
- Lönning, H. (1998). Kroppsuppfattning hos patienter med ätstörningar. Body Attitude Test i svensk version. *Hälsouniversitetet i Östergötland*. Enheten för kurser och uppdragsutbildning, Linköping.
- Minano-Garrido, E.J., Catalan-Matamoros, D., Gómez-Conesa, A. (2022). Physical Therapy Interventions in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 13921.
- Mölbart, S.C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B.J., Brozzo, C., Martus, P., Karnath, H.-O., Zipfel, S., & Giela, K.E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 57, 21–31.

- Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Murray, S. B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current opinion in pediatrics*, 32(4), 476–481.
- Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebartz van Elst, L., & Zeeck, A. (2019). Systematic Review: Overlap Between Eating, Autism Spectrum, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 708.
- Paulson-Karlsson, G. P., Clinton, D., & Nevenon, L. (2013). Prediction of weight increase in anorexia nervosa. *Nordic journal of psychiatry*, 67(6), 424–432.
- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 3(2), 133-144.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *The International journal of eating disorders*, 24(2), 167–174.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., & Pieters, G. (1998). Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of psychosomatic research*, 44(3-4), 451–456.
- Probst, M., Majewski, M.-L., Albertsen, M.N., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., Duskova Zakova, H., Fabricius, S., Joern, C., Kjölstad, G., Patovirta, M., Philip-Rafferty, S., Tyyskä, E., & Vancampfort, D. (2013). Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 1:3, 224-238.
- Probst, M., Diedens, J., & van Damme, T. (2018). Physiotherapy and Patients with Eating Disorders. I M. Probst, L. Helvik Skjaerven (Red.), *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry – a scientific and clinical based approach* (s. 241-252). Elsevier.
- Rizk, M., Mattar, L., Kern, L., Berthoz, S., Duclos J., Viltart, O., & Godart, N. (2020). Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review. *Nutrients* 12(1), 183.

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *The International journal of eating disorders*, *48*(2), 187–198.

Quiles Marcos, Y., León Zarceño, E., & López López, J.A. (2020). Effectiveness of exercise-based interventions in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *European Eating Disorders Review* *29*(8), 1–17.

Sam, N. M.S., "Machover draw-a-person Test (DAP TEST)," in PsychologyDictionary.org, April 7, 2013, <https://psychologydictionary.org/machover-draw-a-person-test-dap-test/> (accessed March 8, 2023)

Schlegl, S., Quadflieg, N., Löwe, B., Cuntz, U., & Voderholzer, U. (2014). Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: Effectiveness and clinical significance of changes. *BMC psychiatry*, *14*, 258.

Serra, R., Di Nicolantonio, C., Di Febo, R., De Crescenzo, F., Vanderlinden, J., Vrieze, E., Bruffaerts, R., Loriedo, C., Pasquini, M., & Tarsitani, L. (2022). The transition from restrictive anorexia nervosa to bingeing and purging: a systematic review and meta-analysis. *Eating and weight disorders: EWD*, *27*(3), 857–865.

Slade P.D., & Russell G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine* *3*, 188-199.

Slade, P., & Brodie, D. (1994). Body-image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on recent literature in: *European Eating Disorders Review* *2* (1), 32-46.

Spicer, L., Strudwick, K., & Kelly V. (2019). Prevalence rates for avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) in tertiary feeding clinic in UK. *Archives of Disease in Childhood*;104 (Suppl.3): A63.

Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings, *Journal of Psychosomatic Research* *53* (5):985-993.

Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, *49*(10), 622–627.

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology, 126*(1), 38–51.

Thurfjell, B., Edlund, B., Arinell, H., Hägglöf, B., & Engström, I. (2003). Psychometric properties of Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C) in Swedish girls with and without a known eating disorder. *Eating and weight disorders, 8*(4), 296–303.

Tuschen-Caffier, B., Bender, C., Caffier, D., Klenner, K., Braks, K., & Svaldi, J. (2015). Selective Visual Attention during Mirror Exposure in Anorexia and Bulimia Nervosa. *PLoS one, 10*(12): e0145886.

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., de Hert, M., Soundy, A., Adámková, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., & Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and rehabilitation, 36*(8), 628–634.

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry, 34*(6), 515–524.

van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry, 33*(6), 521–527.

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Waldorf, M., Legenbauer, T., Bauer, A., Cordes, M., & Vocks, S. (2015). Overestimation of body size in eating disorders and its association to body-related avoidance behavior. *Eating and weight disorders, 20*(2), 173–178.

Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski, M., (2000). Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 Years, *European Eating Disorders Review 8*(1):19-30.

Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2010). A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association, 18*(3), 207–219.



Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111.

Ziser, K., Mölbert, S. C., Stuber, F., Giel, K. E., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Effectiveness of body image directed interventions in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 51(10), 1121–1127.

*Ätstörningar. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, (2015). Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB, Baltoprint, Litauen, ISBN 978-91-8809-927-3

# Bilagor

## Bilaga 1. Bedömningsförfarande för patienter 12 - 18 år

<b>Problemområde</b>	<b>Instrument</b>	<b>Använd data</b>
Perceptuell (visuell och taktil) kroppsuppfattning	Visual Size Estimation VSE/EGON	BPI: genomsnittet av samtliga skattade kroppsmått. BPI: skattning mage resp. lår separat.
Kroppsuppfattning (kognitiva och affektiva aspekter)	Eating Disorder Inventory for Children, EDI-C  The Body Attitude Test, BAT	EDI-C: Delskala 1. Viktfobi 3. Missnöje med kroppen Item 12 + 55: upplevd storlek på mage resp. lår.  BAT: Totalpoäng samt delskalorna 1. Negativ uppfattning om kroppens storlek 2. Frånvaro av känslan att vara tillfreds i sin kropp samt 3. Allmänt missnöje med kroppen
Ätstörningssymtom	Eating Disorder Inventory for Children, EDI-C	Totalpoäng
Psykopatologi	Symptom Checklist-90, SCL-90	Total poäng samt Delskalorna 1. Somatisering 3. Depression 4. Ängest

# Tidigare publikationer

Rapport 2/2023	Psykoedukation för patienter med personlighetsyndrom. ISBN 978-91-987657-7-9
Rapport 1/2023	Familjebehandling inom spä- och småbarnspsykiatri. ISBN 978-91-987657-6-2
Rapport 4/2022	Heldygnsvård vid substansbrukssyndrom. ISBN 978-91-987657-5-5
Rapport 3/2022	Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV). ISBN 978-91-987657-4-8
Rapport 2/2022	Kvalitetsmått vid journalgranskning. ISBN 978-91-987657-3-1
Rapport 1/2022	Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP. ISBN 978-91-987656-0-1
Rapport 7/2021	Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva. ISBN 978-91-986060-7-2
Rapport 6/2021	<i>Interventioner vid dyskalkuli</i> . ISBN 978-91-986060-4-1
Rapport 5/2021	<i>Personer med hemmasittarproblematik och autism</i> . ISBN 978-91-986060-5-8
Rapport 4/2021	<i>Good Psychiatric Management</i> . ISBN 978-91-986060-3-4
Rapport 3/2021	<i>Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion</i> . ISBN 978-91-986060-2-7
Rapport 2/2021	<i>Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter</i> . ISBN 978-91-986060-1-0
Rapport 1/2021	<i>Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD</i> . ISBN 978-91-7261-340-9
Rapport 10/2020	<i>Unga vuxna med förvärd hjärnskada i barndomen</i> . ISBN 978-91-7261-339-3
Rapport 9/2020	<i>Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-337-9
Rapport 8/2020	<i>Mobila RIK i Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-335-5
Rapport 7/2020	<i>AKK inom sjukvården</i> . ISBN 978-91-7261-334-8
Rapport 6/2020	<i>En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning</i> . ISBN 978-91-7261-333-1
Rapport 5/2020	<i>Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning</i> . ISBN 978-91-7261-338-6
Rapport 4/2020	<i>Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-332-4
Rapport 3/2020	<i>Samtalsmaterialet "Det här är jag!"</i> ISBN 978-91-7261-331-7
Rapport 2/2020	<i>Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal</i> . ISBN 978-91-7261-330-0
Rapport 1/2020	<i>Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus</i> . ISBN 978-91-7261-329-4
Rapport 7/2019	<i>Habilitering och rehabilitering på distans</i> . ISBN 978-91-7261-328-7
Rapport 6/2019	<i>Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering</i> . ISBN 978-91-7261-327-0
Rapport 5/2019	<i>Patienters delaktighet i målformulering</i> . ISBN 978-91-7261-326-3
Rapport 4/2019	<i>Mentaliseringsträning vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-325-6
Rapport 3/2019	<i>ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"</i> . ISBN 978-91-7261-324-9
Rapport 2/2019	<i>Delaktighet och digitalisering av habiliteringens arbetsätt</i> . ISBN 978-91-7261-323-2
Rapport 1/2019	<i>Skånska stegen II</i> . ISBN 978-91-7261-322-5
Rapport 8/2018	<i>Basal kroppskännedom vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-321-8
Rapport 7/2018	<i>Mötet med habiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-320-1
Rapport 6/2018	<i>Grafisk AKK för barn</i> . ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018	<i>Kulturell kompetens i habiliteringsarbetet</i> . ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018	<i>Barns delaktighet i sin habiliteringsplanering</i> . ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018	<i>Kvalitetssäkring genom utvärdering</i> . ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018	<i>Bedömning av sömn</i> . ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018	<i>Självskattning av delaktighet</i> . ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017	<i>Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-313-3
Rapport 6/2017	<i>Motorik och autism</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 5/2017	<i>Motivation för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 4/2017	<i>Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-310-2
Rapport 3/2017	<i>Mindfulness och synnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-308-9
Rapport 2/2017	<i>Stöd till anhöriga till vuxna med autism</i> . ISBN 978-91-7261-307-2
Rapport 1/2017	<i>Förskrivning av AKK-hjälpmiddel</i> . ISBN 978-91-7261-306-5
Rapport 8/2016	<i>Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva</i> . ISBN 978-91-7261-305-8
Rapport 7/2016	<i>Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares</i> . ISBN 978-91-7261-304-1

Rapport 6/2016 <i>Strukturerad analys för 24h positionering</i> . ISBN 978-91-7261-303-4
Rapport 5/2016 <i>En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP</i> . ISBN 978-91-7261-302-7
Rapport 4/2016 <i>DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-301-0
Rapport 3/2016 <i>Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?</i> ISBN 978-91-7261-300-3
Rapport 2/2016 <i>Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi</i> . ISBN 978-91-7261-299-0
Rapport 1/2016 <i>Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå</i> . ISBN 978-91-7261-298-3
Rapport 14/2015 <i>Utvärdering av samtalsgrupp kring autism</i> . ISBN 978-91-7261-297-6
Rapport 13/2015 <i>Stödsamtal som re/habiliteringsinsats</i> . ISBN 978-91-7261-296-9
Rapport 12/2015 <i>Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande</i> . ISBN 978-91-7261-295-2
Rapport 11/2015 <i>En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP</i> . ISBN 978-91-7261-294-5
Rapport 10/2015 <i>Att beröra och beröras</i> . ISBN 978-91-7261-292-1
Rapport 9/2015 <i>Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt</i> . ISBN 978-91-7261-292-1
Rapport 8/2015 <i>Interventioner i bassång – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-291-4
Rapport 7/2015 <i>Basal kroppskännedom för personer med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-290-7
Rapport 6/2015 <i>Interventioner i bassång</i> . ISBN 978-91-7261-289-1
Rapport 5/2015 <i>Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen</i> . ISBN 978-91-7261-288-4
Rapport 4/2015 <i>Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus</i> . ISBN 978-91-7261-287-7
Rapport 3/2015 <i>Föräldrastöd inom Barn-och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ</i> . ISBN 978-91-7261-286-0
Rapport 2/2015 <i>Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet</i> . ISBN 978-91-7261-285-3
Rapport 1/2015 <i>Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-284-6
Rapport 13/2014 <i>Akka-platta som hjälpmedel – användning och måluppfyllelse</i> . ISBN 978-91-7261-282-2
Rapport 12/2014 <i>Ung vuxen –en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet</i> . ISBN 978-91-7261-281-5
Rapport 11/2014 <i>Utvärdering av "Kompisprat"</i> . ISBN 978-91-7261-278-5
Rapport 10/2014 <i>Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-277-8
Rapport 9/2014 <i>Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning</i> . ISBN 978-91-7261-276-1
Rapport 8/2014 <i>Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt</i> . ISBN 978-91-7261-275-4
Rapport 7/2014 <i>Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen</i> . ISBN 978-91-7261-274-7
Rapport 6/2014 <i>Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK</i> . ISBN 978-91-7261-273-0
Rapport 5/2014 <i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten</i> . ISBN 978-91-7261-272-3
Rapport 4/2014 <i>Ungdomsgrupp som stöd för transition</i> . ISBN 978-91-7261-271-6
Rapport 3/2014 <i>Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning</i> . ISBN 978-91-7261-270-9
Rapport 2/2014 <i>Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers</i> . ISBN 978-91-7261-269-3
Rapport 1/2014 <i>Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning</i> . ISBN 978-91-7261-268-6
Rapport 15/2013 <i>Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som habiliteringsinsats</i> . ISBN 978-91-7261-266-2
Rapport 14/2013 <i>Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar</i> . ISBN 978-91-7261-258-7
Rapport 13/2013 <i>Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism</i> . ISBN 978-91-7261-265-5
Rapport 12/2013 <i>En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder</i> . ISBN 978-91-7261-263-1
Rapport 11/2013 <i>Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom</i> . ISBN 978-91-7261-262-4
Rapport 10/2013 <i>Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande*. ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer*. ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat*. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket*. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvårande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN)*. ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne*. ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna*. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbarnsNIT*. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Barnperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i habilitering*. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvat hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet*. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn och ungdomar i habilitering*. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning*. ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 <i>Tinnitus Retraining Therapy</i> . ISBN 978-91-7261-169-6
Rapport 3/2009 <i>Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-168-9
Rapport 2/2009 <i>Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD</i> . ISBN 978-91-7261-166-5
Rapport 1/2009 <i>Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd</i> . ISBN 978-91-7261-163-4
Rapport 2/2008 <i>Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen</i> . ISBN 978-91-7261-151-1
Rapport 1/2008 <i>CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral pares</i> . ISBN 978-91-7261-146-7
Rapport 11/2007 <i>Finns det genvägar till Internet?</i> ISBN 978-91-7261-119-1
Rapport 10/2007 <i>"Jag har en egen vilja och egen talan"</i> . ISBN 978-91-7261-118-4
Rapport 9/2007 <i>ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp?</i> ISBN 978-91-7261-115-3
Rapport 8/2007 <i>RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD</i> . ISBN 978-91-7261-106-1
Rapport 7/2007 <i>Träning av arbetsminnet med RoboMemo</i> . ISBN 978-92-7261-105-7
Rapport 6/2007 <i>Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-103-0
Rapport 5/2007 <i>Att vara ung med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-092-7
Rapport 4/2007 <i>Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-091-0
Rapport 3/2007 <i>Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv</i> . ISBN 978-91-7261-083-5
Rapport 2/2007 <i>Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen</i> . ISBN 978-91-7261-078-1
Rapport 1/2007 <i>Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse</i> . ISBN 91-7261-074-3
Rapport 4/2006 <i>Det sociala livet kring ett bilvrak</i> . ISBN 91-7261-073-7
Rapport 3/2006 <i>Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism</i> . ISBN 91-7261-060-3
Rapport 2/2006 <i>AKK med hjälp av pekador för barn med autism</i> . ISBN 91-7261-055-7
Rapport 1/2006 <i>Hanen föräldrautbildning - en utvärdering</i> . ISBN 01-7261-054-9
Rapport 4/2005 <i>Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen</i> . ISBN 91-7261-051-4
Rapport 3/2005 <i>Hur använder barn med autism pekador som alternativ kommunikation?</i> ISBN 91-7261-044-1
Rapport 2/2005 <i>Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram</i> . ISBN 91-7261-042-5
Rapport 1/2005 <i>Hur taktil massage påverkar ungdomar med smärtproblematik</i> . ISBN 91-7261-043-3
Rapport 2/2004 <i>Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT</i> . ISBN 91-7261-039-5
Rapport 1/2004 <i>Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen</i> . ISBN 91-7261-037-9
Rapport 3/2003 <i>Tid till eget ansvar?</i> ISBN 91-7261-036-0
Rapport 2/2003 <i>Farvatten och blindskär i barnhabilitering</i> . ISBN 91-7261-035-2
Rapport 1/2003 <i>Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering</i> . ISBN 91-7261-034-4.
Rapport 2/2002 <i>Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva</i> . ISBN 91-7261-030-1
Rapport 1/2002 <i>Föräldrars upplevelse av delaktighet</i> . ISBN 91-7261-000-X