

# EATING DISORDERS

## Quick Reference & Referral Guide



We know that eating disorders carry the **highest mortality risk** of all psychiatric conditions. Early identification and onward referral are crucial for these individuals to recover.

## HISTORY



As a general rule, *patients who have an eating disorder rarely tell you immediately*, more often than not they will present to us with a range of different physical and mental health issues instead. It is up to us to put the pieces together and consider if an eating disorder is the underlying cause.

**Key things to explore to help rule in or rule out an eating disorder:**

**Behaviour:** Is there a reduction in the amount of food eaten, any exclusion of certain food groups, feeling out of control over what they eat, excessive exercise, vomiting, laxative use, omission of insulin in T1DM to control weight?

Their *current and past relationship with food* - texture, smell, taste, interest/importance of food, any recent changes?

**Impact** it's having on the patient's family and their life in general.

**Fear:** In gaining weight or getting bigger? Losing muscle mass? Fear of vomiting or choking?

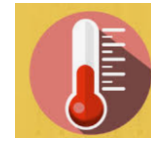
**Collateral history** from significant others is invaluable. Has there been a change in their personality, more withdrawn, loss of interest in activities, are family/friends worried about them?



## OBSERVATION

Do they look like there has been a change in weight? Signs of malnutrition? Poor dentition?

## EXAMINATION



Weight, height, BMI, blood pressure & pulse (lying and standing), temperature.  
Bloods & ECG (not in children unless there is a clinical need at this stage) to rule out organic disease.  
Any risk of refeeding syndrome (minimal or no food over the last few days)?



## RISK

By assimilating all the above information, determine level of risk to guide management.

**HIGH RISK** if significant physical compromise or risk of refeeding syndrome – Admit to medics/paeds.

**HIGH RISK** if lack of insight into their condition coupled with physical compromise. Are they capable of making objective decisions about their health? Seek information from families and significant others.

Discuss directly with mental health services with a view to a Mental Health Act Assessment.

Otherwise a referral through normal pathways is sufficient.

## RESOURCES



**Beat:** For all children and adults with an eating disorder and their families ([www.beateatingdisorders.org.uk](http://www.beateatingdisorders.org.uk))

**FEAST:** For families of all children and adults with an eating disorder ([www.feast-ed.org](http://www.feast-ed.org))

**ARFID Awareness:** For children and adults with 'Avoidant Restrictive Food Intake Disorder' and their families  
[www.arfidawarenessuk.org](http://www.arfidawarenessuk.org)

# GUIDANCE NOTES ON EATING DISORDERS FOR GPs

## INDEX

---

Eating disorders diagnoses and presentations	3-4
Medical risk assessment	5-10
What information to include in referrals	10
Your Health Board's local pathways for eating disorders	11
What to do after referring on	12
Basic Do's and Don'ts when supporting someone who has an eating disorder	12
Stages of change and ambivalence/anxiety about treatment	13
Supporting people with an eating disorder who are discharged from specialist services	14

<i>Appendix: Resources For Patients, Families/Supporters and Professionals (for printing to give to patients and families)</i>	<i>15-19</i>
--	--------------

# Eating Disorders Diagnoses & Presentations

## ANOREXIA

3 features need to be present to make a diagnosis of anorexia nervosa:

1. Persistent restriction of energy intake leading to significantly low body weight (compared to what is expected for age, sex developmental trajectory, and physical health)
2. Either an intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behaviour that interferes with weight gain
3. Disturbance in the way that body weight / shape is experienced, undue influence of body shape and weight on self-evaluation, or persistently not recognising the seriousness of the low body weight

Subtypes:

Restricting type

Binge-eating/purging type

## BULIMIA

Diagnosis is based on:

1. Recurrent episodes of binge eating ie both of the following:  
Eating in a specific period of time (eg. within a 2 hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances  
A feeling of lack of control over eating during the episode ie. feeling that they cannot stop eating or control what or how much they are eating
2. Recurring compensatory behaviour to prevent weight gain eg. self induced vomiting, misuse of laxatives, diuretics or other medications, fasting, compulsive exercise, omitting insulin
3. The binge eating and compensatory behaviours both occur at least once a week for 3 months (on average)
4. Self evaluation is unduly influenced by body shape and weight
5. BMI is in healthy range or above

## BINGE EATING DISORDER

A person must display:

1. Recurring episodes of binge eating
2. The binge eating episodes involve 3 or more of the following:
  - Eating much more rapidly than normal
  - Eating until feeling uncomfortably full
  - Eating large amounts of food when not feeling physically hungry
  - Eating alone because of feeling embarrassed by how much they are eating
  - Feeling disgusted, depressed or very guilty afterward
3. Distress about binge eating
4. Binges occur on average at least once a week for 3 months
5. NO recurring use of compensatory behaviours

***Note:** Binge Eating Disorder (BED) is much less common than OVER-EATING but is much more severe than overeating. BED involves more distress about the eating behaviour, and there are usually other co-occurring psychological problems.*

## ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)

A) Failure to meet nutritional and/or energy needs such as:

- Significant weight loss
- Nutritional deficiency
- Dependence on oral nutritional supplements
- Interference with psychosocial functioning

B) The difficulties are not due to lack of available food or by any culturally sanctioned practice

C) There is no evidence of a disturbance in the way that body weight or shape is experienced

D) The eating disturbance is not caused by a medical condition or another mental disorder

## ‘Unofficial’ diagnoses for specific presentations

These terms are commonly used in services and by the public. They are not official diagnostic categories but do describe different types of eating disorders that are supported by eating disorders services.

**Orthorexia** : Avoidance of foods that are perceived as unhealthy leading to a very limited range of foods and resulting low weight and/or malnutrition

**Bigorexia** : Obsessive focus on increasing muscle mass and compulsive muscle-building activities

**T1DE** : Insulin omission among people with Type 1 diabetes, as a means of reducing/managing weight.

# Medical Risk Assessment

## Risk Assessment Framework for Young People With Eating Disorders (taken from 'Junior MARSIPAN' guidance)

	<b>RED (High Risk)</b>	<b>AMBER (Alert to High Concern)</b>	<b>GREEN (Moderate Risk)</b>	<b>BLUE (Low Risk)</b>
BMI & Weight	<p>Percentage median BMI &lt;70% (approx below 0.4<sup>th</sup> BMI centile)</p> <p>Recent loss of weight of 1kg or more/week for 2 consecutive weeks</p>	<p>Percentage median BMI 70-80% (approx between 2<sup>nd</sup> and 0.4<sup>th</sup> BMI centile)</p> <p>Recent loss of weight of 500-999g/week for 2 consecutive weeks</p>	<p>Percentage median BMI 80-85% (approx 9<sup>th</sup>-2<sup>nd</sup> BMI centile)</p> <p>Recent weight loss of up to 500g/week for 2 consecutive weeks</p>	<p>Percentage median BMI &gt;85% (approx above 9<sup>th</sup> BMI centile)</p> <p>No weight loss over past 2 weeks</p>
Cardiovascular health	<p>Heart rate (awake) &lt;40 bpm<sup>a</sup></p> <p>History of recurrent syncope; marked orthostatic changes (fall in systolic blood pressure of 20mmHg or more, or below 0.4<sup>th</sup>-2<sup>nd</sup> centiles for age, or increase in heart rate of &gt;30 bpm)</p>	<p>Heart rate (awake) 40-50 bpm</p> <p>Sitting blood pressure: systolic &lt;0.4<sup>th</sup> centile (84-98mmHg depending on age and gender<sup>b</sup>); diastolic &lt;0.4<sup>th</sup> centile (35-40mmHg depending on age and gender<sup>a</sup>)</p> <p>Occasional syncope; moderate orthostatic cardiovascular changes (fall in systolic blood pressure of 15mmHg or more, or diastolic blood pressure fall of 10mmHg or more within 3min standing, or increase in heart rate of up to 30bpm)</p>	<p>Heart rate (awake) 50-60bpm</p> <p>Sitting blood pressure: systolic &lt;2<sup>nd</sup> centile (98-105mmHg depending on age and gender<sup>a</sup>); diastolic &lt;2<sup>nd</sup> centile (40-45mmHg depending on age and gender<sup>a</sup>)</p> <p>Pre-syncope symptoms but normal orthostatic cardiovascular changes</p>	<p>Heart rate (awake) &gt;60 bpm</p> <p>Normal sitting blood pressure for age and gender with reference to centile charts<sup>a</sup></p> <p>Normal orthostatic cardiovascular changes</p>

	Irregular heart rhythm (does not include sinus arrhythmia)		Cool peripheries; prolonged peripheral capillary refill time (normal central capillary refill time)	Normal heart rhythm
ECG abnormalities	QTc>460ms (girls) or 400ms (boys) with evidence of bradyarrhythmia or tachyarrhythmia (excludes sinus bradycardia and sinus arrhythmia); ECG evidence or biochemical abnormality	QTc>460ms (girls) or 400ms (boys)	QTc<460ms (girls) or 400ms (boys) and taking medication known to prolong QTc interval, family history of prolonged QTc or sensorineural deafness	QTc<460ms (girls) or 400ms (boys)
Hydration status	Fluid refusal Severe dehydration (10%): reduced urine output, dry mouth, decreased skin turgor, sunken eyes, tachypnoea, tachycardia <sup>c</sup>	Severe fluid restriction Moderate dehydration (5-10%): reduced urine output, dry mouth, normal skin turgor, some tachypnoea, some tachycardia <sup>c</sup> , peripheral oedema	Fluid restriction Mild dehydration (<5%): may have dry mouth or not clinically dehydrated but with concerns about risk of dehydration with negative fluid balance	Not clinically dehydrated
Temperature	<35.5°C tympanic or 35.0°C axillary	<36°C		
Biochemical abnormalities	hypophosphataemia, hypokalaemia, hypoalbuminaemia, hypoglycaemia, hyponatraemia, hypocalcaemia	hypophosphataemia, hypokalaemia, hyponatraemia, hypocalcaemia		
Disordered eating behaviours	Acute food refusal or estimated calorie intake 400-600kcal per day	Severe restriction (less than 50% of required intake), vomiting, purging with laxatives	Moderate restriction, bingeing	
Engagement with management plan	Violent when parents try to limit behaviour or encourage food/fluid intake, parental violence in relation to feeding (hitting, force feeding)	Poor insight into eating problems, lacks motivation to tackle eating problems, resistance to changes required to gain weight, parents unable to implement meal plan advice given by healthcare providers	Some insight into eating problems, some motivation to tackle eating problems, ambivalent towards changes required to gain weight but not actively resisting	Some insight into eating problems, motivated to tackle eating problems, ambivalence towards changes required to gain weight not apparent in behaviour

Activity and exercise	High levels of uncontrolled exercise in the context of malnutrition (>2h/day)	Moderate levels of uncontrolled exercise in the context of malnutrition (>1h/day)	Mild levels of uncontrolled exercise in the context of malnutrition (<1h/day)	No uncontrolled exercise
Self-harm and suicide	Self-poisoning, suicidal ideas with moderate to high risk of completed suicide	Cutting or similar behaviours, suicidal ideas with low risk of completed suicide		
Other mental health diagnoses		Other major psychiatric co-diagnosis eg. OCD, psychosis, depression		
Muscular weakness – SUSS Test				
Sit up from lying flat	Unable to sit up at all from lying flat (score 0)	Unable to sit up without using upper limbs (score 1)	Unable to sit up without noticeable difficulty (score 2)	Sits up from lying flat without any difficulty (score 3)
Stand up from squat	Unable to get up at all from squatting (score 0)	Unable to get up without using upper limbs (score 1)	Unable to get up without noticeable difficulty (score 2)	Stands up from squat without any difficulty (score 3)
Other	Confusion and delirium, acute pancreatitis, gastric or oesophageal rupture	Mallory-Weiss tear, gastro-oesophageal reflux or gastritis, pressure sores	Poor attention and concentration	

BMI – body mass index; bpm – beats per minute; ECG – electrocardiogram;

OCD – obsessive-compulsive disorder; SUSS – Sit Up, Squat Stand

- a. Patients with inappropriately high heart rate for degree of underweight are at even higher risk (hypovolaemia). Heart rate may also be increased purposefully through the consumption of excess caffeine in coffee or other drinks.
- b. Jackson, L. V., Thalange, N. K. & Cole, T. J. (2007) Blood pressure centiles for Great Britain. Archives of Disease in Childhood, 92, 298-303.
- c. Or inappropriate normal heart rate in an underweight young person.

Refer to the document “Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa” (published in 2012 by the Royal College of Psychiatrists) for full guidance on the management of children and young people with anorexia.

## SLAM (South London and Maudsley) Risk Management Guidance For Eating Disorders in Adults

SYSTEM	Test or Investigation	Concern	Alert
Nutrition	BMI	<14	<12
	Weight loss per week	>0.5kg	>1.0kg
	Skin Breakdown	>0.1cm	>0.2cm
	Purpuric		+
Circulation	Systolic BP	<90	<80
	Diastolic BP	<70	<60
	Postural drop (sit –stand)	>10	>20
	Pulse Rate	<50	<40
	Extremities		Dark blue cold
Musculo-skeletal (squat Test and Sit up test)	Unable to get up without using arms for balance	+	
	Unable to get up without using arms as leverage		+
	Unable to sit up without using arms as leverage	+	
	Unable to sit up at all		+
Temperature		<35C <98.0F	<34.5 <97.0F
Bone Marrow	WCC	<4.0	<2
	Neutrophil count	<1.5	<1.0
	Hb	<11	<9.0
	Acute Hb drop (MCV and MCH raised – no acute risk)		+
	Platelets	<130	<110
Salt /water balance	K+	<3.5	<3.0
	Na+	<135	<130
	Mg++	<0.5-0.7	<0.5
	PO4--	<0.5-0.8	<0.5
	Urea	>7	>10
Liver	Bilirubin	>20	>40
	Alkpase	>110	>200
	AsT	>40	>80
	ALT	>45	>90
	GGT	>45	>90
Nutrition	Albumin	<35	<32
	Creatinine Kinase	>170	>250
	Glucose	<3.5	<2.5
Differential Diagnosis	TFT		
	ESR		
ECG	Pulse rate	<50	<40
	Corrected QT intervals (QTC)		>450 msec
	Arrhythmias		+

**Table 1.**

NICE guidelines (2004)

A guide for Medical Risk Assessment for Eating Disorders, Treasure SLAM (2004)



**Medical Risk arises from a combination of the restrictive behaviours (food and in some cases fluid) and the compensatory behaviours:**

- Excessive exercise with low weight
- Blood in vomit
- Inadequate fluid intake in combination with poor eating
- Rapid weight loss

**Body Mass Index (weight /height in metres squared) is a proxy measure of medical risk in anorexia nervosa. As a lone marker it has limitations:**

- Potential for deceit (water loading)
- Less reliable if rapid change in weight
- Less reliable at extremes of height
- Higher risk for each BMI range for men (taller)
- Children lower BMI\*
- Less reliable if bulimic features
- Less reliable if fluid restriction
- Less reliable if physical co morbidity
- BMI not critical with regards to risks associated with fluid and electrolyte balance

\* In children & adolescents the cut off for BMI to make the diagnosis is a weight and height below the second centile of BMI. It is possible to get centile charts off the web for the USA (the 3<sup>rd</sup> centile is depicted) [www.cdc.gov/growthcharts/](http://www.cdc.gov/growthcharts/)

The following is recommended for a rapid risk assessment repeated frequently as necessary:

- BMI
- Blood pressure and pulse rate
- Muscle strength (see below)
- Examination of the skin and temperature for those at high risk
- A full physical looking for e.g. infection (note can be with normal temperature) and signs of nutritional deficiency

### **Tests for Muscle strength: (See table1 for scoring)**

#### The Squat and Stand Up test

The patient is asked to squat down on their haunches and is asked to stand up without using their arms as levers if at all possible

#### The Sit Up Test

The patient lies flat on a firm surface such as the floor and has to sit up without, if possible, using their hands

## Investigations

Frequent investigations of full blood count and chemistry are necessary (FBC, ESR, U&E, Cr, CK, Gluc, LFTs) if:

- Patient is in a high risk category from previous assessment, or
- If they have a BMI <15, or
- The BMI is less reliable due to features outline above, or
- There is a history of purging.

ECG is recommended if BMI <14 and if drugs which have an effect on QT interval are prescribed.

Refer to the document “MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, 2<sup>nd</sup> ed” (published in 2014 by the Royal Colleges of Psychiatrists, Physicians and Pathologists) for full guidance on the management of adults with anorexia

## What Information to Include in Referrals

In your referral information, include the following details:

- **Patient’s eating pattern:** Are they restricting their food intake? (If so, how? eg. Are they excluding particular types of foods, or restricting their calorie intake?) Are they engaging in episodes of binge eating? Are they purging (ie. vomiting, taking laxatives, compulsive exercise, omitting insulin if diabetic), and if so, how often?
- **Physical risk indicators:** What is their current weight? How has their weight changed over the past month? Are they menstruating regularly (if female)? What are the relevant blood test results (including HbA1C if diabetic)?
- **Body image:** How do they feel about their current body shape and weight? Is there evidence of body shape over-focus or dissatisfaction? (eg. excessive weighing and/or mirror-checking, other body-checking behaviours)
- **History of eating difficulties:** When did the eating problems start? What occurred at that time that might have triggered them?
- **Family circumstance:** What is their family/living situation? Do they receive support from their family? Are their family/supporters concerned about the patient?
- **Motivation for recovery:** What is the patient seeking from services? Do they believe they have an eating disorder/problem? Have they tried to make improvements to their eating pattern? What are their goals in relation to their eating/weight/body shape?

## Your Health Board's Local Pathways For Eating Disorders

(to be completed by services before circulating this  
document to their local GPs)

Team to send a referral for a child under age 18  
(including tel number for team and how to submit referral):

Team to send a referral for an adult over age 18  
(including tel number for team and how to submit referral):

Who to contact for a discussion about a child under age 18 who is at high risk and may  
require immediate treatment:

Who to contact for a discussion about an adult over age 18 who is at high risk and may  
require immediate treatment:

### **ED Transitions Teams**

Every Health Board has an eating disorders transitions team that supports young people who have an eating disorder and are approaching their 18<sup>th</sup> birthday and who are likely to require ongoing treatment under adult services. The transitions teams engage with the young person, their family, and health professionals involved in their care and treatment to identify their ongoing needs and goals and plan appropriate treatment and support. If you refer a young person who is soon having their 18<sup>th</sup> birthday, they may be referred on to the transitions team to plan assessment under the adult service.

## What To Do After Referring On

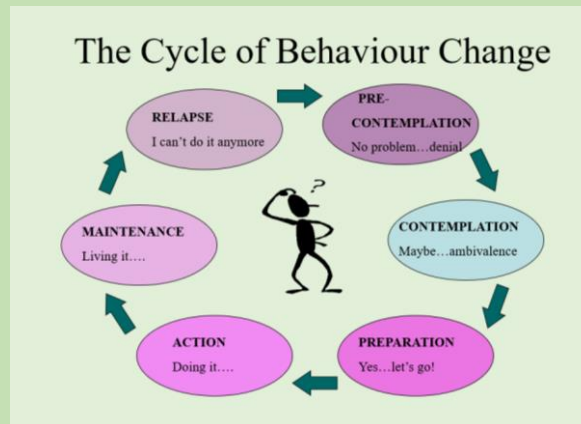
After making the referral, and while the patient/family is waiting for an assessment in specialist services, do the following:

- Give the patient/family a copy of the Appendix to this document and encourage them to read and use the resources that are relevant to them
- See the patient weekly until they have had their assessment in specialist services, monitor changes in their presentation and inform the specialist service of any specific changes
- Undertake your own further research into eating disorders using the resources listed in the appendix

## Basic Dos and Don'ts When Supporting Someone Who Has An Eating Disorder

- 1) Avoid making any comments about the person's weight or appearance. No matter how positive or encouraging you try to be, they will interpret what you say as meaning "You look fat"! It's OK to give them specific praise about other aspects of their appearance eg their hair, clothes, make-up, or something they're good at doing etc
- 2) Avoid talking about your own or other people's eating habits. However well intentioned, hearing about other people's eating habits may strengthen their drive to compete to eat the least
- 3) Avoid being drawn into discussions about weight, food, body shape etc. They are rarely helpful as the logic in the thinking of a person with an eating disorder can be biased or distorted. Try to change the subject and point out that you are avoiding these discussions with them and why

# Stages of Change and Ambivalence/Anxiety About Treatment



## Ambivalence

The stages of recovery from an eating disorder follow the Stages of Change model that is similar to models of addiction. It is estimated that most patients in eating disorders services are in the Contemplation stage of recovery and therefore are highly ambivalent about whether or not they feel ready for, able to achieve, or feel the need for, recovery. Even if this is the case, patients who are in the Contemplation, and even the Pre-Contemplation stage, should be referred to specialist services as those services can offer them and their families support and intervention that are appropriate to the stage they are at.

## Emotional Expression

Patients who are in the Pre-Contemplation or Contemplation stages will experience a wide range of emotions when attending appointments and discussing their concerns, eating behaviours and treatment options with you. They are likely to express anxiety, fear, guilt, shame, and anger as well as other emotions, and these emotions might be intense. It is important that you listen and validate those emotions, explaining that you understand why they feel this way while also continuing to fulfil your clinical responsibilities in a calm respectful manner.

## Clinical Suspicion

The level of ambivalence that people who have eating disorders of all ages experience can make it hard for them to be fully open and direct about the nature and extent of their difficulties. As a result, it is necessary for you to piece together the evidence based on the information they do provide, information from those close to them, observations of their behaviours and medical indicators, in order to come to a clinical judgement about the nature of their condition and what their needs are. Because you will probably be working with incomplete (and often conflicting) information, it is important that you practise a high level of suspicion regarding whether someone has an eating disorder, and refer on for specialist assessment, or contact your local specialist services to discuss the patient's presentation, even if you are not certain that they have an eating disorder. The specialist service will be happy to advise.

## Supporting People With An Eating Disorder Who Are Discharged From Specialist Services

Specialist services sometimes discharge people who still have an eating disorder as they are unlikely to benefit from any further treatment or support. This may be because the patient is in Pre-Contemplation or Contemplation stages, or they may have disengaged from the specialist services. Ideally the specialist service would have discussed their plan to discharge the patient with you beforehand. If the patient is willing to meet with you occasionally, you can have an important role to play in:

- a) Advising the patient and their family on medical issues
- b) Reviewing with them whether there has been a change in their ability/willingness to engage with specialist services and the treatment options available
- c) Ensuring that the patient and family have information about the resources available



This guidance was developed as a collaboration within NHS Wales between the Mental Health Network, clinicians across the Health Boards of Wales and those with lived experience and their families.



## Appendix: Information & Resources About Eating Disorders For Patients, Supporters/Families & Professionals

**If you have been given this information by your GP,** they believe that you or someone close to you may have an eating disorder. This information will help you to understand what eating disorders are, how they affect people's lives and what you can do.

**If your GP has made a referral to a specialist service to assessment,** this information will tell you what you can do now while you are waiting for the assessment. Treatment can start immediately with the actions that you take from today onwards, and it is best that you start this process immediately in order to secure a good outcome. Be aware that some services have a waiting list that might be weeks or months long. Some services see people for assessment soon after receiving a referral, but then place them on a waiting list before starting treatment if they are accepted into the service. Other services put people on a waiting list before assessment, but then would start treatment straight away after assessment if they are accepted into the service.

**If you are attending an assessment,** you can prepare for the appointment by doing the following:

- a) Keep a daily list of what (and how much) you or your loved one are eating and drinking, and take this with you to the appointment
- b) Make a list of which foods you or your loved one feel comfortable eating and a list of which foods you/they avoid, take these with you to the appointment

**You can take someone supportive with you to the appointment.** The professional you see may ask to see you on your own for some of the appointment, and we encourage your support person to re-join you when discussing what the next steps will be. If you have any questions, then contact the service beforehand, they will be happy to answer your questions. The person you see may need to weigh you during the appointment. They may need to see you a second time to continue the assessment process. Try to share as much information as you can so that the service understands fully what you are experiencing and what support and treatment will be most helpful.



# BOOKS

## **“Rehabilitate, Rewire, Recover” by Tabitha Farrar (for teenagers and adults with anorexia)**

Nutritional rehabilitation to heal the body and neural rewiring to shift neural pathways of restriction, exercise compulsions, and anorexia-generated thoughts and behaviours in the brain. Using experience from her own recovery, and accounts from adults whom she has worked with as a recovery coach, Tabitha Farrar takes you through the process of building your own, personalised, recovery. As well as non-traditional ideas and concepts, this book delivers a “toolkit” to help with the neural rewiring process, and action-based ideas to help you eat without restriction.

## **“Overcoming Binge Eating” by Chris Fairburn (for teenagers and adults with bulimia or binge eating disorder)**

This bestseller provides information to understand binge eating and bring it under control, whether you are working with a therapist or on your own. Clear, step-by-step guidelines show you how to:

Overcome the urge to binge

Gain control over what and when you eat

Break free of strict dieting and other habits that may contribute to binges

Establish stable, healthy eating patterns

Improve your body image and reduce the risk of relapse

## **“Help Your Teenager Beat an Eating Disorder” by James Lock and Daniel le Grange (for families of teenagers with anorexia or bulimia)**

If your teenager shows signs of having an eating disorder, you may hope that, with the right mix of love, encouragement, and parental authority, he or she will just “snap out of it”. If only it were that simple. This book presents evidence that your involvement as a parent is critical. In fact, it may be the key to conquering your child’s illness. It also provides the tools you need to build a united family front that attacks the illness to ensure that your child develops nourishing eating habits and life-sustaining attitudes, day by day, meal by meal. Full recovery takes time, and relapse is common. But whether your child has already entered treatment or you’re beginning to suspect there is a problem, this book gives guidance on how to take action.



## **“Skills-based Caring for a Loved One With an Eating Disorders: The New Maudsley” by Janet Treasure & Gráinne Smith**

**(for families of adults with anorexia or bulimia)**

This book equips carers with the skills and knowledge needed to support those who have an eating disorder, and to help them to break free from the traps that prevent recovery. Through a coordinated approach, it offers detailed techniques and strategies, which aim to improve professionals’ and carers’ ability to build continuity of support for their loved ones. Using evidence-based research and personal experience, the authors advise the reader on a number of difficult areas in caring for someone with an eating disorder. This new and updated edition is essential reading for both professionals and families involved in the care and support of anyone with an eating disorder.

## **“Food Refusal and Avoidant Eating in Children, Including Those With Autism Spectrum Conditions: A Practical Guide for Parents and Professionals” by Gillian Harris & Elizabeth Shea**

**(for families of children with autism and ARFID)**

Many children with Autism Spectrum Disorder (ASD) have a restricted dietary range, and this book provides parents with advice and training on how to deal with this condition and achieve a healthier and more balanced diet. Now described as Avoidant or Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), it is due to sensory hypersensitivity, and it can impact upon the health of the child, upon the family, and upon social integration.

Based upon successful training packages the authors provide for parents and professionals, this book enables the reader to understand the condition and work with it, gradually increasing the range of food a child is able to eat. It includes case studies, points of interest and action points to make this an accessible and resourceful read.

## **“Anorexia and Other Eating Disorders: How to Help Your Child Eat Well and Be Well” by Eva Musby**

**(for families of children with autism and anorexia and bulimia)**

With a wealth of practical examples and tips that have helped many tens of thousands of relieved parents, this book guides you through each stage of your son or daughter’s recovery. It provides solace and confidence, while addressing the real-life questions that parents struggle with.

The practical and emotional strategies in every chapter rest on up-to-date knowledge distilled from published research, from families, and from therapists worldwide. With her lived experience and that of the hundreds of parents she has coached, Eva Musby aims to empower families to be effective right away, from the first successful meal all the way through to recovery.



# WEBSITES

**F.E.A.S.T.** <https://www.feast-ed.org>

The global support and education community of and for parents of those with eating disorders. Of particular value is their 'First 30 Days' programme, which aims to transform parents into empowered caregivers in 30 days. You will receive 30 emails over 30 days with approximately 30 minutes per day of learning materials. In addition to reading, you will receive links to video and audio content from F.E.A.S.T. and from other trusted sources.

**Beat website** <https://www.beateatingdisorders.org.uk>

Beat's **national helpline** exists to encourage and empower people to get help quickly. People can contact Beat online or by phone 365 days a year. They listen to them, help them to understand the illness, and support them to take positive steps towards recovery. They also support family and friends, equipping them with essential skills and advice, so they can help their loved ones recover whilst also looking after their own mental health.

In particular, this page of the Beat website provides information and advice for GPs, people with eating disorders and their families/supporters about the process of having an initial appointment with a GP and making a referral:

<https://beat.contentfiles.net/media/documents/gp-leaflet-website.pdf>

**ARFID Awareness UK** <https://www.arfidawarenessuk.org>

They are the UK's only registered charity dedicated to raising awareness and furthering information about Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. As a not-for-profit organisation, they work to provide individuals, parents, carers and medical professionals with up-to-date relevant information, research and support.

**MaleVoiceED** <https://www.malevoiced.com>

MaleVoiceED is a charity which recognises and values the lived experience of males who have experienced, or are experiencing, eating and exercise related difficulties and associated conditions. MaleVoiceED is all about the awareness and support of males with eating disorders, disordered eating and comorbid conditions. It enables peer support groups to encourage recovery and delivers a portfolio of training.

**Eva Musby: Helping You Free Your Child of an Eating Disorder**

<https://www.anorexiafamily.com>

Help for parents of children and teens suffering from anorexia and other eating disorders.

**NICE Guidance** <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

This guideline from the National Institute for Health and Care Excellent covers assessment, treatment, monitoring and inpatient care for children, young people and adults with eating disorders. It aims to improve the care people receive by detailing the most effective treatment for anorexia nervosa, binge eating disorder and bulimia nervosa.

## USEFUL FREE APPS



### Recovery Record

This app allows you to record your meals and snacks, as well as your thoughts, feelings and urges through the day. It has a large range of features.



### Rise Up + Recover

This app helps you record your meals and feelings.



### Mindshift CBT

Specifically designed to help teens and young adults deal with anxiety in a healthy way.



### CBT Thought Diary

This app is a journal that uses effective tools from Cognitive Behavioural Therapy to help you challenge your thoughts to increase your happiness and well-being.



### What's Up? – A Mental Health App

Combines tools from CBT and acceptance commitment therapy (ACT) to help deal with feelings of depression, anger, stress and anxiety. It helps identify negative thinking patterns, put a current issue into perspective and rate feelings of the day.



### The Mindfulness App

Helps you become more present in your life, mindfulness helps you maintain a moment-by-moment approach to life.



### Stop, Breathe, and Think

A meditation app with information on the types and benefits of meditation and mindfulness.



### Headspace

A meditation app made simple, which has shown to help people feel less stressed, focus more and sleep better



### MyCare

Information and support for carers to work towards their own recovery and well-being

# ANHWYLDERAU BWYTA

## Canllaw Cyflym ac Arweiniad ar Atgyfeirio



O blith yr holl gyflyrau seiciatrig, gwyddom mai anhwylderau bwyta sy'n arwain at y **rîsg fwyaf o farwolaeth**. Mae adnabod y cyflwr yn gynnwys ac atgyfeirio unigolion yn eu blaen yn hanfodol os ydych chi am weld yr unigolion hyn yn gwella.

## HANES



Fel rheol, **anamli iawn y bydd cleifion sy'n dioddef o anhwylder bwyta yn dweud hynny wrthynt yn syth**. Yn hytrach, byddant yn amlach na pheidio yn arddangos amrywiaeth o broblemau iechyd corfforol a meddyliol. Ein gwaith ni yw rhoi'r darnau gyda'i gilydd ac ystyried ai anhwylder bwyta sydd wrth wraidd y broblem.

**Pethau allweddol i'w harchwilio er mwyn helpu i gadarnhau neu ddiystyru anhwylder bwyta:**

**Ymddygiad:** A yw'r unigolyn yn bwyta llai o fwyd, a yw'n ymwrthod â rhai grwpiau bwyd, a yw'n teimlo fel pe bai'n colli rheolaeth dros beth mae'n bwyta, a yw'n gwneud gormod o ymarfer corff, yn chwydu, yn defnyddio carthyddion, a yw'n osgoi defnyddio inswlin er bod ganddo diabetes math 1 er mwyn rheoli ei bwysau?

**Perthynas yr unigolyn â bwyd, yn awr ac yn y gorffennol** - gwagedd, arogl, blas, diddordeb mewn bwyd/pwysigrwydd bwyd, unrhyw newidiadau diweddar?

**Yr effaith** a gaiff hyn ar deulu'r claf a'i fywyd yn gyffredinol.

**Ofn:** Ofn ennill pwysau neu fynd yn fwy? Colli màs y cyhyrau? Ofn chwydu neu dagu?

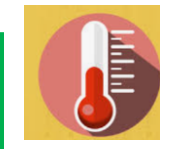
Bydd **hanes ychwanegol** gan bobl arwyddocaol eraill yn amhriiadwy. A yw personoliaeth yr unigolyn wedi newid, a yw'n fwy tawedog, a yw wedi colli diddordeb mewn gweithgareddau, a yw ei deulu/cyfeillion yn poeni amdano?



## ARSYLWI

A yw hi'n ymddangos fel pe bai pwysau'r unigolyn wedi newid? Arwyddion o ddiffyg maethiad? Deintiad gwael?

## ARCHWILIAD



Pwysau, taldra, BMI, pwysedd gwaed a phwls (wrth orwedd ac wrth sefyll), tymheredd.

Profion gwaed ac ECG (nid ar gyfer plant, oni bai bod yna angen clinigol yn ystod y cam hwn) er mwyn diystyru clefyd organig. Unrhyw risg o syndrom ailfwydo (dim, neu fawr ddim, bwyd yn ystod y dyddiau diwethaf)?



## RISG

Trwy gymhathu'r wybodaeth uchod i gyd, pennwch lefel y risg er mwyn llywio'r dull rheoli.

**RISG UCHEL** os oes yna ddirywiad corfforol sylweddol neu risg o syndrom ailfwydo – Anfonwch yr unigolyn i gael sylw meddygol / pediatriig.

**RISG UCHEL** os oes yna ddiffyg dealltwriaeth o'i gyflwr, ar y cyd â dirywiad corfforol. A oes modd i'r unigolyn wneud penderfyniadau gwrthrychol ynglŷn â'i iechyd? Ceisiwch wybodaeth gan y teulu a phobl arwyddocaol eraill.

Trafodwch yr achos yn uniongyrchol gyda'r gwasanaethau iechyd meddwl, gyda golwg ar gynnal Asesiad y Ddeddf Iechyd Meddwl. Fel arall, bydd atgyfeirio'r unigolyn trwy'r llwybrau arferol yn ddigonol.

## ADNODDAU



**Beat:** Ar gyfer unrhyw blant ac oedolion sydd ag anhwylder bwyta, ynghyd â'u teuluoedd ([www.beateatingdisorders.org.uk](http://www.beateatingdisorders.org.uk))

**FEAST:** Ar gyfer teuluoedd unrhyw blant ac oedolion sydd ag anhwylder bwyta ([www.feast-ed.org](http://www.feast-ed.org))

**ARFID Awareness:** Ar gyfer plant ac oedolion sydd ag 'Anhwylder osgoi bwyta/cyfyngu ar faint rydych chi'n ei fwyta', ynghyd â'u teuluoedd ([www.arfidawarenessuk.org](http://www.arfidawarenessuk.org))

CANLLAWIAU AR ANHWYLDERAU BWYTA  
AR GYFER MEDDYGON TEULU

MYNEGAI

Anhwylderau bwyta: diagnosis ac ymgyflwyniadau	22-23
Asesiad risg meddygol	24-30
Pa wybodaeth y dylid ei chynnwys wrth atgyfeirio	30
Llwybrau eich Bwrdd Iechyd ar gyfer anhwylderau bwyta	31
Yr hyn y dylid ei wneud ar ôl atgyfeirio	32
Pethau i'w gwneud a'u hosgoi wrth gynorthwyo rhywun sydd ag anhwylder bwyta	32
Camau newid a deuoliaeth teimlad/pryder ynglŷn â'r driniaeth	33
Cefnogi pobl sydd ag anhwylder bwyta ac sy'n cael eu rhyddhau o'r gwasanaethau arbenigol	34

<i>Atodiad:</i>	35-39
<i>Adnoddau ar gyfer cleifion, teuluoedd/cefnogwyr a gweithwyr proffesiynol (i'w hargraffu a'u rhoi i gleifion a theuluoedd)</i>	

# Anhwylderau Bwyta: Diagnosis ac Ymglyfwyniadau

## ANORECSIA

Rhaid i 3 nodwedd fod yn bresennol er mwyn gwneud diagnosis o anorecsia nerfosa:

1. Mae'r unigolyn yn cyfyngu'n barhaus ar ei gymeriant ynni, gan arwain at bwysau corff isel iawn (o gymharu â'r hyn y gellid ei ddisgwyl o ystyried oedran, trywydd datblygiad rhyw, ac iechyd corfforol)
2. Naill ai mae'r unigolyn yn ofni'n fawr y bydd yn ennill pwysau neu'n mynd yn dew, neu mae'n arddangos ymddygiad parhaus sy'n ei atal rhag ennill pwysau
3. Mae gan yr unigolyn anhawster o ran y modd mae'n ystyried ei bwysau / siâp ei gorff, mae ei bwysau a siâp ei gorff yn dylanwadu'n ormodol ar ei hunanwerthusiad, neu mae'n methu â chydabod pa mor ddifrifol yw ei bwysau corff isel yn gyson

Is-deipiau:

Math cyfyngol

Math gorfwyta mewn pyliau/carthu

## BWLIMIA

Mae'r diagnosis yn seiliedig ar y canlynol:

1. Pyliau rheolaidd o orfwyta h.y. y ddwy elfen ganlynol:  
O fewn cyfnod penodol (e.e. o fewn cyfnod o ddwy awr), mae'n bwyta swm o fwyd sydd yn bendant yn fwy nag y byddai'r rhan fwyaf o bobl yn ei fwyta yn ystod cyfnod tebyg ac mewn amgylchiadau tebyg  
Mae'n teimlo nad oes ganddo reolaeth dros y ffaith ei fod yn bwyta gormod yn ystod y pwl h.y. mae'n teimlo na all roi'r gorau i fwyta, na rheoli beth na faint mae'n ei fwyta
2. Ymddygiad cydbwysu rheolaidd i'w atal rhag ennill pwysau e.e. gwneud iddo'i hun chwydu, camddefnyddio carthyddion, diwretigion neu feddyginiaethau eraill, ymprydio, teimlo gorfodaeth i wneud ymarfer corff, peidio â chymryd inswlin
3. Mae'r gorfwyta mewn pyliau a'r ymddygiadau cydbwysu hyn yn digwydd o leiaf unwaith yr wythnos am gyfnod o 3 mis (ar gyfartaledd)
4. Mae ei bwysau a siâp ei gorff yn dylanwadu'n ormodol ar ei hunanwerthusiad
5. Mae ei BMI yn yr ystod iach neu uwch

## ANHWYLDER GORFWYTA MEWN PYLIAU

Rhaid i'r unigolyn arddangos y canlynol:

1. Pyliau rheolaidd o orfwyta
2. Mae'r pyliau o orfwyta'n cynnwys 3 elfen neu fwy o blith y canlynol:
  - Bwyta'n llawer cyflymach nag arfer
  - Bwyta hyd nes y bydd yn teimlo'n anghyfforddus o lawn
  - Bwyta llawer o fwyd pan na fydd yn teimlo'n llwglyd
  - Bwyta ar ei ben ei hun gan ei fod yn cywilyddio ei fod yn bwyta cymaint
  - Teimlo ffieidd-dod, iselder neu euogrwydd mawr wedyn
3. Gofid ynglŷn â gorfwyta mewn pyliau
4. Mae'r gorfwyta'n digwydd o leiaf unwaith yr wythnos am gyfnod o 3 mis ar gyfartaledd
5. NID yw'n arddangos ymddygiadau cydbwysu yn rheolaidd

**Sylwer:** Mae Anhwylder Gorfwyta mewn Pyliau (BED) yn llawer llai cyffredin na BWYTA GORMOD, ond mae'n llawer mwy difrifol na bwyta gormod. Mae Anhwylder Gorfwyta mewn Pyliau'n esgor ar fwy o ofid ynglŷn â'r ymddygiad bwyta, ac fel arfer ceir problemau seicolegol sy'n cyd-ddigwydd.

## ARFID (Anhwylder osgoi bwyta/cyfyngu ar faint rydych chi'n ei fwyta)

A) Methu diwallu anghenion o ran maeth a/neu egni, megis:

Colli llawer o bwysau

Diffyg maeth

Dibyniaeth ar atchwanegiadau maeth a gymerir trwy'r geg

Amharu ar weithrediad seicogymdeithasol

B) Nid yw'r anawsterau'n deillio o ddiffyg bwyd sydd ar gael nac unrhyw arferion diwylliannol

C) Ni cheir tystiolaeth o unrhyw aflonyddu o ran y modd mae'n ystyried ei bwysau neu siâp ei gorff

D) Nid cyflwr meddygol neu anhwylder meddwl arall sydd wrth wraidd y broblem fwyta

## Dulliau 'answyddogol' o ddiagnosio ymgyflwyniadau penodol

Caiff y termau hyn eu defnyddio'n gyffredin yn y gwasanaethau a chan y cyhoedd. Nid ydynt yn gategorïau diagnostig swyddogol, ond maent yn disgrifio gwahanol fathau o anhwylderau bwyta a gefnogir gan wasanaethau anhwylderau bwyta.

**Orthorecsia:** Osgoi bwydydd y credir nad ydynt yn iach, gan arwain at ddewis cyfyngedig iawn o fwydydd ac at bwysau isel a/neu ddiffyg maethiad

**Bigorecsia:** Canolbwyntio mewn modd obsesiynol ar gynyddu màs y cyhyrau a gweithgareddau a fydd yn arwain at fagu cyhyrau

**T1DE:** Pobl sydd â diabetes math 1 yn peidio â chymryd inswlin, fel ffordd o ostwng/rheoli eu pwysau

# Asesiad Risg Meddygol

Fframwaith Asesu Risg ar gyfer Pobl Ifanc ag Anhwylderau Bwyta  
(yn seiliedig ar ganllawiau 'Junior MARSIPAN')

	<b>COCH (Risg Uchel)</b>	<b>OREN (Rhybudd – Pryder Uchel)</b>	<b>GWYRDD (Risg Gymedrol)</b>	<b>GLAS (Risg Isel)</b>
BMI a Phwysau	Canran BMI canolrif <70% (yn fras, islaw canradd BMI 0.4 <sup>y<sup>dd</sup></sup> )  Wedi colli 1kg o bwysau neu fwy yr wythnos yn ddiweddar am bythefnos yn olynol	Canran BMI canolrif 70-80% (yn fras, rhwng canradd BMI 2 <sup>il</sup> a 0.4 <sup>y<sup>dd</sup></sup> )  Wedi colli 500-999kg o bwysau yr wythnos yn ddiweddar am bythefnos yn olynol	Canran BMI canolrif 80-85% (yn fras, canradd BMI 9 <sup>fed</sup> -2 <sup>il</sup> )  Wedi colli hyd at 500g o bwysau yr wythnos yn ddiweddar am bythefnos yn olynol	Canran BMI canolrif >85% (yn fras, uwchlaw canradd BMI 9 <sup>fed</sup> )  Heb golli pwysau yn ystod y pythefnos diwethaf
lechyd cardiofasgwlaidd	Cyflymder y galon (pan yn effro) <40 bpm <sup>a</sup>  Hanes o lesmair rheolaidd; newidiadau orthostatig sylweddol (gostyngiad o 20mmHg neu fwy mewn pwysedd gwaed systolig, neu islaw canraddau 0.4-2 ar gyfer yr oedran, neu gynnydd o >30 bpm yng nghyflymder y galon)	Cyflymder y galon (pan yn effro) 40-50 bpm  Pwysedd gwaed wrth eistedd: systolig canradd <0.4 (84-98mmHg yn dibynnu ar oedran a rhywedd <sup>b</sup> ); diastolig canradd <0.4 (35-40mmHg yn dibynnu ar oedran a rhywedd <sup>a</sup> )  Llesmair achlysurol; newidiadau cardiofasgwlaidd orthostatig cymedrol (gostyngiad o 15mmHg neu fwy mewn pwysedd gwaed systolig, neu ostyngiad o 10mmHg neu fwy mewn pwysedd gwaed diastolig o fewn 3 munud i sefyll, neu gynnydd o hyd at 30bpm yng nghyflymder y galon)	Cyflymder y galon (pan yn effro) 50-60bpm  Pwysedd gwaed wrth eistedd: systolig canradd <2 (98-105mmHg yn dibynnu ar oedran a rhywedd <sup>a</sup> ); diastolig canradd <2 (40-45mmHg yn dibynnu ar oedran a rhywedd <sup>a</sup> )  Symptomau cyn llesmair, ond newidiadau cardiofasgwlaidd orthostatig normal	Cyflymder y galon (pan yn effro) >60 bpm  Mae'r pwysedd gwaed wrth eistedd yn normal o ystyried yr oedran a'r rhywedd – gweler y siartiau canraddau <sup>a</sup>  Newidiadau cardiofasgwlaidd orthostatig normal



	Mae rhythm y galon yn afreolaidd (heb gynnwys arhythmia sinws)		Y traed a'r dwylo'n oer; angen amser estynedig i ail-lenwi capilarïau'r traed a'r dwylo (amser arferol ar gyfer llenwi'r capilarïau canolog)	
Annormaleddau yn yr ECG	QTc>460ms (merched) neu 400ms (bechgyn) gyda thystiolaeth o fradyarhythmia neu dacyarhythmia (heb gynnwys bradycardia sinws ac arhythmia sinws); tystiolaeth ECG neu annormaledd biocemegol	QTc>460ms (merched) neu 400ms (bechgyn)	QTc<460ms (merched) neu 400ms (bechgyn) a chymryd meddyginiaeth y gwyddys ei bod yn ymestyn yr ysbaid QTc, hanes teuluol o QTc estynedig neu fyddardod synhwyradd-niwrol	QTc<460ms (merched) neu 400ms (bechgyn)
Statws hydradu	Gwrthod hylif Dadhydradiad difrifol (10%): llai o wrin, ceg sych, llai o chwydd-dyndra yn y croen, llygaid wedi suddo yn y pen, anadlu cyflym, tacycardia <sup>c</sup>	Cyfyngu'n fawr ar hylif Dadhydradiad cymedrol (5-10%): llai o wrin, ceg sych, chwydd-dyndra normal yn y croen, peth anadlu cyflym, peth tacycardia <sup>c</sup> , oedema yn y traed a'r dwylo	Cyfyngu ar hylif Rhywfaint o ddadhydradiad (<5%): efallai y bydd y geg yn sych neu efallai na fydd yn dioddef o ddadhydradiad mewn termau clinigol, ond ceir pryderon ynglŷn â risg dadhydradiad gyda chydbwysedd hylif negyddol	Nid yw'n dioddef o ddadhydradiad mewn termau clinigol
Tymheredd	<35.5°C yn y glust neu 35.0°C o dan y gesail	<36°C		

Annormaleddau biocemegol	hypophosphataemia, hypocalaemia, hypoalbuminaemia, hypoglycaemia, hyponatraemia, hypocalcaemia	hypophosphataemia, hypocalaemia, hyponatraemia, hypocalcaemia		
Ymddygiadau bwyta di-drefn	Gwrthod bwyd yn daer neu fwyta oddeutu 400-600kcal y dydd	Cyfyngu'n fawr ar fwyd (llai na 50% y cymeriant angenrheidiol), chwydu, carthu trwy ddefnyddio carthyddion	Cyfyngu ar fwyd ar lefel gymedrol, gorfwyta mewn pyliau	
Ymgysylltu â'r cynllun rheoli	Ymddygiad treisgar pan fo'r rhieni'n ceisio cyfyngu ar ei ymddygiad neu'n ei annog i gymryd bwyd/diod, trais o du'r rhieni mewn perthynas â bwydo (taro, bwydo drwy orfodaeth)	Dealltwriaeth wael o broblemau bwyta, dim cymhelliant i fynd i'r afael â phroblemau bwyta, gwrthod y newidiadau sy'n angenrheidiol er mwyn ennill pwysau, ni all y rhieni weithredu'r cyngor a gawsant gan ddarparwyr gofaliach mewn perthynas â chynlluniau prydau bwyd	Peth dealltwriaeth o broblemau bwyta, peth cymhelliant i fynd i'r afael â phroblemau bwyta, deuliaeth teimlad o ran y newidiadau sy'n angenrheidiol er mwyn ennill pwysau, ond nid yw'n eu gwrthod yn weithredol	Peth dealltwriaeth o broblemau bwyta, cymhelliant i fynd i'r afael â phroblemau bwyta, nid yw ei ymddygiad yn dangos deuliaeth teimlad o ran y newidiadau sy'n angenrheidiol er mwyn ennill pwysau
Gweithgarwch ac ymarfer corff	Lefelau uchel o ymarfer corff direolaeth yng nghyd-destun diffyg maethiad (>2 awr y dydd)	Lefel gymedrol o ymarfer corff direolaeth yng nghyd-destun diffyg maethiad (>1 awr y dydd)	Lefelau isel o ymarfer corff direolaeth yng nghyd-destun diffyg maethiad (<1 awr y dydd)	Dim ymarfer corff direolaeth
Hunan-niweidio a hunanladdiad	Hunanwenwyno, syniadau hunanladdol gyda risg gymedrol-uchel o gyflawni hunanladdiad	Hunandorri neu ymddygiadau tebyg, syniadau hunanladdol gyda risg isel o gyflawni hunanladdiad		

Cyflyrau iechyd meddwl eraill sydd wedi'u diagnosio		Cyd-ddiagnosis seiciatrig pwysig arall e.e. OCD, seicosis, iselder ysbryd		
Gwendid cyhyrol – Prawf SUSS				
Codi ar ei eistedd o orwedd ar wastad ei gefn	Methu codi ar ei eistedd o orwedd ar wastad ei gefn (sgôr o 0)	Methu codi ar ei eistedd heb ddefnyddio'i freichiau (sgôr o 1)	Methu codi ar ei eistedd heb anhawster sylweddol (sgôr o 2)	Mae'n gallu codi ar ei eistedd o orwedd ar wastad ei gefn heb unrhyw anhawster (sgôr o 3)
Codi ar ei draed o'i gwrcwd	Methu codi o gwbl o'i gwrcwd (sgôr o 0)	Methu codi heb ddefnyddio'i freichiau (sgôr o 1)	Methu codi heb anhawster sylweddol (sgôr o 2)	Mae'n gallu codi ar ei draed o'i gwrcwd heb unrhyw anhawster (sgôr o 3)
Arall	Dryswch a deliriwm, pancreatitis aciwt, rhwyg yn y stumog neu'r oesoffagws	Rhwyg Mallory-Weiss, adlif gastro-oesoffagaidd neu gastritis, briwiau pwyso	Anhawster rhoi sylw i bethau ac anhawster canolbwytio	

BMI - Mynegai Màs y Corff; bpm – curiad y munud; ECG – electrocardiogram;

OCD - anhwylder gorfodaeth obsesiynol; SUSS - Eistedd, Cyrcydu, Sefyll

- Mae cleifion sydd â chyflymder calon amhriodol o uchel ar gyfer eu pwysau isel yn wynebu risg uwch fyth (hypofolemia). Efallai hefyd y bydd cyflymder y galon yn cael ei gynyddu'n fwriadol trwy yfed gormod o gaffein mewn coffi neu ddiodydd eraill.
- Jackson, L. V., Thalange, N. K. & Cole, T. J. (2007) Blood pressure centiles for Great Britain. Archives of Disease in Childhood, 92, 298-303.
- Neu gyflymder calon normal amhriodol mewn person ifanc sydd o dan ei bwysau.

**Darllenwch y ddogfen “Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa” (a gyhoeddwyd yn 2012 gan Goleg Brenhinol y Seiciatryddion) i gael canllawiau llawn ar reoli plant a phobl ifanc ag anorecsia.**

## Canllawiau Rheoli Risg SLAM (*South London and Maudsley*) ar gyfer Anhwylderau Bwyta mewn Oedolion

SYSTEM	Prawf neu Archwiliad	Pryder	Rhybudd
Maethiad	BMI	<14	<12
	Y pwysau a gollir bob wythnos	>0.5kg	>1.0kg
	Dirywiad yn y croen	>0.1cm	>0.2cm
	Pwrpwra		+
Cylchrediad	Pwysedd gwaed systolig	<90	<80
	Pwysedd gwaed diastolig	<70	<60
	Gostyngiad yn y pwysedd gwaed ar ôl codi (eistedd – sefyll)	>10	>20
	Cyflymder y pwls	<50	<40
	Dwylo a thraed		Glas tywyll oer
Cyhyrsgerbydol (prawf cyrcydu a phrawf codi ar ei eistedd)	Methu codi heb ddefnyddio'i freichiau i gadw cydbwysedd	+	
	Methu codi heb ddefnyddio'i freichiau i gael nerth		+
	Methu codi ar ei eistedd heb ddefnyddio'i freichiau i gael nerth	+	
	Methu codi ar ei eistedd o gwbl		+
Tymheredd		<35C <98.0F	<34.5 <97.0F
Mêr esgyrn	WCC	<4.0	<2
	Nifer y niwtroffilau	<1.5	<1.0
	Hb	<11	<9.0
	Gostyngiad aciwt mewn Hb (MCV ac MCH yn uwch – dim risg aciwt)		+
	Platennau	<130	<110
Y cydbwysedd o ran halen / dŵr	K+	<3.5	<3.0
	Na+	<135	<130
	Mg++	<0.5-0.7	<0.5
	PO4--	<0.5-0.8	<0.5
	Wrea	>7	>10
Yr afu	Bilirwbin	>20	>40
	Alcpase	>110	>200
	AsT	>40	>80
	ALT	>45	>90
	GGT	>45	>90
Maethiad	Albwmin	<35	<32
	Cinas Creatinin	>170	>250
	Glwcos	<3.5	<2.5
Diagnosis gwahaniaethol	TFT		
	ESR		
ECG	Cyflymder y pwls	<50	<40
	Ysbeidiau QTC wedi'u cywiro		>450 msec
	Arythmia		+

**Tabl 1.**

Canllawiau NICE (2004)

A guide for Medical Risk Assessment for Eating Disorders, Treasure SLAM (2004)

**Mae Risg Feddygol yn deillio o gyfuniad o ymddygiadau cyfyngol (bwyd, ac mewn ambell achos, hylif) ac ymddygiadau cydbwysu:**

- Gormod o ymarfer corff gyda phwysau isel
- Gwaed yn y chŵyd
- Ddim yn yfed digon o hylif mewn cyfuniad â bwyta'n wael
- Colli pwysau'n gyflym

**Mae BMI neu Fynegai Mâs y Corff (pwysau/taldra mewn metrau sgwâr) yn ffordd o fesur risg feddygol mewn perthynas ag anorecsia nerfosa. Fel un dull o fesur ar ei ben ei hun, mae ganddo'i gyfyngiadau.**

- Y posibilrwydd y bydd yr unigolyn yn twyllo (yfed llawer o ddŵr)
- Mae'n llai dibynadwy pan fo'r newid yn y pwysau'n digwydd yn gyflym
- Mae'n llai dibynadwy yn achos unigolion byr iawn neu dal iawn
- Risg uwch ar gyfer pob ystod BMI ymhlith dynion (talach)
- Mae BMI plant yn is\*
- Mae'n llai dibynadwy yn achos bwlimia
- Mae'n llai dibynadwy os cyfyngir ar hylif
- Mae'n llai dibynadwy os oes yna gydafiachedd corfforol
- Nid yw BMI yn hollbwysig o ran y risgiau sy'n gysylltiedig â chydbwysedd electrolytau a hylif

\*Mewn plant a phobl ifanc, y torbwynt ar gyfer BMI mewn perthynas â diagnosis yw pwysau a thaldra islaw ail ganradd BMI. Mae modd cael siartiau canraddau ar y we ar gyfer UDA (mae'r drydedd ganradd wedi'i darlunio). [www.cdc.gov/growthcharts/](http://www.cdc.gov/growthcharts/)

Argymhellir y canlynol ar gyfer asesiad risg cyflym. Dylid ailadrodd y broses yn fynych, fel bo'r angen:

- BMI
- Pwysedd gwaed a chyflymder y pwls
- Cryfder y cyhyrau (gweler isod)
- Yn achos y rhai sy'n wynebu risg uchel, dylid archwilio'u croen a chymryd eu tymheredd
- Archwiliad corfforol llawn gan chwilio, e.e. am haint (sylwer: gall y tymheredd fod yn normal) ac arwyddion o ddiffyg maeth.

**Profion ar gyfer cryfder y cyhyrau: (gweler tabl 1 ar gyfer y dull sgorio)**

Prawf cyrcydu a sefyll

Gofynnir i'r claf gyrcydu ac yna gofynnir iddo sefyll ar ei draed heb ddefnyddio'i freichiau i gael nerth, os oes modd

Prawf codi ar ei eistedd

Bydd y claf yn gorwedd ar wastad ei gefn ar arwyneb caled, fel y llawr, a rhaid iddo godi ar ei eistedd heb ddefnyddio'i ddwylo, os oes modd

## Archwiliadau

Bydd angen archwilio'r cyfrif gwaed llawn a'r elfennau cemegol (FBC, ESR, U&E, Cr, CK, Gluc, LFTs) yn aml:

- os yw'r claf mewn categori risg uwch ar sail asesiad blaenorol, neu
- os oes ganddo BMI <15, neu
- os yw ei BMI yn llai dibynadwy oherwydd y nodweddion a nodir uchod, neu
- os oes ganddo hanes o garthu.

Argymhellir ECG os yw ei BMI <14 ac os oes cyffuriau a all effeithio ar yr ysbaid QT wedi cael eu rhagnodi.

Darllenwch y ddogfen "MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, 2<sup>nd</sup> ed" (a gyhoeddwyd yn 2014 gan Golegau Brenhinol y Seiciatryddion, y Meddygon a'r Patholegwyr) i gael canllawiau llawn ar reoli oedolion ag anorecsia.

## Pa Wybodaeth y Dylid ei Chynnwys Wrth Atgyfeirio

Yn yr wybodaeth a fydd yn ategu eich atgyfeiriad, cofiwch gynnwys y manylion canlynol:

- **Patrwm bwyta'r claf:** A yw'n cyfyngu ar faint o fwyd mae'n ei fwyta? (Os felly, sut? e.e. A yw'n osgoi mathau arbennig o fwydydd, neu'n cyfyngu ar ei gymeriant calorïau?) A yw'n gorfwyta mewn pyliau? A yw'n carthu (h.y. yn chwydu, yn cymryd carthyddion, yn teimlo gorfodaeth i wneud ymarfer corff, yn peidio â chymryd inswlin os oes ganddo diabetes), ac os felly, pa mor aml?
- **Dangosyddion risg corfforol:** Beth yw ei bwysau ar hyn o bryd? Sut mae ei bwysau wedi newid yn ystod y mis diwethaf? Os yw'r claf yn fenywaidd, a yw'n cael mislif yn rheolaidd? Beth yw canlyniadau'r profion gwaed perthnasol (cofiwch gynnwys HbA1C os oes gan y claf diabetes)?
- **Delwedd corff:** Sut mae'n teimlo ynglŷn â siâp ei gorff a'i bwysau ar hyn o bryd? A oes yna dystiolaeth ei fod yn canolbwyntio gormod ar siâp ei gorff neu ei fod yn anfodlon â siâp ei gorff (e.e. a yw'n pwysu'i hun yn aml a/neu'n edrych yn y drych yn aml, ymddygiadau eraill lle mae'n mynd ati i wirio'i gorff)?
- **Hanes o anawsterau bwyta:** Pryd dechreuodd y problemau bwyta? A ddigwyddodd rhywbeth ar y pryd a allai fod wedi sbarduno'r problemau hyn?
- **Amgylchiadau teuluol:** Beth yw ei sefyllfa deuluol/trefniadau byw? A yw'n cael cefnogaeth gan ei deulu? A yw'r teulu/cefnogwyr yn bryderus ynglŷn â'r claf?
- **Y cymhelliant i wella:** Beth mae'r claf yn ei geisio gan y gwasanaethau? A yw'n credu bod ganddo broblem/anhwylder bwyta? A yw wedi ceisio gwella'i batrwm bwyta? At beth mae'n anelu mewn perthynas â'i fwyta, ei bwysau a siâp ei gorff?

## Llwybrau Eich Bwrdd Iechyd Ar Gyfer Anhwylderau Bwyta (dylai'r gwasanaethau lenwi'r adran hon cyn dosbarthu'r ddogfen i'r meddygon teulu lleol)

Y tîm yn anfon atgyfeiriad ar gyfer plentyn o dan 18 oed  
(yn cynnwys rhif ffôn ar gyfer y tîm a sut i gyflwyno atgyfeiriad):

Y tîm yn anfon atgyfeiriad ar gyfer oedolyn dros 18 oed  
(yn cynnwys rhif ffôn ar gyfer y tîm a sut i gyflwyno atgyfeiriad):

Â phwy y dylid cysylltu i drafod plentyn o dan 18 oed sy'n wynebu risg uchel ac a all fod  
angen triniaeth yn syth:

Â phwy y dylid cysylltu i drafod oedolyn dros 18 oed sy'n wynebu risg uchel ac a all fod  
angen triniaeth yn syth:

### **Timau Pontio Anhwylderau Bwyta**

Mae gan bob Bwrdd Iechyd dîm pontio anhwylderau bwyta. Mae'r tîm hwn yn cynorthwyo pobl ifanc sydd ag anhwylderau bwyta, sydd ar fin cael eu pen-blwydd yn 18 oed ac sy'n debygol o fod angen triniaeth barhaus o dan y gwasanaethau i oedolion. Bydd y tîm pontio'n ymgysylltu â'r person ifanc, ei deulu, a'r gweithwyr iechyd proffesiynol sy'n gysylltiedig â'i ofal a'i driniaeth er mwyn gweld beth yw ei nodau a'i anghenion parhaus a chynllunio triniaeth a chymorth priodol. Os byddwch yn atgyfeirio person ifanc sydd ar fin cael ei ben-blwydd yn 18 oed, efallai y bydd yn cael ei atgyfeirio at y tîm pontio er mwyn cynllunio asesiad o dan y gwasanaethau i oedolion.

## Yr Hyn y Dylid Ei Wneud Ar Ôl Atgyfeirio

Ar ôl cwblhau'r atgyfeiriad, a thra bydd y claf/teulu yn aros am asesiad gan y gwasanaethau arbenigol, gwnewch y canlynol:

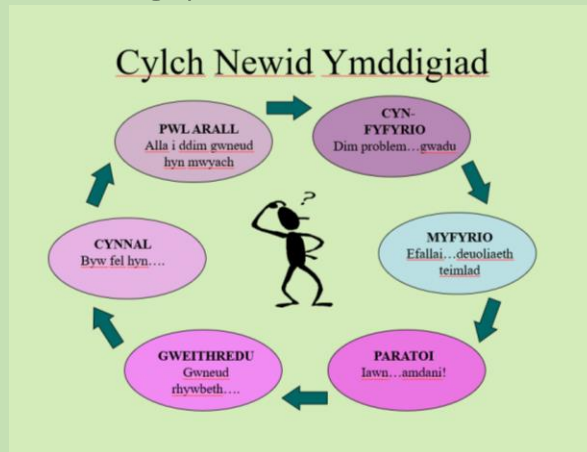
- Rhowch gopi o Atodiad y ddogfen hon i'r claf/teulu, gan eu hannog i'w ddarllen a defnyddio'r adnoddau sy'n berthnasol iddynt
- Trefnwch weld y claf yn wythnosol hyd nes y bydd ei asesiad gan y gwasanaethau arbenigol wedi'i gynnal, ewch ati i fonitro unrhyw newidiadau ynddo a rhowch wybod i'r gwasanaethau arbenigol am unrhyw newidiadau penodol
- Ewch ati i ymchwilio ymhellach i anhwylderau bwyta trwy ddefnyddio'r adnoddau a restrir yn yr atodiad

## Pethau I'w Gwneud A'u Hosgoi Wrth Gynorthwyo Rhywun Sydd ag Anhwylder Bwyta

- 1) Peidiwch â gwneud unrhyw sylw ynglŷn ag ymddangosiad na phwysau'r unigolyn. Ni waeth pa mor gadarnhaol neu galonogol y ceisiwch fod, fe fydd yr unigolyn yn dehongli'r hyn a ddywedwch fel "Rwyt ti'n dew!". Mae hi'n iawn ichi roi canmoliaeth benodol i'r unigolyn ynglŷn ag agweddau eraill ar ei ymddangosiad, e.e. ei wallt, ei ddillad, ei golur, neu rywbeth y mae'n dda am ei wneud etc.
- 2) Peidiwch â siarad am eich arferion bwyta eich hun nac arferion bwyta pobl eraill. Ni waeth pa mor dda yw eich bwriad, efallai y bydd clywed am arferion bwyta pobl eraill yn cryfhau awydd yr unigolyn i gystadlu a bwyta llai
- 3) Peidiwch â chael eich tynnu i drafodaethau'n ymwneud â phwysau, bwyd, siâp y corff etc. Pur anaml y bydd trafodaethau o'r fath yn ddefnyddiol, oherwydd gall y rhesymeg sydd wrth wraidd syniadau unigolion sy'n dioddef o anhwylder bwyta fod yn unochrog neu'n ystumiedig. Ceisiwch newid y pwnc a dywedwch wrth yr unigolyn eich bod yn osgoi'r trafodaethau hyn gydag ef, gan esbonio pam



# Camau Newid a Deuoliaeth Teimlad/Pryder Ynglŷn Â'r Driniaeth



## Deuoliaeth Teimlad

Mae'r camau adfer sy'n perthyn i anhwylderau bwyta yn dilyn y model Camau Newid sy'n debyg i fodolau caethiwed. Amcangyfrifir bod y rhan fwyaf o gleifion sy'n ymwneud â'r gwasanaethau anhwylderau bwyta wedi cyrraedd y Cam Myfyrio, a'u bod felly yn ansicr pa un a ydynt yn teimlo'n barod i adfer, pa un a allant lwyddo i adfer, neu pa un a ydynt yn teimlo'r angen i adfer. Hyd yn oed mewn achosion o'r fath, dylid atgyfeirio cleifion sydd yn y Cam Myfyrio – a hyd yn oed gleifion sydd yn y Cam Cyn-fyfyrio – at wasanaethau arbenigol, oherwydd gall y gwasanaethau hynny gynnig cymorth ac ymyriadau iddynt hwy a'u teuluoedd – sef cymorth ac ymyriadau a fydd yn addas i'r cam maent wedi'i gyrraedd.

## Mynegi Emosiynau

Pan fyddant yn mynychu apwyntiadau ac yn trafod eu pryderon, eu hymddygiadau bwyta ac opsiynau ar gyfer eu triniaeth, bydd cleifion sydd wedi cyrraedd y Cam Cyn-fyfyrio neu'r Cam Myfyrio yn teimlo amrywiaeth eang o emosiynau. Maent yn debygol o fynegi pryder, ofn, euogrwydd, cywilydd a dicter, yn ogystal ag emosiynau eraill, ac mae'n bosibl y bydd yr emosiynau hyn yn rhai dwys. Mae hi'n bwysig ichi wrando arnynt a dilysu'r emosiynau hyn, gan esbonio eich bod yn deall pam maent yn teimlo felly gan barhau hefyd i gyflawni eich cyfrifoldebau clinigol mewn modd digynnwrf a llawn parch.

## Amheuaeth Glinigol

Oherwydd y ddeuoliaeth y gall pobl ag anhwylderau bwyta ei theimlo, gall fod yn anodd iddynt fod yn gwbl agored a gonest ynglŷn â natur a graddau eu hanawsterau. O'r herwydd, bydd angen ichi roi'r darnau tystiolaeth gyda'i gilydd ar sail yr wybodaeth y maent yn ei rhoi ichi, yr wybodaeth a gewch gan bobl sy'n agos atynt, yr ymddygiadau y sylwch arnynt a'r dangosyddion meddygol, a hynny er mwyn llunio barn glinigol ynglŷn â natur eu cyflwr a beth yn union yw eu hanghenion. Gan y byddwch, yn ôl pob tebyg, yn gweithio gyda gwybodaeth anghyflawn (ac anghyson yn aml), mae hi'n bwysig ichi arfer cryn dipyn o amheuaeth ynghylch a ydynt yn dioddef o anhwylder bwyta, a dylech eu hatgyfeirio ar gyfer asesiad arbenigol neu gysylltu â'ch gwasanaethau arbenigol lleol i'w trafod, hyd yn oed os nad ydych yn siŵr a oes ganddynt anhwylder bwyta. Bydd y gwasanaeth arbenigol yn fwy na pharod i'ch cynghori.

## Cefnogi Pobl Sydd Ag Anhwylder Bwyta ac sy'n cael eu rhyddhau o'r gwasanaethau arbenigol

O dro i dro, bydd y gwasanaethau arbenigol yn rhyddhau pobl sy'n dal i ddiodef o anhwylder bwyta gan eu bod yn annhebygol o elwa ar unrhyw driniaeth neu gymorth pellach. Efallai y bydd y claf yn annhebygol o elwa ar driniaeth neu gymorth o'r fath gan ei fod yn y Cam Cyn-fyfyrio neu'r Cam Myfyrio, neu efallai ei fod wedi ymddieithrio oddi wrth y gwasanaethau arbenigol. Yn ddelfrydol, bydd y gwasanaeth arbenigol yn trafod y bwriad i ryddhau'r claf gyda chi ymlaen llaw. Os yw'r claf yn fodlon eich cyfarfod o dro i dro, gallech fod â rôl bwysig o ran:

- a) Cynghori'r claf a'i deulu ynghylch materion meddygol
- b) Trafod gyda'r claf a oes yna unrhyw newid yn ei allu/parodrwydd i ymgysylltu â'r gwasanaethau arbenigol a'r triniaethau sydd ar gael iddo
- c) Sicrhau bod y claf a'i deulu yn cael gwybodaeth am yr adnoddau sydd ar gael



Lluniwyd y canllawiau hyn o fewn GIG Cymru ar y cyd rhwng y Rhwydwaith Iechyd Meddwl, clinigwyr ar draws Byrddau Iechyd Cymru a rhai gyda profiad bywyd ac aelodau o'u teuluoedd.



## Atodiad: Gwybodaeth ac Adnoddau'n Ymwneud ag Anhwylderau Bwyta ar Gyfer Cleifion, Cefnogwyr / Teuluoedd a Gweithwyr Proffesiynol

**Os ydych wedi cael yr wybodaeth hon gan eich meddyg teulu**, yna mae eich meddyg teulu o'r farn y gallech chi, neu rywun sy'n agos atoch chi, fod yn dioddef o anhwylder bwyta. Bydd yr wybodaeth hon yn eich helpu i ddeall beth yn union yw anhwylderau bwyta, sut maent yn effeithio ar fywydau pobl, a'r hyn y gallwch ei wneud.

**Os yw eich meddyg teulu wedi atgyfeirio eich achos at y gwasanaeth arbenigol i'w asesu**, bydd yr wybodaeth hon yn dweud wrthy ch beth yn union y gallwch ei wneud yn awr wrth aros am yr asesiad. Gall y driniaeth ddechrau'n syth gyda'r camau a gymerwch o heddiw ymlaen, a'r peth gorau i'w wneud yw rhoi'r broses hon ar waith yn syth er mwyn ichi gael canlyniad da. Byddwch yn ymwybodol fod rhestrau aros o wythnosau neu fisoedd ar gyfer rhai gwasanaethau. Bydd rhai gwasanaethau'n gweld pobl yn fuan ar ôl yr atgyfeiriad er mwyn eu hasesu; yna, os cânt eu derbyn ar y gwasanaeth, byddant yn cael eu rhoi ar restr aros cyn dechrau ar y driniaeth. Bydd gwasanaethau eraill yn rhoi pobl ar restr aros cyn iddynt gael eu hasesu; ond os cânt eu derbyn ar y gwasanaeth, byddant yn dechrau ar y driniaeth yn syth ar ôl i'r asesiad gael ei gwblhau.

**Os byddwch yn mynychu asesiad**, gallwch baratoi ar gyfer yr apwyntiad trwy wneud y canlynol:

- a) Cadw rhestr ddyddiol o beth yn union (a faint) rydych chi neu eich anwylyd yn ei fwyta a'i yfed, a mynd â'r rhestr gyda chi i'r apwyntiad
- b) Gwneud rhestr o'r bwydydd rydych chi neu eich anwylyd yn teimlo'n gyfforddus yn eu bwyta, yn ogystal â rhestr o'r bwydydd rydych chi neu eich anwylyd yn eu hosgoi, a mynd â'r rhain gyda chi i'r apwyntiad

**Gallwch fynd â rhywun cefnogol gyda chi i'r apwyntiad.** Efallai y bydd y gweithiwr proffesiynol yn gofyn am gael eich gweld ar eich pen eich hun am ran o'r apwyntiad. Rydym yn annog eich cefnogwr i ailymuno â chi wrth drafod beth fydd y camau nesaf. Os bydd gennych unrhyw gwestiynau, cysylltwch â'r gwasanaeth ymlaen llaw – bydd y staff yn fwy na pharod i ateb eich cwestiynau. Efallai y bydd y sawl a fydd yn eich gweld angen eich pwysu yn ystod yr apwyntiad. Efallai hefyd y bydd angen eich gweld am yr eilwaith i barhau â'r broses asesu. Ceisiwch rannu cymaint o wybodaeth â phosibl er mwyn i'r gwasanaeth ddeall yn llwyr beth ddvch yn mynd trwyddo a sut fath o gymorth a thriniaeth fydd yn fwyaf defnyddiol.



# LLYFRAU

## **“Rehabilitate, Rewire, Recover” gan Tabitha Farrar**

### **(ar gyfer pobl ifanc yn eu harddegau ac oedolion ag anorecsia)**

Adferiad maethol i iacháu'r corff ac ailweirio niwral i newid y llwybrau niwral sy'n gysylltiedig â chyfyngu ar fwyta, gorfodaeth i wneud ymarfer corff, a meddyliau ac ymddygiadau a gaiff eu cynhyrchu yn yr ymennydd yn sgil anorecsia. Gan ddefnyddio profiad sydd wedi deillio o'i hadferiad hi ei hun, yn ogystal â hanesion gan oedolion mae hi wedi gweithio gyda nhw fel hyfforddwr adfer, mae Tabitha Farrar yn eich tywys trwy'r broses o adeiladu eich adferiad personol eich hun. Yn ogystal â chyflwyno syniadau a chysyniadau anhraddodiadol, mae'r llyfr hwn yn cynnig “pecyn cymorth” a all helpu gyda'r ailweirio niwral, ynghyd â syniadau seiliedig ar gamau i'ch helpu i fwyta'n ddigfyngiad.

## **“Overcoming Binge Eating” gan Chris Fairburn**

### **(ar gyfer pobl ifanc yn eu harddegau ac oedolion â bwlimia neu anhwylder gorfwyta mewn pyliau)**

Mae'r llyfr hynod lwyddiannus hwn yn cynnig gwybodaeth yn ymwneud â sut i ddeall gorfwyta mewn pyliau a sut i ddod ag ef o dan reolaeth, pa un a ydych yn gweithio gyda therapydd neu ar eich pen eich hun. Ceir canllawiau clir, gam wrth gam, sy'n dangos ichi sut i wneud y canlynol:

Goresgyn y cymhelliad i orfwyta mewn pyliau

Rheoli'r hyn rydych yn ei fwyta a phryd rydych yn bwyta

Rhoi'r gorau i ddilyn deiet caeth ac arferion eraill a all gyfrannu at orfwyta mewn pyliau

Sefydlu patrymau bwyta sefydlog, iach

Gwella delwedd eich corff a lleihau'r risg o ddiodef pwl arall

## **“Help Your Teenager Beat an Eating Disorder”**

### **gan James Lock and Daniel le Grange**

### **(ar gyfer teuluoedd pobl ifanc yn eu harddegau ag anorecsia neu fwlimia)**

Os oes gennych blentyn yn ei ardegau sy'n dangos arwyddion ei fod yn dioddef o anhwylder bwyta, efallai y byddwch yn gobeithio y bydd, gyda'r gymysgedd iawn o gariad, anogaeth ac awdurdod rhieni, yn “dod at ei goed”. O na bai pethau mor syml â hynny. Mae'r llyfr hwn yn cyflwyno tystiolaeth i ddangos bod eich cyfraniad chi fel rhiant yn hollbwysig. Yn wir, efallai mai dyma fydd yr allwedd ar gyfer goresgyn salwch eich plentyn. Mae hefyd yn cynnig yr offer y byddwch eu hangen i sefyll ynghyd fel teulu i frwydro yn erbyn y salwch, er mwyn sicrhau y bydd eich plentyn yn datblygu arferion bwyta maethlon ac yn meithrin agweddau a fydd yn cynnal ei fywyd, o ddydd i ddydd, o bryd i bryd. Mae angen cryn dipyn o amser i adfer yn llwyr, ac mae ail byliau o salwch yn gyffredin. Ond pa un a yw eich plentyn yn cael triniaeth eisoes, neu os ydych yn dechrau amau bod rhywbeth o'i le, bydd y llyfr hwn yn cynnig arweiniad ichi ar y camau i'w cymryd.

## **“Skills-based Caring for a Loved One With an Eating Disorders: The New Maudsley” gan Janet Treasure & Gráinne Smith**

### **(ar gyfer teuluoedd oedolion ag anorecsia neu fwlímia)**

Mae'r llyfr hwn yn cynnig y sgiliau a'r wybodaeth sydd eu hangen ar ofalwyr i gefnogi pobl sy'n dioddef o anhwylder bwyta, a'u helpu i dorri'n rhydd o'r hualau sy'n eu rhwystro rhag adfer. Trwy gyfrwng dull cydgysylltiedig, mae'n cynnig technegau a strategaethau manwl sy'n anelu at wella gallu gweithwyr proffesiynol a gofalwyr i adeiladu cymorth parhaus ar gyfer eu hanwyliaid. Gan ddefnyddio profiad personol ac ymchwil sy'n seiliedig ar dystiolaeth, mae'r awduron yn cynghori'r darlennydd ynghylch nifer o feysydd anodd yn ymwneud â gofalu am rywun sy'n dioddef o anhwylder bwyta. Mae'r argraffiad newydd a diweddar hwn yn ddeunydd darllen hanfodol i weithwyr proffesiynol a theuluoedd sy'n gysylltiedig â rhoi gofal a chymorth i bobl ag anhwylder bwyta.

## **“Food Refusal and Avoidant Eating in Children, Including Those With Autism Spectrum Conditions: A Practical Guide for Parents and Professionals” gan Gillian Harris & Elizabeth Shea**

### **(ar gyfer teuluoedd plant ag awtistiaeth ac ARFID)**

Mae nifer o blant a chanddynt Anhwylder Sbectrwm Awtistiaeth yn cyfyngu'n arw ar eu deiet, ac mae'r llyfr hwn yn cynnig cyngor a hyfforddiant i rieni ynglŷn â sut i ddelio â'r cyflwr ac arwain at ddeiet iachach a mwy cytbwys. Mae'r cyflwr a elwir bellach yn Anhwylder osgoi bwyta/cyfyngu ar faint rydych chi'n ei fwyta (ARFID) yn deillio o orsensitifrwydd synhwyrdd, a gall effeithio ar iechyd y plentyn, ar y teulu, a hefyd ar integreiddio cymdeithasol.

Ar sail pecynnau hyfforddi llwyddiannus y mae'r awduron yn eu darparu ar gyfer rhieni a gweithwyr proffesiynol, mae'r llyfr hwn yn galluogi'r darlennydd i ddeall y cyflwr a gweithio gydag ef, gan gynyddu'n raddol yr ystod o fwydydd y gall y plentyn eu bwyta. Mae'n cynnwys astudiaethau achos, pwyntiau diddorol a phwyntiau gweithredu – rhywbeth sy'n ei wneud yn ddeunydd darllen hygyrch a dyfeisgar.

## **“Anorexia and Other Eating Disorders: How to Help Your Child Eat Well and Be Well” gan Eva Musby**

### **(ar gyfer teuluoedd plant ag awtistiaeth ac anorecsia a bwlimia)**

Gyda thoreth o enghreifftiau ac awgrymiadau ymarferol sydd wedi helpu degau ar filoedd o rieni diolchgar, bydd y llyfr hwn yn eich tywys trwy bob cam o siwrnai adfer eich mab neu eich merch. Mae'n cynnig cysur a hyder, gan fynd ati yr un pryd i ymdrin â'r cwestiynau gwirioneddol y mae rhieni'n ymlafnio â nhw.

Caiff y strategaethau ymarferol ac emosiynol a gynhwysir ym mhob pennod eu seilio ar wybodaeth gyfredol sydd wedi deillio o waith ymchwil cyhoeddedig, teuluoedd a therapyddion ledled y byd. Ar sail ei phrofiad bywyd hi ei hun a channoedd o rieni sydd wedi cael eu hyfforddi ganddi, nod Eva Musby yw grymuso teuluoedd i weithredu'n effeithiol ar unwaith, o'r pryd bywyd llwyddiannus cyntaf yr holl ffordd at adferiad.



# GWEFANNAU

**F.E.A.S.T.** <https://www.feast-ed.org>

Cymuned fyd-eang sy'n cynnig cymorth ac addysg i rieni plant ag anhwylderau bwyta. Mae 'Y 30 Diwrnod Cyntaf' yn rhaglen arbennig o werthfawr, gan anelu at drawsnewid rhieni a'u troi'n ofalwyr grymus o fewn 30 diwrnod. Byddwch yn cael 30 o e-byst dros gyfnod o 30 diwrnod gydag oddeutu 30 munud y dydd o ddeunyddiau dysgu. Yn ychwanegol at y deunyddiau darllen, byddwch yn cael dolenni'n arwain at fideo a chynnwys sain gan F.E.A.S.T. a ffynonellau dibynadwy eraill.

**Beat website** <https://www.beateatingdisorders.org.uk>

Pwrpas **llinell gymorth genedlaethol** Beat yw annog a grymuso pobl i gael help yn ddi-oed. Gall pobl gysylltu â Beat ar-lein neu ar y ffôn 365 diwrnod y flwyddyn. Maent yn gwrando ar y bobl sy'n cysylltu â nhw, yn eu helpu i ddeall y salwch, ac yn eu cynorthwyo i gymryd camau cadarnhaol tuag at adfer. Maent hefyd yn cefnogi teuluoedd a chyfeillion, gan roi iddynt sgiliau a chymorth hanfodol er mwyn iddynt allu helpu eu hanwyliaid i adfer a gofalu am eu hiechyd meddwl eu hunain yr un pryd. Yn arbennig, mae'r dudalen hon ar wefan Beat yn cynnig gwybodaeth a chyngor i feddygon teulu, pobl ag anhwylderau bwyta a'u teuluoedd/cefnogwyr ynglŷn â'r broses o gynnal apwyntiad cychwynol gyda meddyg teulu a gwneud atgyfeiriad:

<https://beat.contentfiles.net/media/documents/gp-leaflet-website.pdf>

**ARFID Awareness UK** <https://www.arfidawarenessuk.org>

Dyma'r unig elusen gofrestredig yn y DU sy'n mynd ati i godi ymwybyddiaeth o Anhwylder osgoi bwyta/cyfyngu ar faint rydych chi'n ei fwyta a hyrwyddo gwybodaeth am y cyflwr. Fel sefydliad nid-er-elw, mae'r elusen hon yn darparu cymorth, ymchwil a gwybodaeth berthnasol i unigolion, rhieni, gofalwyr a gweithwyr meddygol proffesiynol.

**MaleVoiceED** <https://www.malevoiced.com>

Mae'r elusen hon yn cydnabod ac yn rhoi gwerth ar brofiadau bywyd dynion sydd wedi/yn mynd trwy anawsterau'n ymwneud â bwyta ac ymarfer corff, ynghyd â chyflyrau cysylltiedig. Nod MaleVoiceED yw codi ymwybyddiaeth o'r materion hyn ymhlith dynion, ynghyd â chynorthwyo dynion sy'n dioddef o anhwylderau bwyta, arferion bwyta di-drefn a chyflyrau cydafiach. Mae'n galluogi grwpiau cefnogaeth gan gyfoedion i annog adferiad, a hefyd mae'n cyflwyno portffolio hyfforddiant.

**Eva Musby: Helping You Free Your Child of an Eating Disorder**

<https://www.anorexiafamily.com>

Help ar gyfer rhieni plant a phobl ifanc yn eu harddegau sy'n dioddef o anorecsia ac anhwylderau bwyta eraill.

**NICE Guidance** <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

Mae'r canllawiau hyn gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE) yn ymdrin ag asesu, triniaethau, monitro, a gofal cleifion mewnol ar gyfer plant, pobl ifanc ac oedolion ag anhwylderau bwyta. Y nod yw gwella'r gofal a roddir i bobl trwy nodi'r triniaethau mwyaf effeithiol ar gyfer anorecsia nerfosa, anhwylder gorfwyta mewn pyliau a bwlimia nerfosa.

## APIAU DEFNYDDIOL RHAD AC AM DDIM



### Recovery Record

Mae'r ap hwn yn eich galluogi i gofnodi eich prydau a'ch byrbrydau, yn ogystal â'ch meddyliau, eich teimladau a'ch cymelliadau drwy'r dydd. Mae'n cynnwys amrywiaeth o nodweddion.



### Rise Up + Recover

Mae'r ap hwn yn eich helpu i gofnodi eich prydau bwyd a'ch teimladau.



### Mindshift CBT

Mae'r ap hwn wedi'i lunio'n benodol er mwyn helpu pobl ifanc yn eu harddegau ac oedolion ifanc i ddelio â gorbryder mewn ffordd iach.



### CBT Thought Diary

Dyddiadur yw'r ap hwn, ac mae'n defnyddio dulliau effeithiol sy'n seiliedig ar Therapi Gwybyddol Ymddygiadol i'ch helpu i herio eich meddyliau er mwyn gwella eich hapusrwydd.



### What's Up? – A Mental Health App

Mae'r ap hwn yn cyfuno dulliau sy'n seiliedig ar Therapi Gwybyddol Ymddygiadol a Therapi Derbyn ac Ymrwymo i ddelio ag iselder, dicter, straen a gorbryder. Mae'n helpu i adnabod patrymau meddwl negyddol, rhoi problemau mewn persbectif a sgorio teimladau dyddiol.



### The Mindfulness App

Mae'n eich helpu i fod yn fwy 'presennol' yn eich bywyd. Mae ymwybyddiaeth ofalgar yn eich helpu i ganolbwyntio eich sylw ar y funud honno.



### Stop, Breathe, and Think

Ap myfyrio lle ceir gwybodaeth am y gwahanol fathau o fyfyrio ac ymwybyddiaeth ofalgar sydd ar gael, a'r manteision sy'n perthyn iddynt.



### Headspace

Ap myfyrio syml sy'n helpu pobl i deimlo llai o straen, canolbwyntio mwy a chysgu'n well.



### MyCare

Gwybodaeth a chymorth i ofalwyr er mwyn iddynt allu gweithio tuag at eu hadferiad a'u llesiant eu hunain.