



UPPSALA
UNIVERSITET

UPPSALA UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 20 p
Vårterminen 2007

Samband mellan självbildsaspekter och ätstörningssymtom, och skillnader mellan diagnosgrupper

Petter Ormann

Handledare: Staffan Sohlberg
Biträdande handledare: Andreas Birgegård
Examinator: Timo Hursti

Tack!

Först och främst ett stort tack till studiens deltagare utan vilka studien inte hade kunnat genomföras. Ett stort tack också till mina handledare Andreas Birgegård och Staffan Sohlberg för bra och outhärliga synpunkter samt ett gott stöd.

SAMMANFATTNING

Föreliggande studie har undersökt skillnader i sambandet mellan ätstörningssymtom och självbild mellan diagnoserna anorexia nervosa (AN) och bulimia nervosa (BN). Självbild mättes med *Structural Analysis of Social Behavior* och ätstörningssymtom med *Eating Disorders Examination Questionnaire*. Syftet var att utforska hur självbilden relaterar till ätstörningssymtom hos patienter med ätstörningsdiagnoserna AN respektive BN. Studiens frågeställning var ”Finns det skillnader mellan anorexi- och bulimipatienter med avseende på i vilken grad självbildsaspekter är kopplade till ätstörningssymtomen inom respektive diagnos?”. Deltagare var kvinnliga patienter ≥ 18 år vid Stockholms centrum för ätstörningar med diagnoserna AN ($n = 61$) respektive BN ($n = 157$). Resultaten visade att det förelåg signifikanta skillnader mellan grupperna i självbild, där AN-gruppen framförallt skattar en högre grad av självkontroll och en lägre grad av självkärlek. Studiens frågeställning undersöktes med hjälp av korrelationsberäkningar, där de huvudsakliga resultaten visade att AN-gruppen hade signifikant starkare korrelationer i negativ riktning mellan ätstörningssymtom och de aspekter av självbild som handlar om självkärlek. Detta tyder på att *mindre* självkärlek har samband med *mer* ätstörningssymtom. I psykoterapeutisk behandling av ätstörningar arbetar terapeuten ofta aktivt med patientens symtom. Resultaten i föreliggande studie tyder på att terapeuten, i de fall där man arbetar symtominriktat, samtidigt riskerar att angripa patientens självbild.

ÄTSTÖRNINGAR.....	5
<i>Anorexia nervosa</i>	5
<i>Bulimia nervosa</i>	5
<i>Ätstörning-UNS</i>	6
<i>Prevalens</i>	6
<i>Bedömning och behandling av ätstörningar</i>	6
RISKFAKTORER FÖR UTVECKLANDET AV ÄTSTÖRNINGAR.....	7
<i>Biologiska faktorer</i>	7
<i>Sociokulturella faktorer</i>	7
<i>Psykologiska faktorer</i>	8
PSYKOSOCIALA TEORIER OCH INTERNALISERING.....	8
ANKNYTNINGSTEORIN.....	9
<i>Inre arbetsmodeller</i>	9
<i>Anknytning och ätstörningar</i>	9
SAMBANDET MELLAN INTERNALISERING, ANKNYTNING OCH ÄTSTÖRNINGAR.....	10
SKILLNADER I ÄTSTÖRNINGSDIAGNOS OCH PSYKOLOGISK PROFIL.....	11
<i>Problemet med överlappande diagnoser</i>	11
SJÄLVBILD SOM ORGANISERANDE PRINCIP.....	11
<i>Självbild och ätstörningar</i>	12
SASB – EN SJÄLVBILDSMODELL.....	12
<i>SASB-modellens uppbyggnad</i>	12
<i>Vektorerna Affiliation respektive Autonomi</i>	13
<i>Komplementaritet</i>	13
DATABASEN STEPWISE.....	14
SYFTE.....	14
FRÅGESTÄLLNING.....	14
METOD.....	15
DELTAGARE.....	15
<i>Jämförelse mellan databaserna Stepwise och Sendia</i>	15
MATERIAL.....	15
<i>SCID-I</i>	15
<i>SASB-introjekt</i>	15
<i>EDE-Q</i>	16
DESIGN OCH PROCEDUR.....	16
STATISTISK BEARBETNING.....	17
<i>Deskriptiv statistik och signifikansprövning</i>	17
<i>Korrelationsberäkningar</i>	17
RESULTAT.....	17
DESKRIPTIV STATISTIK SAMT SIGNIFIKANSTESTNING.....	17
KORRELATIONSBERÄKNINGAR.....	19
KONTROLL AV ÅLDERSSKILLNADEN MELLAN GRUPPERNA.....	21
DISKUSSION.....	22
SAMMANFATTNING AV RESULTATEN.....	22
METODDISKUSSION.....	22
<i>Deltagare och urval</i>	22
<i>Outlieranalys</i>	22
<i>Cronbach alphavärden</i>	22
<i>Korrelationsberäkningar</i>	23
<i>Signifikanstestning</i>	23
<i>Mätinstrument</i>	23
RESULTATDISKUSSION.....	24
<i>Skillnader mellan grupperna avseende självbild och ätstörningssymtom</i>	24
<i>Studiens frågeställning: Finns det skillnader mellan anorexi- och bulimipatienter med avseende på vilka självbildsaspekter som är starkast kopplade till ätstörningssymtomen inom respektive diagnos?</i>	24
<i>Har resultaten implikationer för behandlingen av ätstörningar?</i>	25
FRAMTIDA STUDIER.....	27
SLUTORD.....	27

REFERENSER	27
BILAGOR	31
BILAGA 1: DIAGNOSTISKA KRITERIER ENLIGT DSM-IV-TR	31

Ätstörningar tar en allt tydligare plats i det moderna samhället och trots den forskning som bedrivs finns det fortfarande mycket som är obesvarat när det gäller deras uppkomst och utveckling. Den första kända medicinska beskrivningen av det vi idag kallar anorexia nervosa gjordes redan på 1600-talet, men har förekommit mera regelbundet i litteratur sedan mitten på 1800-talet. Olika former av hetsätning och kräkning har beskrivits sedan slutet på 1700-talet, men det är oklart om dessa tidigare beskrivningar står att jämföra med den sjukdom som idag går under namnet bulimia nervosa. Det är framförallt under senare delen av 1900-talet som såväl forskning som förståelsen av ätstörningar har ökat. Den rådande synen är idag att en stor uppsättning faktorer samspelar, ärftliga såväl som miljömässiga, och leder till den varierande kliniska bild som patienterna uppvisar. Detta innebär att man idag går mot en mer pragmatisk och öppen syn på behandlingen av ätstörningar (Clinton & Norring, 2002).

Ätstörningar

I den fjärde och senaste versionen av den amerikanska diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) görs en åtskillnad mellan anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) samt ätstörning utan närmare specifikation (ätstörning-UNS). En av UNS-diagnoserna (UNS Typ 6) som föreslagits bli en egen diagnos är hetsätningsstörning och den kommer eventuellt med i nästa version av DSM-manualen (Clinton & Norring, 2002).

Anorexia nervosa

AN definieras i DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) som en vägran att hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd. Det kan till exempel handla om en viktneđgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 % av den förväntade, eller att personen inte ökar i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade. Det viktkriterium som oftast används i Sverige är dock en statistisk Body Mass Index (BMI) < 17.5 för vuxna i enlighet med International Classification of Diseases (ICD-10) istället för individuella bedömningar av 85 % av förväntad vikt (Bulik, Reba, Siege-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005). Till symtombilden hör även en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller att bli tjock, trots att personen är underviktig. Anorektikerns kroppsupplevelse är liksom självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form och personen förnekar likaså allvaret i den låga kroppsvikten. Ytterligare ett kriterium är amenorré hos menstruerande kvinnor, vilket innebär att minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. Det finns två typer av AN: AN med enbart självsvält och med hetsätning/självrensning. AN med enbart självsvält innebär att personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder, till exempel kräkning eller missbruk av laxermedel. AN med hetsätning/självrensning innebär i sin tur att under den aktuella sjukdomsepisoden har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (American Psychiatric Association, 2002).

Bulimia nervosa

BN kännetecknas av återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod innebär att personen under en avgränsad tid förlorat kontrollen över ätandet och äter en väsentligt större mängd mat än vad de flesta skulle anse som normalt. Personen använder också olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, som till exempel självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, överdriven motion etc. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet ska förekomma minst två gånger i veckan under tre månader. Självkänslan är liksom vid AN överdrivet påverkad av kroppsform och vikt, och störningen ska inte heller förekomma enbart under episoder av AN. Det finns två typer av BN: BN med självrensning och utan självrensning. BN med självrensning innebär att under

den aktuella episoden har personen regelmässigt ägnat sig åt till exempel självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel. BN utan självrensning innebär i sin tur att under den aktuella episoden har personen använt andra kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men däremot inte självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel eller liknande (American Psychiatric Association, 2002).

Ätstörning-UNS

Ätstörning-UNS används för personer som har symtom på ätstörning men inte uppfyller de fullständiga kriterierna för AN eller BN och utgör idag 30–60 % av de med diagnosen ätstörning. Till UNS-diagnoserna räknas än så länge även hetsättningsstörning (Clinton & Norring, 2002) (för fullständiga DSM-kriterier se Bilaga 1).

Prevalens

Prevalensen av AN hos unga kvinnor förefaller ligga inom intervallet 0.2–0.4 %. Motsvarande siffra för BN är ungefär 1–2 %. Prevalensen för ätstörning-UNS är däremot mer osäker eftersom så lite forskning gjorts på denna grupp. Såväl AN som BN förekommer mest hos kvinnor och för de med diagnosen AN är cirka 90–95 % kvinnor och ungefär samma, om än något lägre procenttal när det gäller BN (Clinton & Norring, 2002).

Bedömning och behandling av ätstörningar

Exempel på instrument i bedömningen och diagnostiseringen av ätstörningar är Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) och Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID-I). EDE-Q används i föreliggande studie och är ett väl validerat självskattningsformulär på 36 frågor som används för att mäta ätstörningens svårighetsgrad och ger kliniskt relevant information om olika aspekter av stort ätbeteende (Mond, Hay, Rodgers, Owen & Beumont, 2004). EDE-Q är skapat för att mäta specifikt de kriterier som finns med i DSM-IV-TR och består av 4 delskalor samt en totalskala: Återhållsamhet (Restraint), Ätbekymmer (Eating concern), Figurbekymmer (Shape concern) och Viktbekymmer (Weight concern) (Mond et al., 2004). SCID-I är en väl använd och beprövad intervju för diagnostik av kliniska syndrom och bygger på kriterierna för de psykiatriska diagnoser som finns i DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998). SCID-I används för att diagnostisera ätstörningar och används i föreliggande studie.

I behandlingen av ätstörningar har studier funnit att interpersonell terapi och kognitiv beteendeterapi visat på goda resultat gällande BN. För AN finns däremot ingen behandlingsmetod som gett entydigt positiva resultat och det är den ätstörningsdiagnos som visat sig svårast att behandla (McIntosh et al., 2005). Tillfrisknandet från AN har i olika studier varierat från 17 till 77 % efter uppföljningar som gjorts efter 4 till 20 år. BN-patienter har däremot uppvisat en betydande skillnad avseende symtomreduktion vid uppföljningar efter 4 till 12 månader (Herzog, Sacks, Keller, Lavori, Ranson & Gray, 1993). I en översiktsartikel av Sandeberg och Bengtsson (2005) har farmakologisk behandling i form av SSRI-preparat (fluoxetin) inte i några studier visat sig fungerande vid AN, men kan vara indicerat vid samsjuklighet i form av depression eller tvångsmässighet. För BN har däremot behandling med fluoxetin gett positiva effekter (ibid.). I behandlingen av ätstörningar har tidigare forskning haft en dålig fokus kring hur patienterna uppfattat behandlingen (Clinton, Björck, Sohlberg & Norring, 2004). Initialt kan det därför vara viktigt att terapeut och patient har liknande förväntningar på behandlingen och hur man ska gå till väga. Patienter med fler interpersonella problem och en låg fokus på själva ätstörningen har också visat mindre behandlingstillfredsställelse (ibid.). Uppföljningsresultat med självskattningsinstrumentet Structural Analysis of Social Behavior-Intrex (SASB-intrex) har i en studie visat att patienter

med ätstörningar har mer problematiska interpersonella profiler och tenderar att beskylla sig själva för ett dåligt behandlingsresultat (Clinton et al., 2004).

Riskfaktorer för utvecklandet av ätstörningar

Det finns inga tydliga bevis för att det skett en ökning av ätstörningar, men epidemiologiska studier och kliniska erfarenheter tyder trots allt på att det skett en viss ökning (Ghaderi, 2001). Den genomsnittliga dödligheten hos anorektiker är cirka 9 gånger högre än för motsvarande grupp hos normalbefolkningen (Sandeberg & Bengtsson, 2005), och därför är det av vikt att så tidigt som möjligt upptäcka sjukdomen och vidta preventiva åtgärder. De senaste två decennierna har en rad studier tittat på eventuella riskfaktorer, och när det gäller uppkomst och utveckling av ätstörningar har tidigare ensidiga förklaringsmodeller idag ersatts av ett mer multifaktoriellt synsätt där kombinationen av biologiska-, sociokulturella- och psykologiska faktorer anses vara av betydelse (Clinton & Norring, 2002). Ätstörningars etiologi bör också studeras utifrån predisponerande-, utlösande- och vidmakthållande faktorer. Predisponerande innebär tidiga utvecklingsprocesser, händelser eller konstitutionella tillstånd som ger en grogrund för utvecklandet av ätstörningar. Med andra ord faktorer som skapar en sårbarhet för utvecklandet av dessa problem. Utlösande faktorer är händelser i samband med sjukdomens debut som sätter igång den process som resulterar i en ätstörning: såsom trauma, bantning, viktnedgång etc. Vidmakthållande är i sin tur faktorer såsom speciella matvanor, psykiska försvarsmekanismer etc. Långvarig anorexi kan också innebära ett vidmakthållande i form av en sjukdomsidentitet som det kan vara svårt att bryta sig ur. Ätstörningarnas etiologi är komplicerad och handlar vanligtvis inte om en faktor eller orsak utan snarare om ett samspel av många olika faktorer över tid (Clinton & Norring, 2002).

Biologiska faktorer

Familje- och tvillingstudier har ofta visat på en komponent av ärftlighet hos personer med en ätstörning. Miljön tycks däremot spela en avgörande roll för hur dessa genetiska faktorer kommer till uttryck. Förståelsen för hur genetik och miljö samverkar är därför relevant för att kunna uttala sig om risker för utvecklandet av en ätstörning. Överlag tyder studier på att AN och BN är vanligare bland släktingar till patienter med ätstörning än bland befolkningen i övrigt (Bulik et al., 2005; Tozzi et al., 2005). Förutom genetik har biologiska förklaringsmodeller också handlat om fysiologiska och endokrinologiska störningar. Till exempel hypotalamiska störningar som kan uppstå i och med att hypotalamus styr regleringen av de endokrina systemen, kroppstemperatur samt hunger och mättnad (Johnsson, 1990). Andra exempel som uppkommit under senare år har handlat om transmittorsubstanser i hjärnan, med fokus på serotoninhalter. Denna forskning tyder på att anorektiker har för mycket och bulimiker för lite serotonin (Clinton & Norring, 2002). Perfektionism har i en studie av Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen och Sullivan (2003) visat sig vara ett utmärkande drag både före och efter den akuta sjukdomsfasen hos patienter med ätstörningar, särskilt vid diagnosen AN. Perfektionismen finns ofta kvar även efter tillfrisknande från sjukdomen, vilket kan tyda på en komponent av ärftlighet (Bulik et al., 2003).

Sociokulturella faktorer

Sociokulturella faktorer har ansetts starkt bidragande, såsom mode- och skönhetsindustrin, och ätstörningar har visat sig vara vanligare i västerlandet (Ghaderi, 2001). Det finns likaså yrkesgrupper där ätstörningar förekommer i större utsträckning; såsom dansare, modeller och gymnaster. Att vara smal anses i det västerländska samhället som något positivt och ett tecken på självdisciplin. Övervikt förknippas däremot ofta med lathet och betraktas som oattraktivt. Bantning är vanligt förekommande hos kvinnor och är även det en faktor som kopplats samman med utvecklandet och upprätthållandet av ätstörningar (ibid.)

Psykologiska faktorer

Självbild tillhör de psykologiska faktorerna och är det som fokuseras i föreliggande studie. Andra exempel på psykologiska faktorer är självförtroende, socialt stöd, coping, trauma, inlärning/kognition, familjemönster, psykisk utveckling, störningar i separation- och individuationsfasen. Empiriska studier tyder på att en negativ självbild utgör en risk för att utveckla ätstörningar och förekommer i hög grad hos patienter med en ätstörning, och bör därför också vara betydelsefullt i behandlingen av ätstörningar (Björck, Clinton, Sohlberg, Hällström & Norring, 2003).

När det gäller ätstörningar har det resonerats kring möjligheten att olika former av störningar i den psykosociala utvecklingen kan utgöra riskfaktorer för dessa tillstånd. Erfarenheter från den sociala uppväxtmiljön har studerats och diskuterats både som möjliga predisponerande faktorer och som vidmakthållande vid ätstörningar. Ett antal teoretiska och empiriska riktningar har här varit aktuella, och då framförallt den psykodynamiska teoribygnaden och anknytningsteorin.

Psykosociala teorier och internalisering

Barnets relation till vårdnadshavarna tillhör de psykologiska förklaringsmodellerna och intar en central plats i diskussionen kring ätstörningars etiologi, särskilt den internalisering som sker i tidiga år (Clinton & Norring, 2002). Nedan följer allmänna exempel, utan specifik koppling till ätstörningar, på hur två tidigare teoretiker tänkt sig att denna internalisering sker.

Sigmund Freud (1856–1939) tänkte sig att det hos barnet sker en internalisering av de tidiga vårdnadshavarna (Freud, i Teigen, 2006). Denna sker genom en konflikt mellan detet (den omedvetna delen av personligheten som består av behov, drifter och impulser) och överjaget (som byggs upp av föräldrarnas påverkan på barnet i form av bestraffning, kärlek etc.). En harmonisk utveckling kan ske då barnet förmår förvalta de krav som ställs från föräldrarna, samtidigt som dess egen vilja ges tillräckligt med utrymme. Efterhand som överjaget utvecklas övertar det föräldrarnas roll när det gäller hot, förbud och bestraffning. Barnet har då internaliserat sina föräldrars bestraffande funktioner (Teigen, 2006).

Erik H Erikson (1902–1994) ansåg att utvecklingen mot en sund autonomi och medföljande internalisering grundläggs under fyra stadier (Erikson, i Jerlang, Egeberg, Halse, Jonassen, Ringsted & Wedel-Brandt, 1999). Vid det första stadiet (ca 0–1 ½ år) läggs grunden för tillit kontra misstro. Om samspelet med modern är positivt utvecklas en tillitsfullhet och en trygg grundinställning till livet. Problem kan uppstå om modern till exempel är för överbeskyddande och ger barnet mat innan det fått uppleva sina egna hungerkänslor, eller att barnet används för att täcka upp för otillfredsställda känslomässiga behov. Detta kan resultera i svårigheter hos barnet att uppleva sin egen vilja och känslor. I stadiet två (ca 1 ½–3 år) prövas självförtroende och att våga släppa tryggheten hos modern. Under stadiet tre (ca 3–6 år) sker enligt Erikson den huvudsakliga internaliseringen och identifikationen med föräldrarna. Deras normer internaliseras, överjaget utvecklas, och en grundläggande känsla av initiativ och målmedvetenhet bildas (Jerlang et al., 1999).

Gemensamt för ovanstående teoretiker är att de påvisar de svårigheter som barnet kan uppleva i sin strävan efter självständighet. Denna strävan kan på olika sätt skuldbeläggas vilket kan leda till en bristfällig internalisering och otrygg anknytning, något som i sin tur leder till olika strategier för att kontrollera denna ofullständiga inre bild. Dock saknar dessa teoretiker en

stabil empirisk grund. Anknytningsteorin utgör här ett viktigt tillägg till forskning kring utveckling och inläring av relaterande till andra.

Anknytningsteorin

John Bowlby samt Mary Ainsworth kombinerade insikter från psykoanalys, etologi, utvecklingspsykologi och kognitionsteori i utvecklandet av anknytningsteorin (Shaver & Mikulincer, 2005). I likhet med samtida psykodynamiska teorier är en av de grundläggande tankarna i anknytningsteorin att barndomen spelar en avgörande roll i formandet av den vuxnes personlighet. Bowlby (1994) såg barnets motivation till närhet som ett medfött och instinktivt beteendesystem som underlättar social anpassning samt ger skydd och överlevnad. Följden är att anknytningssystemet aktiveras när en individ känner sig hotad. Individen kommer då att söka sig till aktuella anknytningsfigurer eller internaliserade representationer av dessa, och den faktiska eller symboliska närheten kommer sedan att bibehållas så länge som hotet upplevs (ibid.). Med ökad ålder och utveckling blir sedan individen bättre på att använda symboliska representationer av anknytningsfigurer, eller självstrukturer kopplade till dessa i sitt sökande av trygghet. Bowlby antog att människor under hela livet är beroende av andra och att anknytningssystemet därigenom är aktivt livet igenom. En trygg anknytning är ett grundfundament för psykisk hälsa, fungerande självreglering, självständighet, nyfikenhet gentemot omvärlden och tillit gentemot sig själv och andra (Bowlby, 1994).

Inre arbetsmodeller

För att förklara den observerade kontinuiteten beträffande skillnader i anknytning postulerade Bowlby förekomsten av inre arbetsmodeller (Bowlby, i Shaver & Mikulincer, 2005). Anknytningsteorin betonar det centrala i dessa inre arbetsmodeller för personlighetsutvecklingen och den utvecklingsmässiga resan från ett totalt socialt beroende till en vuxen och mogen autonomi. Detta innebär inte nödvändigtvis att det finns ett enkelt, linjärt samband mellan barnets upplevelser och den vuxnes anknytningsstil. En individs mentala representationer och sätt att relatera till andra är likaså beroende av kontextuella faktorer som kan ha haft en större påverkan än tidigare barndomsupplevelser (Shaver & Mikulincer, 2005).

Anknytning och ätstörningar

Studier kring anknytning och ätstörningar har uppvisat varierande resultat. I en studie av Alfonso, Massaroni och Cuzzolaro (2005) har man undersökt anknytning hos vuxna kvinnor med ätstörning, och om de som barn uppvisade tecken på separationsångest. Resultaten visade att det fanns ett tydligt samband mellan ätstörningar, otrygg anknytning och tidiga minnen av separationsångest. Alfonso et al. påpekar att man ur ett anknytningsperspektiv delvis skulle kunna förklara ätstörningen som en funktion eller ett beteende som fyller uppgiften att förflytta fokus från anknytningsrelaterade problem till det mer tydligt externa och uppnåeliga målet att förändra sin kropp (ibid.). Med bas i detta resonemang borde det innebära att ätstörda har en högre prevalens av tidiga störningar i anknytningen än normalpopulationen. Otrygg anknytning, rädsla för övergivande och problem kring autonomi är också ofta centrala teman. Och i en sammanfattande artikel påpekar Ramacciotti et al. (2001) att andelen ätstörda med otrygg anknytning i flertalet tidigare studier visat sig högre i jämförelse med normal population.

En empirisk studie av Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini och Treasure (1999) undersökte teoretikern Hilde Bruch's hypotes från 1970-talet att en problematisk mor-dotter relation är en bakomliggande orsak till uppkomsten av ätstörningar (Bruch, i Ward et al.). I studien undersöktes med hjälp av intervjuer anknytningsstilar mellan en patientgrupp med

ätstörningar och deras mödrar, samt Bruch's hypotes att onormal anknytning mellan mor och dotter är en möjlig orsaksfaktor för utvecklandet av ätstörningar. Intervjuresultaten visade att majoriteten av döttrarna såväl som mödrarna hade en otrygg anknytning och därtill låga poäng gällande självreflekterande förmåga. Bruch ansåg att en moder med otrygg anknytning får svårt att svara barnets specifika behov gällande anknytning, särskilt när det gäller negativa känslor hos barnet (ibid.). Följden av detta blir att modern ständigt projicerar egna behov på barnet, vilket leder till svårigheter hos barnet att differentiera och förstå de egna behoven. Barnet blir då beroende av modern för att upprätthålla en känsla av själv samtidigt som det ständigt försvarar sig gentemot moderns projektioner (Ward et al., 1999).

Retrospektiva studier med anorektiska och bulimiska patienter har också visat på ett familjemönster där föräldrarna uppvisar emotionellt avvisande i kombination med en överbeskyddande hållning med dåligt stöd för barnets strävan efter autonomi (Alfonso et al., 2005). I en översiktsartikel av O'Kearney (1995) har en hög grad av självskattade ätstörningssymtom visat sig vara relaterat till en viss typ av objektrelationsrepresentationer, med ett mönster där mer otrygg anknytning var förknippat med allvarligare ätstörning.

Möjligheten finns även att motsatt förhållande råder, det vill säga att det är själva utvecklandet av en ätstörning som leder till en otrygg anknytning. Det kan också vara så att ätstörningsdiagnosen tillsammans med en otrygg anknytning gör att en person blir patient medan andra, som är trygga i sin anknytning men har en ätstörning, klarar sig på egen hand utanför vårdsystemet. Trots eventuella invändningar tyder empiri på att otrygg anknytning är en tydlig riskfaktor i utvecklandet av ätstörningar: Nedstämdhet eller annan problematik kan eventuellt tänkas följa som konsekvens av en ätstörning medan däremot mer specifika fynd, som till exempel att modern har dålig självreflekterande förmåga, blir desto svårare att avfärda med liknande argument.

Sambandet mellan internalisering, anknytning och ätstörningar

I en studie om riskfaktorer för utvecklandet av ätstörningar påpekar Tyrka et al. (2002) att den rigida och perfektionistiska hållning som många anorektiker uppvisar innebär en strävan efter mål som ofta är ouppnåeliga. Något som i förlängningen kan innebära svårigheter att möta vuxenlivet med dess krav på flexibilitet och förmåga att ta de risker som är nödvändiga för att utveckla en känsla av autonomi. Flertalet psykodynamiska teorier har därför föreslagit att ätstörningen och det snäva fokus den erbjuder ger en form av flykt från denna utveckling (Tyrka et al., 2002).

Teoretikern Fischer tänkte sig att det uppstår problem under den fas då barnet börjar uppleva sig som en självständig individ (Fischer, i Clinton & Norring, 2002). Barnets rädsla för att förlora modern ökar parallellt med strävan efter autonomi. Konflikten aktualiseras sedan återigen under adolescensen som utgör ytterligare en separation-individuationsprocess. Det uppstår svårigheter att acceptera den fysiska utvecklingen och att integrera en sexuellt mogen kropp och identitet med självbilden, vilket resulterar i attacker mot kroppen i form av ätstörningar (Clinton & Norring, 2002).

Internaliserad ilska definieras enligt Bruch som ilska riktad gentemot sig själv (Bruch, i Horesh, Zalsman & Apter, 2000) och grundar sig i ursprunglig ilska gentemot familjemedlemmarna. Anorektikern har då ursprungligen upplevt ett tryck från familjen i form av anpassning och självförnekelse som driver dem till perfektionism och ett förnekande i sin egen strävan efter autonomi. Familjens behov anses överordnade och leder till en känsla

av bitterhet, vilket så småningom leder till internaliserad ilska som uttrycks på ett mer indirekt sätt via en ätstörning (Horesh et al., 2000).

Skillnader i ätstörningsdiagnos och psykologisk profil

Kliniska observationer och studier har visat på ett möjligt samband, såväl som viktiga skillnader, mellan AN respektive BN med avseende på personlighet och psykologisk profil (Halmi et al., 2000; Tozzi et al., 2005; Tyrka, Waldron, Graber & Brooks-Gunn, 2002). Forskning pekar på en möjlig länk mellan anorexi (utan inslag av bulimiska symtom) och personlighetsdrag såsom: konformitet, perfektionism, rigiditet, icke-emotionsutlevande, undvikande och tvångsmässiga drag. För bulimiker är bilden mer differentierad men tyder ändå på att dessa har mer drag av att vara histrioniska, extraverta, impulsiva och affektivt instabila (Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crow, 2000; Sohlberg, 1991). Individer som är passiva, osäkra, undvikande och hämmade har också visat sig benägna att utveckla anorektiska symtom, medan personer med mer impulsivitet och beroende av relationer är mer benägna att uttrycka detta i form av den mer impulsiva formen av ätstörning BN (ibid.).

Problemet med överlappande diagnoser

Ett problem med detta, det vill säga om personlighetsdrag har ett samband med ätstörningsdiagnos, är att diagnoserna delvis överlappar varandra samt att AN kan övergå i BN och vice versa. Vid forskning kring sambandet diagnos-personlighetstyp kan det därför vara viktigt att särskilja individer som övergått från en diagnos till en annan (Westen & Harnden-Fischer, 2001). Enligt Tozzi et al. (2005) förekommer det att anorektiker har perioder av remission och övergång till tillstånd av bulimi där 8 till 62 % av de med initialdiagnosen AN under sjukdomstiden utvecklar bulimiska symtom, med majoriteten av överlappningar under de första fem åren av sjukdomstiden. Förmågan att kunna predicera och förstå dessa övergångar är än så länge begränsad (ibid.).

Självbild som organiserande princip

Självbild har inom personlighetspsykologin blivit alltmer använt begrepp och i *Psykologilexikon* (2005) definieras självbild såsom ”den föreställning man har om sig själv”. Ett vanligt antagande bland psykologer har länge varit att vi har behov av en konsistent och sammanhängande självbild vilket innebär en upplevelse av en tydlig identitet samt en klar bild av våra egna åsikter och vilja (Karlsson, 2001). Tidiga teoretiker ansåg att självbilden i huvudsak hade sitt ursprung i det sociala samspelet med andra. På 1890-talet skrev psykologen och filosofen William James att självbilden är något centralt hos människan och att den är helt beroende av relationer till andra människor. Han pekade också på det hot mot självbilden som dåliga relationer eller isolering innebär. Begreppet spegeljaget myntades på 1930-talet av sociologen Charles Cooley och kom att vidareutvecklas av bland annat Harry Stack Sullivan på 1950-talet. Begreppet betyder att man uppfattar sig själv såsom andra uppfattar en, det vill säga att andra människor används som en spegel i vilken man betraktar sig själv. På så sätt blir ens eget beteende och andra människors reaktioner avgörande för ens självbild (Karlsson, 2001).

Sullivan ansåg att en persons självbild har en tydlig funktion vilket är att vi betar oss på sätt gentemot andra som gör att vår självbild bekräftas, vare sig det handlar om en positiv eller negativ självbild (Sullivan, i Karlsson, 2001). Exempelvis kommer då en självkritisk person att bete sig på ett tjurigt, återhållet sätt som gör att andra blir sura och kritiserande, vilket i sin tur bekräftar denna persons självbild. Hur blir då en individ medveten om sig själv? Hur varseblir denne sig själv? Vissa teoretiker hävdar att vi förstår oss själva genom de handlingar vi företar oss. Andra gör gällande att yttre beteende inte är den enda informationskällan utan

att tankar och känslor också utgör viktig information. På senare tid har kognitiva såväl som psykodynamiska teoretiker framhållit att vi har en mängd olika självbilder som växlar beroende på situation eller emotionellt tillstånd. Man har utifrån kliniska erfarenheter också diskuterat möjligheten att människor har flera olika självrepresentationer som är såväl medvetna som omedvetna (Karlsson, 2001).

Självbild och ätstörningar

Klinisk erfarenhet tyder på att ätstörningar är svårbehandlade, och att negativ självbild kan vara en relevant orsaksfaktor (Björck, 2006). Inom den interpersonella teorin spelar självbilden en central roll i hur man uppfattar och tolkar andras handlingar, något som bland annat är viktigt i relationen mellan patient och terapeut. Negativ självbild har i en studie av Björck, Clinton, Sohlberg och Norring (in press) till viss del visat sig predicera sämre behandlingsutfall och bör därför vara betydelsefullt i behandlingen. Empiriska undersökningar tyder likaså på att negativ självbild utgör en risk för att utveckla ätstörningar. Däremot är det mer oklart hur den negativa självbilden påverkar utvecklandet av olika *former* av ätstörningar. För att öka förståelsen kring varför vissa patienter, trots upprepade behandlingar inte blir bättre är det därför viktigt med andra perspektiv och sätt att mäta hur behandlingen fortskrider. Nedan presenteras en självbildsmodell som i tidigare studier visat sig lovande inom ätstörningsforskning (Björck et al., 2003; Björck, 2006).

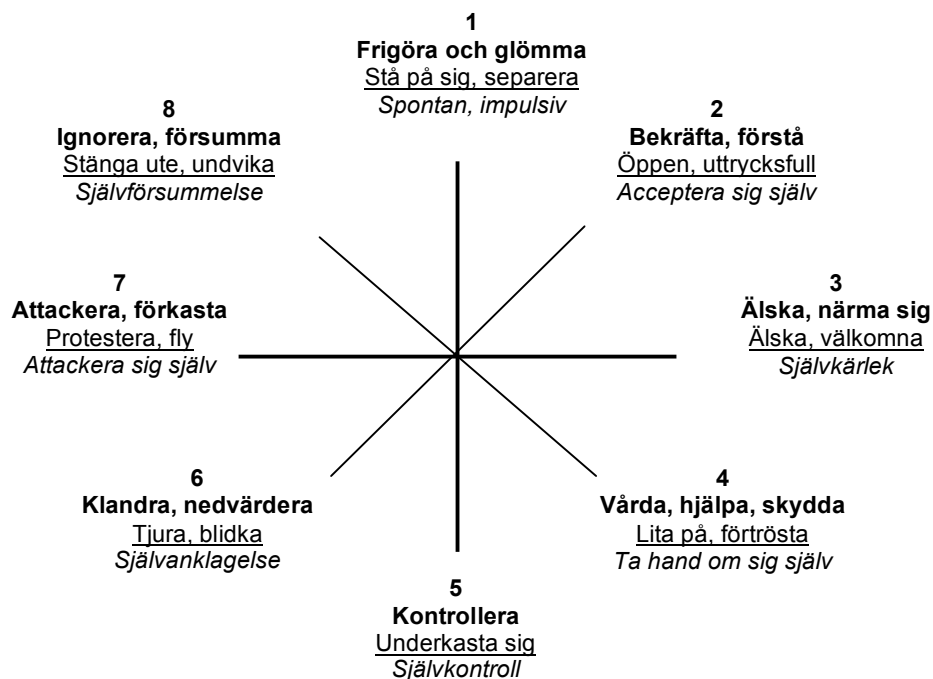
SASB – en självbildsmodell

Interpersonell teori och självbild utgör ett viktigt komplement för att förstå psykiatriska symtom. Många teoretiker har därför betonat vikten av att studera relationen mellan beskrivningen av symtom i DSM-IV och interpersonellt beteende, och att interpersonellt beteende utgör ett viktigt komplement i behandling och bedömning av psykiatriska diagnoser (Benjamin, 1993; Erickson & Pincus, 2005). Interpersonell teori är en benämning på ett antal teorier med gemensamma rötter i Harry Stack Sullivans personlighetsteori (Nevell & Sohlberg, 1999). Mänskligt samspel är det som fokuseras inom det interpersonella synsättet och det som förenar teorierna är att mänskligt beteende måste studeras både utifrån det nuvarande och det historiska sammanhanget. Inom nutida interpersonell teori försöker man vanligtvis organisera hela spektrumet av interpersonellt beteende i en modell som kallas den interpersonella cirkeln (IPC). Gemensamt för dessa teoretiker är att samtliga använt sig av en cirkel för att försöka förklara interpersonellt beteende (Nevell & Sohlberg, 1999).

SASB-modellens uppbyggnad

SASB-modellen utvecklades av Lorna Benjamin Smith (1993) och är en variant av den interpersonella cirkeln (se Figur 1). I SASB används cirkeln som en geometrisk illustration till två faktorer som är okorrelerade med varandra: där den ena är en horisontal axel (Affiliation) som sträcker sig från avvisande på den vänstra sidan (hat) till accepterande (kärlek) på den högra sidan, och den andra en vertikal axel (Autonomi) som i sin tur sträcker sig från psykologisk kontroll längst ned till psykologiskt autonomigivande längst uppe. SASB-modellen består av åtta stycken kluster där vardera har tre olika ytor. Den första ytan fokuserar på hur man uppfattar andra människors handlingar, den andra ytan representerar reaktionen på denna handling och den tredje ytan (som benämns introjektet) handlar i sin tur om den självbild man har. Ett teoretiskt antagande som SASB gör är att yta 1 (det vill säga hur andras handlingar uppfattas) är beroende av tidiga erfarenheter av interpersonell kommunikation med föräldrarna, något som i sin tur resulterar i internaliserade handlingar mot självet på modellens yta 3, det så kallade introjektet. Exempelvis kommer då en förälder som agerar mot sitt barn på kluster 5, yta 1 (*kontrollera*) så småningom att leda till en internalisering av föräldern motsvarande kluster 5, yta 3 och resultera i *självkontroll*. En

förälder som istället agerar på kluster 1, yta 1 (*frigöra och glömma*) leder i sin tur till en internalisering av föräldern som motsvarar kluster 1, yta 3, och resulterar i en självbild som *spontan och impulsiv* (Nevell & Sohlberg, 1999).



Figur 1. SASB klusterversion: yta 1 (fetstilt), yta 2 (understruken) och yta 3 (kursiverat)

Vektorerna Affiliation respektive Autonomi

I SASB-modellen organiseras allt interpersonellt beteende enligt grad av Affiliation (motsvarande Bowlbys teoretiska begrepp anknytning) respektive Autonomi. Den horisontella axeln motsvarar dimensionen anknytning som ett kontinuum från vänlighet, kärlek (motsvarande kluster 3) till fientlighet, avvisande, hat (kluster 7). Den vertikala axeln representerar i sin tur dimensionen kontroll som kontinuum från psykologiskt autonomigivande (kluster 1) till psykologisk dominans och kontroll (kluster 5) (Benjamin, Rothweiler & Critchfield, 2006). Relevanta anknytningsbeteenden kan därför placeras in under den horisontella Affiliationsvektorn på de tre olika ytorna. Individer med en trygg anknytning positionerar sig då på den högra hemisfären, motsvarande de positiva klustren 2, 3 och 4; medan de med otrygg anknytning hamnar på den vänstra sidan, motsvarande de negativa klustren 6, 7 och 8 (Ericson & Pincus, 2005).

Komplementaritet

Komplementaritet är ett centralt begrepp i SASB och interpersonell teori. Med detta menas förmågan att följa andra i relationer. Förmågan kan ses hos djur såväl som hos människor och gör att det sociala samspelet fungerar (Armeliuss & Armeliuss, 2000). I SASB-termer innebär det samma position i modellen gällande klustren men med olika fokus. En person vars beteende är dominant tenderar då att framkalla beteenden hos sin omgivning präglade av underkastelse. På motsvarande sätt tenderar en undergiven person att framkalla dominant beteenden hos sin omgivning. Principen om komplementaritet innebär att man genom att agera på ett visst sätt ökar sannolikheten för vissa reaktioner och typer av ageranden

(Armelius & Armelius, 2000). Gurtman (2001) påpekar i en artikel att tidigare studier funnit ett empiriskt stöd för komplementaritet, och att dessa reaktioner tycks vara stabila över tid och situation även i de fall det handlar om negativa mönster (ibid.). Föreliggande studie kommer att fokusera på SASBs yta 3, det så kallade introjektet. Yta 3 har en viktig teoretisk betydelse för de andra två ytorna: Sullivan med efterföljare menade att man tenderar att bete sig på sätt som ökar sannolikheten för att andra ska bekräfta ens självbild (Sullivan, i Armelius & Armelius, 2000). Om en person har en viss egenskap i sin självbild kommer denne därför att bete sig så att andra, via komplementaritetsprincipen, behandlar en så som man önskar. Om person A är självkritisk (yta 3, kluster 6), kommer denne att bete sig tjurigt (yta 2, kluster 6), person B kommer då att tröttna och bli kritisk (yta 1, kluster 6), och person A får därigenom sin självkalandrande och kritiska hållning bekräftad (ibid.).

Databasen Stepwise

Stepwise är ett kvalitetssäkringssystem som utarbetats och anpassats för utvärdering av klinisk ätstörningsvård inom Stockholms läns landsting (Björck, Heilig & Printzén, 2006). I Stepwise-systemet ingår psykiatrisk diagnostik enligt DSM-IV- axel I, bedömning av ätstörningens svårighetsgrad och grad av remission, global funktionskattning, självskattade ätstörningssymtom, psykiatriska symtom, självbild samt personlighetsstörning. Stepwise innefattar också registrering i det psykiatriska kvalitetsregistret för ätstörningar RIKSÄT. Vid tiden för datainsamlingen blev endast cirka 50 % av nybesöken registrerade i Stepwise. Analyser har därför utförts för att undersöka om urvalet från Stepwise är representativt för den utvalda populationen i föreliggande studie (se resultat nedan).

Syfte

Tidig inläring lägger via internalisering grunden för självbilden, och självbild i sin tur kan vara en riskfaktor för ätstörning. Denna riskfaktor bör då se olika ut för olika personer på grund av olika inläring, och bör därför kunna leda till olika typer av patologi, till exempel olika diagnoser. En antydning till detta är de studier som visar på skillnader (Halmi et al., 2000; Keel, et al., 2000; Tozzi et al., 2005; Tyrka et al., 2002; Sohlberg, 1991) i ätstörningsdiagnos och psykologisk profil. Det skulle därför kunna vara betydelsefullt att explicit knyta självbildsaspekter till centrala symtomteman hos ätstörda. I behandlingen av ätstörningar, särskilt AN, har det visat sig svårt att nå goda resultat och det kan därför vara viktigt ur behandlingssynpunkt att skilja diagnosen AN från BN.

- Syftet med föreliggande studie är att utforska hur självbilden relaterar till ätstörningssymtom hos patienter med ätstörningsdiagnoserna AN samt BN.

Frågeställning

- Finns det skillnader mellan anorexi- och bulimipatienter med avseende på i vilken grad självbildsaspekter är kopplade till ätstörningssymtomen inom respektive diagnos?

Detta skulle kunna ha implikationer för behandlingen av ätstörningar, samt ge hypoteser om etiologin bakom ätstörningar. Eftersom tillräcklig tidigare forskning saknas kommer det att vara en öppen frågeställning utan hypoteser. Tidigare studier antyder däremot att det finns skillnader mellan diagnoserna.

METOD

Deltagare

Data för studien har samlats in ifrån rutinvården och sammanlagt deltog 218 kvinnor ≥ 18 år vid Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ) som registrerats i Stepwise med diagnoserna AN ($n = 61$) respektive BN ($n = 157$).

Jämförelse mellan databaserna Stepwise och Sendia

Jämförelser har gjorts mellan 50 patienter som registrerats enbart i journalsystemet Sendia samt 50 patienter som registrerats i både Stepwise och Sendia (samtliga patienter registreras i Sendia, dock ej alltid med fullständiga data) gällande ätstörningsdiagnos, global skattning av funktionsförmåga (GAF), ålder och Body Mass Index (BMI). Patienterna valdes för den här analysen på basis av att de varit på nybesök på SCÄ under andra veckan i månaderna mars 2005 till och med februari 2006 (12 mån). Detta gjordes för att undvika någon selektion som hade med intagningsvolym under någon viss tid på året eller patientkaraktäristika att göra. Valda patienter var kvinnor ≥ 18 år. I databasen Sendia fanns data på 50 patienter för ålder, 27 för BMI, 46 för GAF-värde och 37 för diagnos. Ur Stepwise resulterade ovanstående selektionssteg i en betydligt större grupp, varför ett slumpförfarande användes där statistikprogrammet SPSS valde ut 63 patienter för jämförelser med Sendiapatienterna. Data fanns på samtliga 63 för ålder, BMI och GAF-värde. Diagnos fanns för 60 patienter. T-test utfördes för att jämföra ålder, BMI och GAF-värde och gav inga statistiskt signifikanta skillnader: ålder $t(111) = -.346, p = .715$, BMI $t(88) = -.457, p = .649$ respektive GAF $t(107) = .435, p = .665$. För jämförelser mellan ställda diagnoser utfördes Chi-2 test, vilket visade att ingen signifikant skillnad mellan grupperna förelåg $\text{Chi-2} = 1.009, p = .604$. Fördelningen av diagnoser i Sendia och Stepwise var också likartad: 22 % respektive 22 % AN, 24 % respektive 33 % BN, och 54 % respektive 49 % UNS.

Deltagarnas ålder varierar från 18 till 50 år i AN-gruppen ($m = 23.4, sd = 6.2, n = 61$), och från 18 till 51 år i BN-gruppen ($m = 25.8, sd = 6.5, n = 157$). T-test visade att BN-gruppen i genomsnitt var äldre: $t(216) = -2.5, p = .02$.

Material

SCID-I

SCID-I har använts för att diagnostisera de patienter som ingår i studien (First et al., 1998), och är en väl beprövad och använd klinisk intervju som bygger på kriterierna för de psykiatriska diagnoser som finns i DSM-IV. I föreliggande studie har intervjuerna utförts av personal vid SCÄ. Användandet av SCID-I har i studier visat sig ge en reliabel och precis diagnostik för såväl oerfarna som mer erfarna kliniker (Ventura, Liberman, Green, Shaner & Mintz, 1998).

SASB-introjekt

SASB-introjekt självskattningsformulär bygger på interpersonell teori och består av 36 frågor. Svaren i formuläret ges på en skala från 0 till 100 i skalsteg om 10 poäng.

Självskattningsformuläret formar 8 olika kluster på SASBs yta 3 som utgör olika delar av självbilden: (kluster 1) *Spontan och impulsiv*; (k 2) *Accepterar sig själv*; (k 3) *Självkärlek, tycker om sig själv*; (k 4) *Tar hand om sig själv*; (k 5) *Kontrollerar sig själv*; (k 6) *Anklagar sig själv*; (k 7) *Attackerar sig själv*; (8) *Försummar sig själv*. Klusterpoängen räknas fram genom att dividera poängsumman av de frågor som utgör klustret med antalet frågor tillhörande respektive kluster. Empiriska studier stödjer reliabiliteten hos SASB självbildsformulär med ett totalt cronbach alphavärde på 0.74 (Lorr & Strack, 1999;

Benjamin, 2000). I föreliggande studie användes vektorerna Affiliation och Autonomi som skapades genom att vikta klusterpoängen beroende på deras geometriska avstånd i förhållande till de underliggande dimensionerna¹. Detta gjordes i syfte att förenkla analyserna inför korrelationsjämförelserna och för att minska risken för masssignifikansproblematik (Benjamin, 2000).

EDE-Q

EDE-Q är ett väl validerat självskattningsformulär på 36 frågor som används för att mäta ätstörningar och består av 4 delskalor (samt en totalskala) som ger kliniskt relevant information om olika aspekter av stort ätbeteende och ätstörningar (Mond et al., 2004). EDE-Q är skapat för att mäta specifikt de kriterier som finns med i DSM-IV. De fyra delskalorna är: *Återhållsamhet*, som ger ett mått på restriktivt ätande när det gäller näringsinnehåll och mängd. Frågorna handlar exempelvis om i vilken utsträckning patienten undviker mat med högt kaloriinnehåll, eller om patienten avstått från ätande under långa perioder i försök att påverka sin vikt eller figur. *Åtbekymmer* är den andra av delskalorna och handlar om upptagenhet av tankar kring ätande och mat, samt skuld känslor och/eller ångest efter att ha ätit. *Figurbekymmer* mäter i sin tur patientens tankar om och missnöje med sin figur. Frågorna handlar till exempel om hur ofta patienten känner sig tjock och hur ofta hon/han känner sig orolig för att gå upp i vikt. *Viktbekymmer* är den sista av delskalorna och ställer frågor kring upptagenhet av sin vikt, det vill säga hur den egna vikten påverkar synen på sig själv, hur ofta man har önskingar kring att gå ned i vikt etc. Förutom de fyra delskalorna finns även en totalskala där totalpoängen ger en samlad indikation kring ätstörningens svårighetsgrad (Mond et al. 2004). Cronbach alpha koefficienten för EDE-Qs delskalor har i studier legat mellan 0.78–0.93 (Carter, Steward & Fairburn, 2001).

Design och procedur

Designen var en explorativ sambandsstudie om ätstörningar och självbild där stickprovet delades upp i diagnosgrupperna AN och BN, och analyserades separat för att sedan jämföras.

Patienten kallades till SCÄ för en initialbedömning i Stepwise. Deltagandet var frivilligt och patienten försäkrades om anonymitet visavi forskningsanvändning av data. Intervjuare och patient tog sedan plats i ett avskilt och tyst rum. Intervjuaren var vanligtvis en psykiatriker eller klinisk psykolog, men kan i vissa fall ha varit en legitimerad sjuksköterska eller annan professionell behandlingspersonal med erfarenhet av ätstörningsvård. Stepwisebedömningen som är datorbaserad började med en diagnostisk intervju enligt SCID-I. Under intervjun ställde klinikern frågor till patienten i den ordning de visades av datorn. På basis av intervjun föreslog sedan datorn en diagnos ur det psykiatriska kvalitetsregistret för ätstörningar, RIKSÄT och klinikern gavs därefter möjligheten att ändra föreslagen diagnos. Efter att SCID-intervjun genomförts lämnade vanligtvis klinikern rummet och patienten fyllde därefter själv i de delar av Stepwise som bestod av självskattningar (bland annat EDE-Q och SASB-introjekt). En fullständig stepwisebedömning, inklusive självskattningar, tog cirka 90 minuter men ibland längre, beroende på den tid som behövdes för att genomföra självskattningarna. Patienter informeras också om att materialet kan komma att användas i forskningssammanhang men att det i dessa fall råder anonymitet. Efter att bedömningen genomförts gick kliniker och patient tillsammans igenom resultaten och det gavs då möjlighet att ställa eventuella frågor. Patienter erhölet ingen form av belöning för sitt deltagande.

¹ Formler för uträkning av vektorerna:

$$\text{Affiliationsvektorn} = \sum[(K2 \times 4.5) + (K3 \times 7.8) + (K4 \times 4.5) - (K6 \times 4.5) - (K7 \times 7.8) - (K8 \times 4.5)]$$

$$\text{Autonomivektorn} = \sum[(K8 \times 4.5) + (K1 \times 7.8) + (K2 \times 4.5) - (K4 \times 4.5) - (K5 \times 7.8) - (K6 \times 4.5)]$$

Statistisk bearbetning

Deskriptiv statistik och signifikansprövning

Den deskriptiva statistiken presenteras av medelvärden, standardavvikelser, variationsvidd, Cronbach alfavärden och effektstorlekar (Cohens d). Cohens kriterier för mellangruppskillnader uttryckta i d är $\pm .20$ för en *liten* effektstorlek, $\pm .50$ för en *medel* effekt och $\pm .80$ för en *stor* effekt (Clark-Carter, 2004). För att undersöka eventuella signifikanta skillnader mellan AN och BN-gruppen avseende poäng på EDE-Qs delskalor, SASB kluster 1–8 (samt vektorerna Affiliation respektive Autonomi) utfördes oberoende t -test ($p < .05$). Univariata outliers (± 3 standardiserade avvikelser) identifierades och togs bort innan t -test utfördes. Eftersom t -test kan påverkas av skillnader i varians mellan grupperna användes det mindre känsliga Welch's t -test när sådan risk förelåg, vilket identifierades genom att p -värdet för Levenes test av likvärdighet mellan varianser var $< .20$ (Glass & Hopkins, 1996).

Korrelationsberäkningar

Den centrala analysen berör uppsatsens frågeställning och var en jämförelse mellan korrelationerna i AN respektive BN-gruppen. Korrelationsanalysen (Pearsons produktmoment korrelation) utfördes genom att SASB-vektorer Autonomi och Affiliation korrelerades med EDE-Qs 4 delskalor (samt totalskalan) i respektive diagnosgrupp. Enligt Cohens kriterier för korrelationer används r som ett mått på effektstorlek, $.10$ är då en *liten* effekt, $.30$ en *medel* effekt och $.50$ en *stor* effekt (Clark-Carter, 2004). Signifikansprövning för skillnaden mellan korrelationerna för AN respektive BN-gruppen utfördes och med signifikant resultat avsågs $p < .05$ vid dubbelsidig prövning. Bivariata outliers analyserades och togs bort för att dessa inte skulle komma att påverka korrelationsberäkningarna. För gränsdragningen av bivariata outliers användes z -transformerade residualer över respektive under ± 2.5 (Sohlberg & Birgegård, 2003). Outliers togs bort med hjälp av en rekursiv metod vilket innebar att outliers togs bort stegvis tills dess att inga fler återstod. Sammantaget var det ett högt antal outliers, men i den stora mängd korrelationer som utförts handlade det om ett fåtal återkommande, och då framförallt i BN-gruppen. När outliers tagits bort noteras det i respektive tabell nedan. Statistiska beräkningar gjordes i SPSS 12.0.1 (SPSS Inc., 2004).

RESULTAT

Resultatdelen består av tre delar. Första delen består av deskriptiv statistik (Tabell 1) samt signifikanstestning (Tabell 2) och undersöker hur självbilden (mätt med SASB) och ätstörningssymtom (mätt med EDE-Q), ser ut hos patienter med ätstörningsdiagnoserna AN respektive BN. Andra delen består av korrelationsberäkningar samt signifikansprövning mellan korrelationerna (Tabell 3 och 4) och behandlar det som är uppsatsens frågeställning, det vill säga om det finns skillnader mellan AN och BN-patienter med avseende på vilka självbildsaspekter som är starkast kopplade till ätstörningssymtomen inom respektive diagnos. Slutligen har partiella korrelationer utförts med kontroll för variabeln ålder.

Deskriptiv statistik samt signifikanstestning

I Tabell 1 nedan finns de deskriptiva nivåer för SASB respektive EDE-Q som återfanns i AN respektive BN-gruppen samt om dessa skiljde sig åt. Tabell 2 nästa sida innehåller inferensstatistik. Resultaten för Tabell 1 visar att det föreligger en signifikant skillnad mellan gruppernas medelvärden för SASB-vektorn Autonomi (liten till medelstor effekt) samt kluster 5 (självkontroll) (medelstor effekt), i riktningen att AN har en högre självkontroll än BN-gruppen. För kluster 8 (självförsummelse) finns en tendens till att BN-gruppen hade en högre

grad av självförsummelse. För EDE-Qs delskalor visar tabellerna att BN har ett signifikant högre värde på tre av delskalorna samt totalskalan, effektstorlekarna var i dessa fall stora.

Tabell 1

Medelvärden (*m*), standardavvikelser (*sd*), variationsvidd (*min/max*) samt cronbach alpha (α) för grupperna AN (*n* = 61) respektive BN (*n* = 157) gällande EDE-Qs delskalor samt SASB-kluster 1–8 och SASB-Affiliations-/Autonomivektorerna.

	AN			BN		
	<i>m(sd)</i>	<i>min/max</i>	α	<i>m(sd)</i>	<i>min/max</i>	α
Ede-Q						
Återhållsamhet	3.9 (1.7)	0/6.0	.86	4.1 (1.3)	.80/6.0	.71
Ätbekymmer	2.9 (1.5)	.20/5.6	.77	3.9 (1.2)	.60/6.0	.63
Figurbekymmer	4.1 (1.6)	0/6.0	.87	5.1 (1.0)	.80/6.0	.80
Viktbekymmer	3.4 (1.4)	.60/6.0	.67	4.5 (1.1)	.40/6.0	.61
Totalskala	3.6 (1.4)	.40/5.7	–	4.5 (0.9)	.70/6.0	–
SASB						
Affiliation	–359 (584.5)	–1536/–1162	–	–399 (520.9)	–1568/–1449	–
Autonomi	–466 (265.3)	–1051/–127	–	–355 (304.6)	–1182/–409	–
Kluster 1	28.9 (14.9)	0/72	.49	30.4 (15.2)	0/80	.54
Kluster 2	23.2 (18.5)	0/80	.83	22.8 (17.7)	0/93	.80
Kluster 3	26.2 (17.8)	0/78	.77	27.8 (18.1)	0/92	.80
Kluster 4	41.9 (16.9)	0/78	.51	40.8 (18.1)	0/93	.66
Kluster 5	64.0 (19.1)	12/100	.74	54.3 (19.8)	0/100	.70
Kluster 6	61.4 (21.8)	8/100	.71	62.7 (22.0)	0/100	.72
Kluster 7	52.7 (24.7)	4/98	.83	54.6 (22.2)	2/98	.75
Kluster 8	37.6 (21.8)	0/85	.73	43.3 (19.7)	0/88	.59

Tabell 2

T-test (t) och effektstorlek (Cohens d) för grupperna AN (n = 61) respektive BN (n = 157) gällande EDE-Qs delskalor samt SASB-kluster 1–8 och SASB-Affiliations-/Autonomivektorerna.

	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Ede-Q			
Återhållsamhet	–.79	.43	–.13
Ätbekymmer	–4.9	<.00001	–.74
Figurbekymmer	–5.9	<.0001 ^a	–.77
Viktbekymmer	–5.9	<.0001 ^b	–.88
Totalskala	–4.9	<.0001 ^c	–.78
SASB			
Affiliation	.62	.54 ^d	.07
Autonomi	–2.5	<.01	–.39
Kluster			
Kluster 1	–.55	.58 ^e	–.1
Kluster 2	–.29	.77 ^f	.02
Kluster 3	–.35	.73 ^g	–.09
Kluster 4	.41	.68	.06
Kluster 5	3.3	<.001	.50
Kluster 6	–.40	.69	–.06
Kluster 7	–.53	.60	–.08
Kluster 8	–1.9	.06	–.27

Not. Antal uteslutna personer per analys inom grupperna

Univariat outlieranalys: a) BN=13; b) BN=1; c) BN=4; d) BN=1; e) BN=1; f) AN=2, BN=2; g) BN=2

Korrelationsberäkningar

Resultaten i Tabell 3 nedan visar på signifikanta korrelationer (*r*) i negativ riktning för AN-gruppen mellan vektorn Affiliation och samtliga av EDE-Qs delskalor, effektstorlekarna är stora. Detta kan förstås som att ju mindre självkärlek man känner desto högre grad av ätstörningssymtom upplevs. För BN-gruppen är resultaten signifikanta korrelationer i negativ riktning för samtliga av EDE-Qs delskalor, effektstorlekarna är medelstora. Den gemensamma variansen (r^2) är för AN-gruppen .55 gällande totalskalan, vilket kan förstås som att 55 % av variansen i ätstörningssymtom kan förklaras med hjälp av variansen i vektorn Affiliation (Clark-Carter, 2004). Motsvarande siffra för BN-gruppen är .21. En dubbelsidig signifikansprövning för skillnaden mellan korrelationskoefficienterna visade på en signifikant skillnad mellan grupperna AN och BN för hur EDE-Q och SASB korrelerade med varandra. Sammantaget tyder resultaten på ett starkt samband för AN-gruppen mellan SASB-vektorn Affiliation och grad av ätstörningssymtom.

Tabell 3

Pearson's produktmomentkorrelationsanalys (r) mellan EDE-Qs 4 delskalor (samt totalskala) och SASB-vektorn Affiliation för grupperna AN och BN. Därutöver redovisat gemensam varians (r^2) mellan dessa korrelationer och signifikanstestning (p) för skillnaden mellan r_{AN} och r_{BN} . Om korrelationerna i sig är signifikanta noteras detta med asterisk.

Affiliation vs...	AN		BN		$p(r_{AN} r_{BN})$
	r	r^2	r	r^2	
Återhållsamhet	-.62**	.38	-.18*	.03	.0004 ^a
Ätbekymmer	-.68**	.46	-.41**	.17	.011 ^b
Figurbekymmer	-.79**	.62	-.51**	.26	.0014 ^c
Viktbekymmer	-.64**	.41	-.37**	.14	.018 ^d
Totalskala	-.74**	.55	-.46**	.21	.0036 ^e

* $p < .05$, ** $p < .01$

Not. Antal uteslutna personer per analys inom grupperna

Bivariat outlieranalys: a) BN=1; b) AN=1; c) AN=2, BN=15 d) AN=1, BN=9; e) BN=10

Resultaten i Tabell 4 nedan visar på signifikanta korrelationer (r) i negativ riktning för AN-gruppen mellan variabeln Autonomi och EDE-Qs delskalor återhållsamhet, ätbekymmer, figurbekymmer, samt totalskalan. För BN-gruppen är resultaten signifikanta korrelationer i negativ riktning för delskalorna återhållsamhet, figurbekymmer, viktbekymmer och totalskalan. För AN är effekstorlekarna medelstora och för BN-gruppen små till medelstora. Den gemensamma variansen (r^2) är .18 för AN, vilket kan förstås som att 18 % av variansen i ätstörningssymtom kan förklaras med hjälp av variansen i vektorn Autonomi. Motsvarande siffra för BN-gruppen är .07. En dubbelsidig signifikansprövning för skillnaden mellan korrelationskoefficienterna visade inte på någon signifikant skillnad mellan grupperna AN respektive BN för någon av EDE-Qs delskalor. Däremot återfanns en tendens till skillnad för delskalan ätbekymmer. Sammantaget tyder resultaten på ett medelstarkt samband för både AN och BN-gruppen mellan SASB-vektorn Autonomi och grad av ätstörningssymtom.

Tabell 4

Pearson's produktmomentkorrelationsanalys (r) mellan EDE-Qs 4 delskalor (samt totalskala) och SASB-vektorn Autonomi gällande grupperna AN och BN. Därutöver redovisas gemensam varians (r²) mellan dessa korrelationer och signifikantestning (p) för skillnaden mellan r_{AN} och r_{BN}. Om korrelationerna i sig är signifikanta noteras detta med asterisk.

Autonomi vs...	AN		BN		p(r _{AN} och r _{BN})
	r	r ²	r	r ²	
Återhållsamhet	-.36**	.13	-.25**	.06	.43 ^a
Ätbekymmer	-.36**	.13	-.09	.01	.063 ^b
Figurbekymmer	-.45**	.20	-.28**	.08	.21 ^c
Viktbekymmer	-.23	.05	-.20*	.04	.84 ^d
Totalskala	-.42**	.18	-.27**	.07	.27 ^e

*p<.05, **p<.01

Not. Antal uteslutna personer per analys inom grupperna

Bivariat outlieranalys: a) BN=2; b) BN=1; c) BN=16 d) BN=9; e) BN=10

Kontroll av ålderskillnaden mellan grupperna

Något som eventuellt skulle kunna påverkat resultaten är den signifikanta skillnad som uppmäts när det gäller medelvärdena för deltagarnas ålder i respektive diagnosgrupp. Partiella korrelationer har därför utförts med kontroll för variabeln ålder i förhållande till EDE-Qs totalskala och Affiliations-/Autonomivektorn. Resultaten var: Affiliation = -.74 för AN respektive -.43 för BN, att jämföra med de ojusterade (icke-partiella) korrelationerna i Tabell 3 som är -.74 respektive -.46. Slutsatsen är att de ojusterade korrelationerna inte är nämnvärt influerade av ålderskillnaderna mellan AN och BN. Autonomi = -.41 för AN respektive -.21 för BN, att jämföra med de ojusterade korrelationerna i Tabell 4 som är -.42 respektive -.27. Slutsatsen är också här att de ojusterade korrelationerna inte är nämnvärt influerade av ålderskillnaden mellan AN och BN.

DISKUSSION

Sammanfattning av resultaten

Primärt utfördes jämförelser mellan AN respektive BN-gruppen avseende nivåer på variablerna SASB kluster 1–8 och Affiliation-/Autonomivektorn respektive EDE-Qs 4 delskalor samt totalskalan. En statistiskt signifikant skillnad uppmättes för SASB-vektorn Autonomi samt SASB kluster 5 (självkontroll). AN hade i dessa fall mindre Autonomi respektive högre självkontroll än BN. För SASB kluster 8 fanns en tendens till att BN-gruppen hade en högre grad av självförsummelse. Gällande ätstörningssymtom hade BN signifikant högre medelvärden på tre av EDE-Qs delskalor, samt totalskalan. Därefter utfördes korrelationsberäkningar för att undersöka hur självbilden relaterar till ätstörningssymtom; samt om det fanns skillnader mellan diagnosgrupperna avseende olika självbildsaspekters koppling till ätstörningssymtomen. De huvudsakliga resultaten visade på signifikanta och starka korrelationer i negativ riktning för AN-gruppen mellan SASB-vektorn Affiliation och samtliga av EDE-Qs delskalor, vilket tyder på att *mindre* självkärlek har ett samband med *mer* ätstörningssymtom. Dessa samband var också i de flesta fall starkare än motsvarande korrelationer i BN-gruppen. För Autonomivektorn gällde ett liknande mönster, men svagare och ej signifikant åtskilt mellan grupperna. Sambandens riktning var där att mer Autonomi i självbilden var förknippat med mindre ätstörningssymtom.

Metoddiskussion

Deltagare och urval

Extern validitet, eller generaliserbarhet handlar om studiens utformning samt om egenskaperna hos studiens deltagare möjliggör en generalisering till individer utanför den valda populationen, samt andra miljöer och situationer (Clark-Carter, 2004). Möjligen finns det skillnader mellan deltagarna i föreliggande studie och populationen ätstörda i stort. Slutsatsen är att studien hade ett förhållandevis stort urval och att resultaten därför *åtminstone* är generaliserbara för populationen kvinnor boende i Stockholm med diagnostiserad ätstörning i åldern 18–51 år.

Outlieranalys

Tabell 2 och 3 hade ett stort antal outliers. Möjligen har gränsdragningen inte varit optimal; de gränsvärden på ± 2.5 respektive ± 3 som anpassats till den mindre gruppen AN hade fungerat oklanderligt även för BN om den gruppen varit mindre. Antalet outliers är troligtvis också orsakat av att grupperna var så pass stora (särskilt BN-gruppen), så till vida att ett större stickprov innebar en högre sannolikhet för att extrema värden skulle dyka upp av naturliga orsaker. Slutsatserna påverkades däremot inte nämnvärt vare sig med eller utan outliers, och resultaten blev i stort sett likvärdiga. Möjligen är det också så att ett stort antal outliers i BN pekar på en större heterogenitet i BN som diagnos.

Cronbach alphavärden

Vanligtvis används .70 som gränsvärde för ett godtagbart alpha, och för några av variablerna var värdet lägre. AN hade alpha .67 för EDE-Qs skala viktbekymmer, och BN-gruppen .61 för motsvarande skala, samt .63 för skalan ätbekymmer. För SASB var alpha lägre för kluster 1) AN .49 och BN .54; kluster 4) .51 och .66 respektive kluster 8) BN .59. Detta innebär att resultaten i dessa fall bör tolkas med viss försiktighet. Möjligen kan det delvis förklaras av att vissa kluster i SASB enbart innehåller fyra items (exempelvis kluster 4) varför ett högt alpha blir svårt att uppnå i dessa fall. Mycket höga alphavärden är inte heller att förvänta sig i SASB, eftersom olika items teoretiskt mäter olika aspekter av självbild. Respektive item är fördelade på olika punkter runt modellens cirkel och innehåller därför olika mycket av

Affiliation respektive Autonomi. Möjligen är det så att BN som diagnos tillåter mer heterogena symtombilder och psykologiska egenskaper, medan AN däremot är en smalare kategori (till exempel hade AN högre alpha i samtliga av EDE-Qs variabler). I föreliggande studie var det också vektorerna, och inte enskilda kluster som användes för de huvudsakliga analyserna, och låga alpha kanske därför är mindre allvarligt då det ingår sex stycken kluster i varje vektorberäkning. Resultaten bör däremot tolkas försiktigt i de fall där de svagare skalorna ingår, och en replikation av det funna mönstret behövs innan starkare tolkningar möjliggörs. Trots att enstaka resultat är något instabila på grund av låg intern konsistens är det däremot osannolikt att hela mönstret med gruppskillnader kan förklaras av det.

Korrelationsberäkningar

Olika variationsvidd kan påverka korrelationer; så till vida att större variationsvidd, allt annat lika, ger starkare korrelationer. Variationsvidden var dock relativt likartad mellan grupperna (BN hade i vissa fall något större variation) varför detta inte torde vara en bidragande orsak till skillnaden i resultat mellan AN och BN.

Signifikanstestning

Ett förhållandevis stort antal signifikansprövningar utfördes och en tänkbar metodologisk brist skulle kunna vara problemet med masssignifikans, vilket innebär att samband framkommer slumpmässigt vid ett stort antal tester. I Tabell 2 har *t*-test utförts för samtliga SASB-kluster, vilket ger ett förhållandevis stort antal signifikansprövningar. För att minska antalet vid de huvudsakliga korrelationsanalyserna har därför vektorerna Affiliation respektive Autonomi använts. Ett tänkbart motargument är också att resultaten uppvisar ett stort antal statistiskt signifikanta skillnader, vilket torde minska risken för masssignifikans.

Mätinstrument

En tänkbar metodologisk brist skulle kunna vara skillnader i SCID-diagnostisering mellan vana och oerfarna användare. Till exempel gjordes ingen samdiagnostisering och kontroll av interbedömarreliabilitet. Trots detta kan patienterna förmodas representera ett naturalistiskt urval av de patienter som i klinisk praxis får dessa diagnoser, varför resultaten torde vara kliniskt giltiga även om den vetenskapliga kontrollen inte varit optimal. Det är inte heller självklart att diagnosen för BN ställs fel oftare än för AN och tvärtom. Och om det finns ett antal felaktigt diagnostiserade i varje grupp kan det innebära att skillnaderna mellan grupperna inte förfalskas av detta utan snarare blir svårare att upptäcka, vilket i dessa fall skulle kunna göra resultaten mer pålitliga. Tidigare studier har visat på en reliabel och precis diagnostik vid användandet av SCID-I för såväl oerfarna som erfarna kliniker (Ventura et al., 1998).

Forskning kring ätstörningar är oftast beroende av precisionen hos självskattningsformulär som till exempel EDE-Q eftersom man undersöker variabler som enbart den ätstörda har tillräcklig kunskap kring. Användandet av självskattningsformulär skulle kunna medföra metodologiska problem såsom olika aspekter av att vilja vara socialt önskvärd, vilket då kan medföra att man inte svarar sanningsenligt. I föreliggande studie är det troligtvis mindre av ett problem då de som genomgår en stepwisebedömning oftast har en önskan om hjälp och därigenom mycket att vinna på att svara ärligt. I somliga fall kan det emellertid vara så att patienten tvingats i behandling av bekymrade familjmedlemmar eller närstående, något som förmodligen förekommer i högre grad vid diagnosen AN, och frågan är i dessa fall hur korrekt frågeformulären besvaras. Möjligen skulle det resultera i alltför positiva värden på EDE-Q, eftersom patienten förnekar sitt problem kring ätande för att därigenom undvika vård. Ytterligare ett problem kan vara att patienterna i och med sitt första besök på SCÄ blir

synnerligen medvetna om sin ätstörning och att detta påverkar hur de fyller i SASB-formuläret. Detta skulle kunna leda till ett större samband mellan ätstörningssymtom och självbild än om de svarade på formuläret vid en annan tidpunkt/miljö. Men det förklarar däremot inte nödvändigtvis den uppmätta skillnaden mellan grupperna AN respektive BN.

Resultatdiskussion

Skillnader mellan grupperna avseende självbild och ätstörningssymtom

För kluster 5, som handlar om självkontroll återfanns en signifikant skillnad mellan AN och BN, där AN hade ett högre värde. Resultatet ligger i linje med tidigare studier som visat på signifikant skillnad mellan diagnosgrupperna för kluster 5 (Björck et al., 2003). En bidragande orsak till skillnaden torde vara anorektikernas kontroll över sin kroppsvikt vilket också visar sig som självkontroll på SASBs kluster 5. För Autonomivektorn återfanns också en signifikant skillnad, i riktningen att AN-gruppen hade mindre av Autonomi i sin självbild. För kluster 8 fanns en tendens till att BN-gruppen hade en högre grad av självförsummelse. Resultaten för kluster 8 har möjligen vissa likheter med tidigare studier som tyder på att bulimiker i högre grad agerar impulsivt och är mer affektivt instabila (Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crow, 2000; Sohlberg, 1991). BN-gruppen hade också signifikant högre värden på de tre av EDE-Qs delskalor som handlar om bekymmer kring ätande. Kanske är det så att dessa skillnader tyder på att de med diagnosen BN har en mer påtaglig upplevelse av sina ätstörningssymtom, och att symtomen därigenom utgör ett tydligare och mer av ett externt problem.

Studiens frågeställning: Finns det skillnader mellan anorexi- och bulimipatienter med avseende på vilka självbildsaspekter som är starkast kopplade till ätstörningssymtomen inom respektive diagnos?

Negativ självbild har i tidigare studier visat sig förekomma i hög grad hos patienter med ätstörningar (Björck, 2006). Resultaten i föreliggande studie är i linje med denna forskning, och tyder dessutom på att en problematisk självbild i form av mindre självkärlek har ett samband med mer ätstörningssymtom. Resultaten anger däremot inte riktningen för sambandet, det vill säga om självbilden orsakar ätstörningen eller tvärtom. Tänkbart är därför att det är ätstörningen som leder till en mer problematisk självbild. Tidigare forskning tyder dock på att en persons självbild, liksom anknytningsstil är förhållandevis konsistent (Björck 2006; Bowlby, 1994). Resultaten visade också att Autonomivektorn hade ett betydligt svagare samband som ej var signifikant skilt mellan grupperna. Sambandets riktning var att mer Autonomi i självbilden var förknippat med mindre ätstörningssymtom. Många teoretiker har också diskuterat just problem kring utvecklandet av autonomi som något centralt när det gäller utvecklandet av ätstörningar (Fischer, i Clinton & Norring, 2002). Som tidigare nämnts kan relevanta anknytningsbeteenden placeras in under SASB-vektorn Affiliation (Ericson & Pincus, 2005). Det funna sambandet i föreliggande studie har därmed vissa likheter med tidigare studier och artiklar som visat på en koppling mellan ätstörningssymtom och en otrygg anknytning (Alfonso et al., 2005; O'Kearney, 1995; Ramacciotti et al., 2001).

En möjlig orsak till att *mindre* självkärlek var förknippat med *mer* ätstörningssymtom för AN-gruppen är att symtomen för denna grupp uppfyller en mer central funktion och därmed utgör en större del av självbilden.

Kliniker har talat om att anorektikers symtom har en mening och att de är betydelsebärande (Clinton & Norring, 2002). Eventuellt är detta en del av förklaringen till att symtomen är så tätt förknippade med den egna självbilden, det vill säga att de utgör försök till att kommunicera och relatera till omgivningen. Eftersom symtomen är så pass plågsamma torde

det också finnas goda skäl till att underkasta sig dem, och skäl till detta kan vara att de utgör en central del av självbilden. Den psykoanalytiska teoretikern Nancy McWilliams (1994) gör en åtskillnad mellan jagdystona respektive jagsyntona symtom. Jagdystona symtom uppfattas som problematiska och irrationella av patienten, medan de som är jagsyntona istället uppfattas som det enda och självklara sättet att reagera på under rådande omständigheter. Enligt McWilliams är psykoterapeutens bedömning av huruvida en patient uppfattar sina symtom som jagdystona eller jagsyntona av stor betydelse för prognosen eftersom de symtom som förefaller främmande (dystona) för patienten kan behandlas betydligt snabbare (ibid.). En del kliniker har spekulerat i att symtomen för anorektiker i vissa avseenden kan liknas vid en relation där symtomet ger en känsla av bland annat kontroll, lindring och sjukdomsvinst; till exempel i form av mindre krav från omgivningen. Symtomen kan även tänkas uppfylla funktionen att upprätthålla en negativ självbild som ger ett begripligt, om än destruktivt, interpersonellt samspel (Clinton & Norring, 2002).

Vitousek och Watson (1998) påpekar i en artikel att förnekelse av sin sjukdom och en vägran till terapi till viss del också är fråga om en automatisk och omedveten process, där framförallt AN-patienter kanske saknar den kunskap som behövs för att se sin sjukdom. Likheterna mellan diagnoserna är flera, påpekar de, men i skarp kontrast till AN står däremot BN-patientens tydliga stress över sin sjukdom, och önskan om att slippa den. I artikeln undersöktes skillnaden mellan anorektiker och bulimiker med avseende på hur stor procentandel som frivilligt börjat i terapi. Resultaten var att 92 % av de med diagnosen BN påbörjat behandlingen frivilligt, medan motsvarande siffra för AN var 19 % (Vitousek & Watson, 1998).

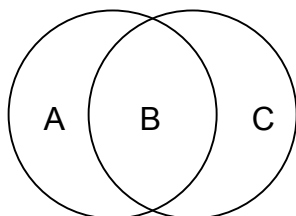
Har resultaten implikationer för behandlingen av ätstörningar?

Resultaten i föreliggande studie ger möjligen implikationer för behandlingen av ätstörningar och varför vissa patientgrupper är särskilt svårbehandlade. Patienter med fler interpersonella problem och en låg fokus på själva ätstörningen har i tidigare studier visat mindre behandlingstillfredsställelse, och de tenderar att beskylla sig själva för ett dåligt behandlingsresultat (Clinton et al, 2004).

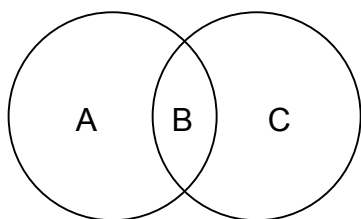
Enligt Sullivan fyller en persons självbild funktionen av att reducera ångest genom att göra andra människors handlingar mer förutsägbara och förståeliga (Sullivan, i Björck et al., 2003). I enlighet med den interpersonella teorin kan då en person med negativ självbild möjligen förväntas reagera och agera på ett sätt som bekräftar dennes självbild och handlingar, och kommentarer från andra tolkas därför lätt som avvisande, fientliga och kritiska (ibid.). En negativ självbild kan därför eventuellt innebära problem i relationen mellan terapeut och patient, till exempel då patienten ger uttryck för självkritik såsom: ”Jag kommer inte att klara av att gå i terapi”, ”Jag orkar inte med det här”, ”Jag känner mig helt värdelös” eller ”Folk skulle hata mig om de bara visste vad jag tänker och känner, så jag berättar inget”. Dessa tankar och känslor hos patienten kan leda till en slutenhet och ovilja till terapiarbete. Konsekvensen kan bli att terapeuten blir frustrerad och subtilt och utan avsikt ger uttryck för kritik, såsom: ”Du måste faktiskt anstränga dig mer” eller ”Jag vet bättre än du vad du behöver, sluta streta emot”. Dessa signaler från terapeuten leder då enligt den interpersonella teorin till att den självkritiska hållningen förstärks och uppmuntras hos patienten och därigenom är ett negativt samspel farligt nära. Patienten kämpar på så sätt för att försöka vidmakthålla sin negativa självbild som, trots negativa konsekvenser, gör omvärlden mer förutsägbar och stabil. I dessa fall förekommer det att terapeuten agerar enligt principen om komplementaritet genom att alliera sig med patientens negativa självbild istället för att självkritiskt reflektera kring varför terapin inte hjälper.

I psykoanalytisk behandling av ätstörningar arbetar terapeuten ofta aktivt med patientens symtom. Resultaten i föreliggande studie har visat att mindre självkärlek har samband med mer ätstörningssymtom för AN-gruppen, vilket skulle kunna innebära att terapeuten, i de fall där man arbetar symtominriktat, samtidigt riskerar att angripa patientens självbild. Eventuellt är detta en av orsakerna till att prognosen är så dålig vid behandlingen av AN (Herzog et al., 1993; McIntosh et al., 2005), det vill säga att ätstörningssymtomen upptar en så stor del av, samt är så tätt förknippade med självbilden. Detta är ett förslag på varför terapeuten ofta inte lyckas i sin behandling, och det som spelar in här är möjligen också principen om komplementaritet. Som terapeut kan det vara av vikt att agera komplementärt på den positiva sidan (motsvarande SASB kluster 2–4), samt även i vissa avseenden när det gäller kontroll. Negativ, fientlig komplementaritet är däremot inte ändamålsenlig och har i en artikel av Gurtman (2001) visat sig vara en kraftfull prediktor för att kunna förutsäga utgången av en terapi.

Ett sätt att försöka förklara betydelsen av ett komplementärt agerande i behandlingen presenteras i Figur 2 och 3 nedan. Området A är den icke-överlappande del av självbilden som inte är förknippad med symtom, medan B är den del av patientens självbild där hon/han identifierar sig med symtomen, och C är symtom som inte är direkt förknippade med självbilden. Området A, där patientens förändringsbenägna och positiva sidor kommer till uttryck och terapeuten agerar komplementärt till dem, skulle i denna schematiska bild möjligen vara nyckeln till den terapeutiska alliansen. Och det området är på grund av det starkare sambandet mellan Affiliation och symtom i AN betydligt mindre i den gruppen än i BN. Detta innebär med andra ord att det i arbetet med BN-patienter eventuellt är lättare att angripa symtomen utan att samtidigt riskera att angripa självbilden.



Figur 2. Sambandet mellan självbild och ätstörningssymtom vid diagnosen AN.



Figur 3. Sambandet mellan självbild och ätstörningssymtom vid diagnosen BN

I behandlingen av ätstörningar, AN i synnerhet, kan det därför vara viktigt med fokus på relationen patient-terapeut och att arbeta med såväl ätstörningssymtom som självbild. Därför

kan det möjligen vara motiverat att tillsammans gå igenom och förtydliga vilka symtom som är mål för behandlingen och att arbeta för att patienten ska kunna utveckla sin självbild i riktning mot mer självkärlek och mindre självkontroll; för att patienten så småningom kunna göra en tydligare åtskillnad mellan symtom och självbild.

Framtida studier

Framtida forskning bör till att börja med replikera resultaten från föreliggande studie för att säkerställa att resultaten är giltiga och generaliserbara. Det bör göras med ett jämnare antal deltagare i respektive diagnosgrupp. Kommande studier skulle också kunna utökas i fråga om diagnosgrupper och då inkludera ätstörning-UNS. Viktigt är också att fortsätta forskningen kring kopplingen mellan utvecklingsmässiga förgrunder till ätstörningar, och vad som sedan orsakar utvecklandet av olika diagnoser.

Slutord

Tidigare studier tyder på att negativ självbild utgör en risk för att utveckla ätstörningar men att det däremot är mer oklart hur den negativa självbilden påverkar utvecklandet av olika former av ätstörningar. Föreliggande studie återfann en skillnad i hur ätstörningssymtom relaterar till självbilden hos diagnoserna AN respektive BN. De huvudsakliga resultaten visade på ett signifikant samband för AN mellan ätstörningssymtom och självbild, där fler ätstörningssymtom var förknippat med mindre självkärlek. AN-gruppen hade också en högre grad av självkontroll.

Ätstörningarnas etiologi är komplicerad och handlar sannolikt inte om en faktor eller orsak utan snarare om ett samspel av flera olika faktorer över tid, där den psykologiska orsaksfaktorn självbild utgör en av dessa. Det är relevant att fortsätta denna forskning för att finna tydligare orsaker till skillnaderna mellan diagnosgrupperna. De praktiska implikationerna av de samlade forskningsresultaten kan vara av stort värde, inte minst vad gäller behandlingen. Om man i psykoterapi tar hänsyn till denna skillnad skulle det förhoppningsvis kunna leda till en mer effektiv och fungerande behandling.

REFERENSER

- Alfonso, T., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89–97.
- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV – TR*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Armeliu, V., & Armeliu, B.Å. (2000). *Självbild, relationer och affektioner, SASB-modellen: en introduktion*. Opublicerat manuskript, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, Sverige.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L.S. (2000). *SASB Intrex user's manual*. University of Utah.

- Benjamin L.B., Rothweilwer J.C., & Critchfield K.L. (2006). *The Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) as an assessment tool. Annual Review Clinical Psychology, 2*, 83–109
- Björck, C. (2006). *Self-image and eating disorders*. (Akademisk avhandling). Karolinska Institutet: Stockholm.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (in press) Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up, *Eating behaviors*.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hällström, T., & Norring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: Ratings of SASB self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 337–349.
- Björck, C., Heilig, M., & Printzén, P. (2006). *Stepwise: Ett datorbaserat kvalitetsäkringsverktyg för ätstörningsvård*. Stockholms läns landsting.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bulik, C., Reba, L., Siege-Riz, A.M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 52–59.
- Bulik, C., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S., Aggen, S., & Sullivan, P. (2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 366–368.
- Carter, J., Steward, A., & Fairburn, C. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 625–632.
- Clark-Carter, D., (2004). *Quantitative psychological research: a students handbook (2:a upplagan)*. Hove and New York: Psychology Press.
- Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S., & Norring, C. (2004). Patient Satisfaction with Treatment in Eating Disorders: Cause for Complacency or Concern. *European Eating Disorders Review, 12*, 240–246.
- Clinton, D., & Norring, C. (red.). (2002). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Egidius, H. (red.). (2005). *Natur och kulturs psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Erickson, T. & Pincus, A. (2005). Using Structural Analysis of Social Behavior (SASB). Measures of Self- and Social Perception to Give Interpersonal Meaning to Symptoms. *Assessment, 12*, 243–254.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B.W. (1998). *SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders. Clinical Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Ghaderi, A. (2001). *Eating Disorders – Prevalence, Incidence and Prospective Risk Factors for Eating Disorders among Young Adult Women in the General Population*. (Akademisk avhandling). Uppsala Universitet: Universitetsstryckeriet.
- Glass, G.V., & Hopkins, K.D. (1996). *Statistical methods in education and psychology* (3:e upplagan). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Gurtman, M.B. (2001). Interpersonal Complementarity: Integrating Interpersonal Measurement With Interpersonal Models. *Journal of Counseling Psychology*, 48(1), 97–110.
- Halmi, A., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., Treasure, J., Berretini, W., & Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799–1805.
- Herzog, D.B., Sacks, N., Keller, M., Lavori, P.W., Ranson, K.B., & Gray, H. (1993). Patterns and Predictors of Recovery in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 32, 835–842.
- Horesh, N., Zalsman, G., & Apter, A. (2000). Internalized anger, self-control, and mastery experience in inpatient anorexic adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 247–253.
- Jerlang, E., Egeberg, S., Halse, J., Jonassen, A., Ringsted, S., & Wedel-Brandt, B. (1999). *Utvecklingspsykologiska teorier*. Angered: Liber.
- Johnsson, P. (1990). *Anorexia nervosa och bulimia nervosa: självbild, försvar och differentiering*. (ss. 16–17) (Akademisk avhandling). Lunds Universitet.
- Karlsson, L. (2001). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Keel, K., Mitchell, J., Miller, K., Davis, T., & Crow, S. (2000). Predictive Validity of Bulimia Nervosa as a Diagnostic Category. *American Journal of Psychiatry*, 157, 136–138.
- Lorr, M., & Strack, S. (1999). A study of benjamin's eight-facet structural analysis of social behavior (sasb) model. *Journal of Clinical Psychology*, 55(2), 207–215.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F.A., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Bulik, C.M., Frampton, C., & Joyce, P.R. (2005). Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 741–747.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik: att förstå personlighetsstruktur*. (ss. 72–74). Stockholm: Walström och Widstrand.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P.J.V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 551–567.
- Nevell, P., & Sohlberg, S. (1999). *Introduktion till interpersonell teori och terapi, särskilt enligt SASB*. Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, Sverige.

- O'Kearney, R. (1995). Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 115–127.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., & Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 6, 166–170.
- Sandeberg, A.M., & Bengtsson O. (2005). *Åtstörningar*. Läkemedelsboken 2005/2006: Apoteket.
- Shaver, R., & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39, 24–45.
- Sohlberg, S. (1991). Impulse Regulations in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Some Formulations. *Behavioural Neurology*, 4, 189–202.
- Sohlberg, S., & Birgegård, A. (2003). Persistent Complex Subliminal Activation Effects: First Experimental Observations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 302–316.
- SPSS Incorporated. (2004). *SPSS for Windows*. Version 12.0.1.
- Teigen, K.H., (2006). *En psykologihistoria*. Stockholm: Liber AB.
- Tozzi, F., Thornton, L., Klump, K., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A., Strober, M., Woodside, B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K., Pollice, C., Lilenfeld, L., Berrenti, W., Bulik, C., & Kaye, W. (2005). Symptom Fluctuation in Eating Disorders: Correlates of Diagnostic Crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162, 732–740.
- Tyrka, A., Waldron, I., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective Predictors of the Onset of Anorexic and Bulimic Syndromes. *Eating Disorders*, 32, 282–290.
- Ventura, J., Liberman, R., Green, M., Shaner, A., & Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Psychiatry Research*, 79, 163–173.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (1999). Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *Journal of Eating Disorders*, 28, 370–376.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547–562.
- Vitousek, K., & Watson, S. (1998). Enhancing motivation for change in treatment – resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391–420.

BILAGOR

Bilaga 1: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR

Anorexia nervosa

- A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85% av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade).
- B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, dvs minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen.)

Specificera typ:

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

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

Bulimia nervosa

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av 1) och 2).
 - 1) personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter
 - 2) personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter)
- B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
- C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.
- D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
- E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Specificera typ:

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

Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte

regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang

Ätstörning UNS

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

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.
2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.
3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.
4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallad kräkning efter att ha ätit två småkakor).
5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Hetsätning: Personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteendena som annars karakteriserar bulimia nervosa.