



UPPSALA UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 20 p
Höstterminen 2006

Ätstörningar, psykiatrisk komorbiditet och självbild

En sambandsstudie om samsjuklighet och självbild hos ätstörningspatienter

Louise Högdahl

Biträdande handledare
Andreas Birgegård

Handledare
Staffan Sohlberg

Examinator
Ann-Margret Rydell

Tack!

Min handledare Andreas Birgegård för en alldeles utmärkt handledning med värdefulla råd, konstruktiv kritik och stöd. Trots mina motgångar lyckades du alltid få mig att vilja fortsätta och tänka positivt.

Min handledare Staffan Sohlberg för viktiga synpunkter i en snabb och effektiv kommunikation.

Elisabeth Lannfelt för att du tog dig an att orientera mig i Sendia och Stepwise.

Caroline Björck för spontan vägledning i statistik och uppmuntrande ord på vägen.

Alla ni på KÄTS och SCÄ som frikostigt delat med er av samtalsrum och kunskaper. Ni gjorde min vistelse hos er mycket rolig och lärorik.

Sist men inte minst alla ni patienter som deltagit i Stepwise och därmed gjort denna uppsats möjlig.

Ätstörningar, psykiatrisk komorbiditet och självbild

Louise Högdahl

Abstract

Hos personer med ätstörningar förekommer ofta även komorbida störningar. I DSM-IV delas ätstörningar upp i anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och Ätstörningar utan närmare specifikation (UNS). Syftet i den aktuella studien var att belysa eventuella samband mellan ätstörningstyp, komorbida störningar och självbild. Frågeställningar var om det finns något samband mellan ätstörningstyp och förekomst av förstämningssyndrom eller ångestsyndrom enligt SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) samt om det finns något samband mellan ätstörningstyp, andra störningar och självbild enligt Structural Analysis of Social Behavior (Benjamin, 2000). Hypoteser var att tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom är vanligare vid AN, förstämningssyndrom vanligare vid BN samt att ätstörningspatienter med förstämningssyndrom har mer negativ självbild än de utan förstämningssyndrom. Totalt deltog 313 ätstörningspatienter. UNS inkluderades i AN respektive BN. Resultaten visar ett mönster för att AN har mer ångestsyndrom och BN mer förstämningssyndrom. Patienter med förstämningssyndrom har mer negativ självbild än patienter utan förstämningssyndrom och BN med ångest har mer negativ självbild än AN med ångest. Möjliga orsaker till förekomst av komorbida störningar och behandlingsimplikationer diskuteras liksom betydelsen av en negativ självbild och förslag på vidareutveckling av resultaten.

Nyckelord: Ätstörningar, komorbiditet, självbild.

1. Inledning.....	6
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Anorexia nervosa.....	6
1.3 Bulimia nervosa.....	7
1.4 Ätstörning utan närmare specifikation (UNS).....	8
1.5 Klassificering av ätstörningar.....	8
1.6 Komorbiditet.....	9
1.6.1 Förstämningssyndrom.....	9
1.6.1.1 Egentlig depression.....	9
1.6.1.2 Depression UNS.....	9
1.6.2 Ångestsyndrom.....	9
1.6.2.1 Tvångssyndrom (OCD).....	10
1.6.2.2 Specifik fobi.....	10
1.6.2.3 Social fobi.....	10
1.6.2.4 Generaliserat ångestsyndrom (GAD).....	10
1.6.2.5 Paniksyndrom med eller utan anamnes på agorafobi.....	10
1.6.2.6 Agorafobi utan anamnes på paniksyndrom.....	11
1.6.2.7 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).....	11
1.6.2.8 Ångestsyndrom UNS.....	11
1.6.2.9 Dysmorfofobi (BDD).....	11
1.6.3 Särskilda klagoranden och exkluderade diagnoser.....	11
1.7 SASB och självbild.....	12
1.7.1 Testreliabilitet.....	15
1.8 Behandlingsimplikationer.....	15
1.9 Syfte och frågeställningar.....	15
1.9.1 Syfte.....	15
1.9.2. Frågeställning 1.....	15
1.9.3 Frågeställning 2.....	16
2. Metod.....	16
2.1 Översikt.....	16
2.2 Deltagare.....	16
2.3 Etiska överväganden.....	17
2.4 Instrument och material.....	17
2.4.1 SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders).....	17
2.4.2 RIKSÅT.....	17
2.4.3 SASB Intrex.....	17
2.5 Procedur.....	17
2.6 Design.....	18
2.7 Databearbetning och statistiska analyser.....	18
3. Resultat.....	18
3.1 Deskriptiv statistik.....	18
3.1.1 Deskriptiv statistik för Sendia- och Stepwisegruppen.....	18
3.1.2 Deskriptiv statistik för försöksdeltagarna.....	19
3.2 Frågeställning 1.....	19
3.3.2 Deskriptiv statistik för förekomst av förstämningssyndrom i AN- respektive BN-gruppen.....	19
3.2.1 Jämförelse mellan patientgrupperna med avseende på förstämningssyndrom.....	20
3.2.2 Korrelation för förstämningssyndrom och ålder.....	20
3.2.3 Jämförelse mellan patientgrupperna med avseende på ångestsyndrom.....	20
3.3 Frågeställning 2.....	21

3.3.1 Analys av skillnader mellan grupperna	23
4. Diskussion	24
4.1 Frågeställning 1	24
4.1.1 Sammanfattning och tolkning av resultaten avseende förstämningssyndrom	24
4.1.2 Sammanfattning och tolkning av resultaten avseende ångestsyndrom	25
4.2 Frågeställning 2	27
4.2.1 Sammanfattning och tolkning av resultaten	27
4.3 Metoddiskussion	28
4.3.1 Metodens styrkor och svagheter	28
4.4 Slutsatser och framtida forskning	29
5. Referenser	31
6. Bilaga	34

1. Inledning

Hos individer med ätstörning är det mycket vanligt med andra psykiska störningar, i synnerhet förstärknings- och ångestsyndrom (Clinton & Norring, 2002). Gruppen ätstörda karakteriseras även av en negativ självbild (Björck, 2006). Kan det vara så att vissa typer av ätstörningar är mer nära förknippade med särskilda förstärknings- och ångestsyndrom än andra och går det att se något samband mellan typ av ätstörning i kombination med komorbida störningar och graden av negativ självbild? Den aktuella studien tar dessa frågor i beaktande för att öka förståelsen för ätstörda individers fulla symtomatologi. På sikt kan detta bidra till att bättre kunna definiera specifika grupper för att kunna predicera utfallsprognos och ge rätt behandling till rätt individ.

1.1 Bakgrund

En ätstörning kan generellt definieras som en ihållande störning av ätbeteendet eller ett beteende ämnat att kontrollera kroppsvikten, vilket signifikant försämrar den fysiska hälsan eller psykosocialt fungerande, och inte är sekundärt till något generellt medicinskt tillstånd eller någon annan psykisk störning (Klein & Walsh, 2004). Ätstörningar har existerat sedan en lång tid tillbaka men det är endast de senaste 100-150 åren som är väldokumenterade. Tidigare förekommer i litteraturen enbart enstaka sporadiska medicinska fallbeskrivningar av uppmärksammade personer (Clinton & Norring, 2002). De mest kända ätstörningarna är anorexia nervosa (AN) och bulimia nervosa (BN). Anorexia nervosa är grekiska för nervös aptitlöshet, en benämning som är missvisande eftersom personen inte tappat aptiten utan tvingar sig att bekämpa sin hunger. Syndromet beskrevs första gången i medicinsk litteratur av Sir William Gull (England) och Ernest-Charles Lasegue (Frankrike) på 1870-talet som ett tillstånd med stor viktnedgång, utebliven menstruation under minst tre månader, så kallad "amennoré", psykisk störning och ökad aktivitet, en beskrivning som till stor del motsvarar dagens DSM-IV kriterier för störningen. Termen bulimia nervosa härstammar sannolikt från grekiskans bous (oxe) och limos (hunger) (Klein & Walsh, 2004) och finns beskriven sporadiskt från medeltiden och framåt. Första gången BN beskrevs systematiskt som ett kliniskt syndrom så som vi känner det idag var 1979 i en artikel av professor Gerald Russell (Clinton & Norring, 2002). Dock uppvisar många personer störda ätbeteenden av klinisk signifikans som inte uppfyller kriterierna för AN eller BN. Dessa diagnostiseras enligt DSM-IV som Ätstörning utan närmare specifikation (UNS) (American Psychiatric Association, 2002). Kunskapen om Ätstörning UNS är begränsad då denna diagnos oftast utesluts ur vetenskapliga studier (Clinton & Norring, 2002). Överlag tycks ätstörningar öka medan den drabbade populationen har förblivit densamma d v s till ungefär 90 procent unga kvinnor (Barlow & Durand, 2002). Orsaken till att någon utvecklar en ätstörning anses vara multifaktoriell, det finns ingen direkt känd enskild orsak. En multifaktoriell modell innehåller flera biologiska, psykologiska och miljömässiga riskfaktorer (Klein & Walsh, 2004).

1.2 Anorexia nervosa

Livstidsprevalensen, d v s den uppskattade risken för att drabbas någon gång i livet, för AN hos kvinnor är ca 0.5-2 procent. Störningen drabbar kvinnor i mycket större utsträckning än män med ca 10-20:1 kvinnor-män (Klein & Walsh, 2004). En person med AN är extremt återhållsam i sitt födointag och ägnar sig ofta åt överdriven motion. Kroppsuppfattningen är förvrängd så att personen uppfattar sig som mycket större än hon verkligen är och hon likställer viktminskning med personlig framgång. Detta bidrar till att personer med AN ofta är motvilliga till att söka behandling och störningen blir

ofta långvarig (Franko & Keel, 2006). En studie har funnit att perfektionism som ett personlighetsdrag ofta föregår utvecklandet av AN (Tyrka, Waldron, Graber, & Brooks-Gunn, 2002).

Vanliga psykiska symtom vid AN är bland annat sömnstörningar, kognitiv dysfunktion, nedsatt minnesfunktion, koncentrationsproblem och perceptuella avvikelser. Vanliga somatiska symtom är låg vikt och generell avmagring, nedsatt hudtemperatur, torr hud, förstörade spottkörtlar, kardiovaskulära problem, mag- och tarmsymtom, nedsatt muskelkraft och fin behåring, ”lanugohår”, i nacke, på armar och ben. Monoaminer, neurotransmittorer och hormon uppvisar förändrade nivåer. Svälttillstånd leder till en ökad serotoninfunktion vilket hämmar kroppsliga signaler som annars stimulerar till ätande (Clinton & Norring, 2002).

Enligt DSM-IV är kriterierna för diagnosen AN att kroppsvikten ska vara mindre än 85 procent av den förväntade baserat på ålder, kön och längd. Personen ska ha en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock samt en störd kroppsupplevelse gällande vikt eller form. Dessutom ska självkänslan vara överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form alternativt att personen förnekar allvaret i den låga kroppsvikten. Amenoré ska förekomma hos menstruerande kvinnor. AN delas in i två typer, med eller utan hetsätning/själrensning. AN utan hetsätning/själrensning innebär att personen inte regelmässigt hetsäter eller ägnar sig åt självrensande åtgärder. AN med hetsätning/själrensning innebär att personen regelmässigt hetsäter eller ägnar sig åt självrensning som självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang (American Psychiatric Association, 2002). Denna senare typ av AN är förknippad med sämre prognos än den med enbart restriktiva ätbeteenden (Clinton & Norring, 2002). Hetsätning definieras som att inom en avgränsad tidsperiod äta betydligt mer än de flesta skulle tycka var normalt och att uppleva kontrollförlust över vad och hur mycket man äter (American Psychiatric Association, 2002). AN är en svår och allvarlig störning som har den högsta dödligheten av alla psykiatriska diagnoser. Det vanligaste är att personen avlider av fysiska komplikationer direkt relaterade till ätstörningen, näst vanligast är att personen avlider genom suicid (Franko & Keel, 2006).

1.3 Bulimia nervosa

BN är mer vanligt förekommande än AN med en livstidsprevalens på 1-3 procent hos kvinnor. Förhållandet kvinnor-män är ungefär 10:1. BN kan sammanfattas som en beteendestörning med återkommande hetsätning och kompensatoriska beteenden för att undvika viktuppgång (Klein & Walsh, 2004). Personen har en relativt realistisk kroppsuppfattning och har ofta insikt i att beteenden som hetsätning och självrensning är sjukt och är därmed mer benägen att söka behandling än personer med AN (Franko & Keel, 2006). Vid BN är ätbeteendet förändrat och personen känner en abnormt ökad drift att äta och/eller har improduktiva mättnadskänslor (Klein & Walsh, 2004). En studie har funnit att negativ emotionalitet ofta föregår utvecklandet av BN (Tyrka et al., 2002). Personer med BN har oftast normal vikt. En metod för att avgöra om någon är normalviktig är att beräkna personens så kallade kroppsmassa i ett index¹ kallat BMI (Body Mass Index). Normal vikt motsvaras av ett BMI mellan 20 och 25 (Fairburn, 1995).

¹ BMI=kg/m² (BMI är lika med vikten i kilogram delat med längden i meter i kvadrat)

Vanliga somatiska symtom vid BN är inflammation i svalget, blödning i ögats blindhinna, hjärtarytmi, förstörade spottkörtlar och tandemaljskador. Ändrade halter av neurotransmittorer och hormon förekommer. Flera forskare har visat att låga serotoninhalter (Clinton & Norring, 2002), som även uppvisas vid depression (SBU, 2004), förekommer vid BN. Detta antas kunna provocera ökat kolhydratintag vilket skulle kunna leda till hetsätningsattacker i syfte att självmedicinera (Clinton & Norring, 2002).

DSM-IV kriterier för BN inkluderar återkommande episoder av hetsätning följt av återkommande olämpliga kompensatoriska beteenden för att inte gå upp i vikt, exempelvis självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion. Både hetsätandet och det kompensatoriska beteendet ska förekomma i genomsnitt minst två gånger i veckan under minst tre månader och självkänslan ska vara överdrivet påverkad av kroppsform och vikt. BN förekommer med eller utan självrensning. BN med självrensning innebär att personen regelmässigt ägnar sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang. BN utan självrensning innebär att personen endast använder sig av fasta eller överdriven motion som kompensation (American Psychiatric Association, 2002).

1.4 Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)

Ätstörning UNS används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för AN eller BN men är kliniskt tillräckligt allvarliga. I DSM-IV omnämns tre olika ätstörningar UNS som har mycket gemensamt med AN respektive BN. Vid UNS1 är alla kriterier för AN uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden. UNS2 innebär att alla kriterier för AN är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång. Vid UNS3 är alla kriterier för BN är uppfyllda förutom att hetsätandet och de kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader (American Psychiatric Association, 2002).

1.5 Klassificering av ätstörningar

Exakt hur ätstörningar bäst ska klassificeras har länge diskuterats. Ungefär hälften av patienterna med kliniskt signifikanta ätstörningar uppfyller inte kriterierna för vare sig AN eller BN utan hamnar i kategorin Ätstörning UNS (Watson & Andersen, 2003). Det är också vanligt att personer med ätstörning rör sig mellan diagnoserna så att ätstörningen exempelvis börjar med AN men senare leder till BN som i sin tur leder till en störning UNS (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

En studie jämförde kvinnor som uppfyllde alla kriterier för AN med kvinnor som uppfyllde kriterierna för AN bortsett från kriterierna för amenorré och en vikt högre än 85 procent av den förväntade. Resultatet visade att det endast fanns få signifikanta skillnader mellan grupperna avseende sjukdomshistoria, behandlingsrespons och psykopatologi (Watson & Andersen, 2003). Dessa fynd antyder att Ätstörning UNS1 och UNS2 är likvärdiga AN. En annan studie föreslår en sammanslagning av BN med liknande UNS diagnoser på grund av de delar samma distinkta psykopatologi (Fairburn et al., 2003). Utifrån dessa två studier har UNS1 och UNS2 grupperats med AN och UNS3 med BN i den aktuella studien. Av praktiska skäl används enbart termerna AN och BN för att hänvisa till indelningen AN/UNS1/UNS2 respektive BN/UNS3 genomgående i den aktuella studien om inte annat anges.

1.6 Komorbiditet

Patienter med ätstörningar uppfyller ofta kriterier för andra psykiatriska diagnoser. Förstämmnings- och ångestsyndrom är exempel på komorbida störningar som är överrepresenterade och särskilt vanliga hos denna patientgrupp (Clinton & Norring, 2002). Blinder, Cumella och Sanathara (2006) beskriver en relevant studie som visade att slutenvårdspatienter med ätstörning som hade minst en aktuell komorbid axel-I störning uppgick till 97 procent. En annan studie visade att livstidskomorbiditet för någon axel-I störning bland ätstörda patienter var 80-97 procent (Blinder et al., 2006). Hur dessa diagnoser är fördelade mellan AN och BN är oklart men ett flertal studier indikerar att vissa diagnoser är mer vanligt förekommande i samband med särskilda typer av ätstörningar.

1.6.1 Förstämmningssyndrom

Forskning tyder på att depression är vanligare hos patienter med hetsätningssymtom än hos självsvältande patienter (Norrning & Palmer, 2005). Livstidsprevalensen för det mest frekvent diagnostiserade förstämmningssyndromet, egentlig depression (Barlow & Durand, 2002), antas dock variera mellan 50 och 71 procent vid AN och 61 procent vid BN (Godart et al., 2006). Detta kan jämföras med normalpopulationens livstidsprevalens på ungefär 5-25 procent för kvinnor och 3-10 procent för män (SBU, 2004). De förstämmningssyndrom som är relevanta för den aktuella studien är egentlig depression och depression UNS. Dessa beskrivs nedan såsom de är definierade i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002).

1.6.1.1 Egentlig depression

Vid egentlig depression känner personen nedstämdhet och/eller har minskat intresse eller glädje för de flesta aktiviteter. Dessutom förekommer minst fem av följande symtom under samma tvåveckorsperiod; viktnedgång/viktuppgång, minskad/ökad aptit, sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla eller brist på energi, känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet. Personen har återkommande tankar på döden, självmordstankar, gör självmordsförsök eller har självmordsplaner. Depressionen kan förekomma under en enstaka episod eller vara av återkommande typ.

1.6.1.2 Depression UNS

Depression UNS omfattar störningar med depressiv förstämmning som inte uppfyller kriterierna för något specifikt förstämmningssyndrom. Det kan exempelvis röra sig om en lindrigare form av depression som inte uppfyller alla kriterier för egentlig depression, anamnes på återkommande kortvariga depressioner med duration 2 dagar till 2 veckor eller så kallat premenstruellt dysforiskt syndrom vilket innebär att symtom på depression regelbundet uppkommer under veckan före menstruation.

1.6.2 Ångestsyndrom

En studie visar att slutenvårdspatienter med AN oftare lider av tvångssyndrom än slutenvårdspatienter med BN och att slutenvårdspatienter med AN med självrensning har en högre förekomst av PTSD än slutenvårdspatienter med AN utan självrensning, BN och Ätstörning UNS (Blinder et al., 2006). Livstidsprevalensen för ångeststörningar uppges variera mellan 33-72 procent hos personer med AN och mellan 41-75 procent hos personer med BN (Godart et al., 2006). Hos normalpopulationen är denna siffra omkring 25-30 procent för kvinnor och 13-20 procent för män (von Knorrning et al.,

2005). Relevanta ångestsyndrom för den aktuella studien är tvångssyndrom, specifik fobi, social fobi, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom med och utan agorafobi, agorafobi utan anamnes på paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, ångestsyndrom UNS och dysmorfofobi. Dessa beskrivs nedan såsom de är definierade i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) samt enligt andra källor där så anges.

1.6.2.1 Tvångssyndrom (OCD)

Vid tvångssyndrom fokuserar personen på att undvika skrämmande eller motbjudande påträngande tankar och/eller neutralisera dessa genom att ägna sig åt tvångsmässiga handlingar (Barlow & Durand, 2002). Tankarna ger upphov till ångest eller lidande och är inte bara en överdriven oro inför verkliga problem. Tvångshandlingarna kan vara mentala eller konkreta och utförs i syfte att undvika lidande eller förhindra att någon fruktad händelse eller situation inträffar. Det finns dock inte något egentligt samband med det som de syftar till att neutralisera eller förhindra eller är i sammanhanget betydligt överdrivna. Personen har insikt i att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga. Om någon annan axel I-störning finns med i bilden är innehållet i tvångstankarna eller tvångshandlingarna inte enbart begränsat till denna, som exempelvis fixering vid mat vid ätstörningar.

1.6.2.2 Specifik fobi

En person med specifik fobi undviker, eller uthärdar ett särskilt objekt, företeelse eller situation som framkallar svår ångest och/eller panik. Personen är medveten om att rädslan är orimlig eller överdriven. Störningen ska pågå under minst sex månader.

1.6.2.3 Social fobi

Social fobi innebär en stark rädsla för att befinna sig tillsammans med andra, särskilt vid situationer som innebär prestation av något slag (Barlow & Durand, 2002). Rädslan kan gälla en eller flera olika situationer och är förknippad med att bli kritiskt granskad av andra, att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig finns hos personen. Den fruktade situationen undviks helt eller uthärdas under intensiv ångest eller plåga. Om det samtidigt föreligger någon annan psykisk störning eller sjukdom så har inte rädslan något samband med denna; till exempel gäller rädslan inte uppvisande av onormalt ätbeteende vid en ätstörning.

1.6.2.4 Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Överdriven ångest och oro relaterad till flera vardagliga situationer är karaktäristiskt för generaliserat ångestsyndrom (Barlow & Durand, 2002). Vanligt är bland annat oro över skol- eller arbetsprestationer och oron uppträder flertalet dagar under minst sex månader. Personen har stora svårigheter att kontrollera oron och symtomen kan bland annat visa sig som rastlöshet, vara på helspänn, ha lätt att bli uttröttad, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, muskelspänningar och sömnstörningar. Rädslan och oron är inte enbart begränsat till symtom på någon axel I-störning, exempelvis rädsla för viktuppgång vid en ätstörning och visar sig inte bara i samband med något förstämningssyndrom eller en psykos.

1.6.2.5 Paniksyndrom med eller utan anamnes på agorafobi

Stark rädsla och ångest för att utveckla en panikattack. Vid anamnes på agorafobi är rädslan förknippad med vissa platser eller situationer där panikattacker tidigare

utvecklats. Utan anamnes på agorafobi innebär att personen är rädd att utveckla en panikattack men att attackerna kommer spontant och inte i samband med någon specifik plats eller situation.

1.6.2.6 Agorafobi utan anamnes på paniksyndrom

Agorafobi innebär en stark rädsla som är förknippad med att på vissa platser eller vid vissa situationer utveckla panikrelaterade symtom som exempelvis yrsel eller diarré. Rädslan är förknippad med att befinna sig på platser eller i situationer där det kan vara svårt eller genant att behöva avvika eller där hjälp inte är tillgänglig i fall symtom skulle uppkomma. Vanliga exempel är då personen befinner sig hemifrån, bland andra människor, står i kö eller är på resa i buss, tåg eller bil.

1.6.2.7 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Vid PTSD har personen varit utsatt för en traumatisk händelse som inneburit död, allvarlig skada eller hot mot egen eller andras fysiska integritet och reagerat med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Den traumatiska händelsen återupplevs genom minnesbilder, tankar, perceptioner, mardrömmar, handlingar eller känslor. Den drabbade känner ett intensivt obehag inför signaler som symboliserar eller liknar den traumatiska händelsen och undviker ständigt sådana stimuli. Psykiska symtom är minnessvårigheter, minskat intresse av aktiviteter, likgiltighet eller främlingskap inför andra människor, begränsade affekter, känsla av att sakna framtid, sömnproblem, irritabilitet, vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet och lättskrämdhet. Störningen ska vara i mer än en månad.

1.6.2.8 Ängestsyndrom UNS

En person som har en störning med ångest eller fobiskt undvikande som inte förklaras med någon specifik diagnos kan få diagnosen Ängestsyndrom UNS. Det kan exempelvis röra sig om kliniskt signifikanta symtom på social fobi vilka kan kopplas till de sociala konsekvenserna av att ha en somatisk sjukdom/skada som Parkinsons sjukdom eller hudsjukdomar eller en psykisk störning som AN eller dysmorfofobi. Det kan också röra sig om fall där klinikern inte kan avgöra om störningen är primär eller orsakad av någon somatisk sjukdom/skada eller är substansinducerad.

1.6.2.9 Dysmorfofobi (BDD)

Dysmorfofobi tillhör DSM-IV spektrumet för somatoforma syndrom. Störningen innebär att personen är fixerad vid en inbillad defekt i utseendet. Fixeringen förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning, som exempelvis upptagenhet av figur och vikt vid AN (American Psychiatric Association, 2002). Studier har påpekat en klinisk likhet mellan BDD och OCD i det att vid båda störningarna förekommer upprepade, tvångsmässiga tankar kring specifika ting och tvångshandlingar utförs i ett försök att minska oron och ångesten. Andra studier har funnit stöd för att BDD oftast förekommer hos patienter med OCD och social fobi och föreslår att de tre störningarna därför kan dela etiologiska faktorer (Jolanta & Tomasz, 2000). På grund av de stora likheterna med OCD och det nära sambandet till social fobi inkluderas BDD i kategorin ängestsyndrom i den aktuella studien.

1.6.3 Särskilda klagoranden och exkluderade diagnoser

För samtliga nämnda diagnoser inom både förstärknings- och ängestsyndrom gäller kriteriet att symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden samt att symtomen inte beror på direkta

fysiologiska effekter av någon substans eller av somatisk sjukdom eller skada (American Psychiatric Association, 2002).

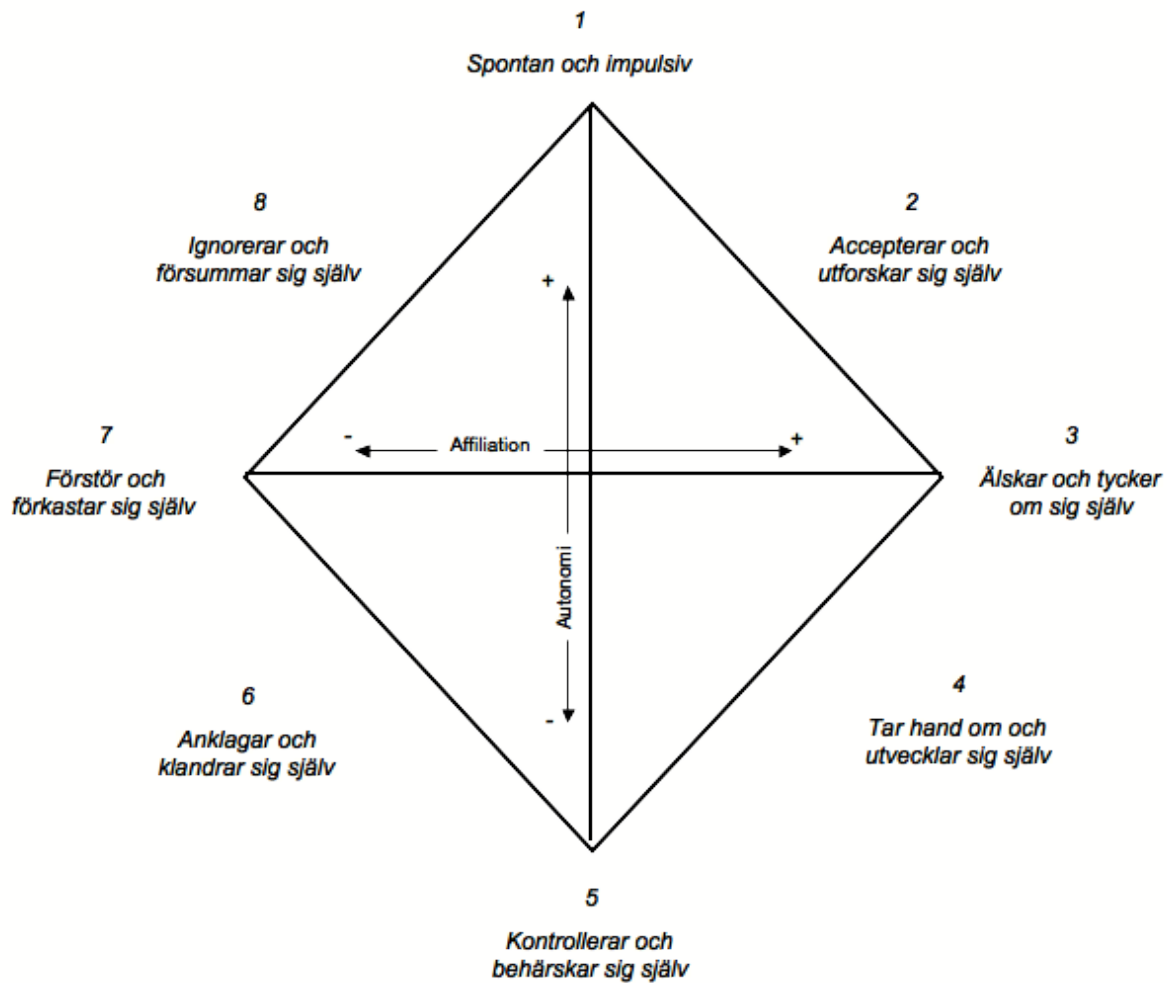
I DSM-IV kategorierna förstämningssyndrom respektive ångestsyndrom ingår ett flertal andra diagnoser än de som nämnts ovan. På grund av att dessa övriga diagnosers etiologi, duration eller definition avviker signifikant gällande den aktuella studiens undersökningssyfte och frågeställningar ligger dessa utanför fokus för den aktuella studien. Exempelvis så är dystymi ett förstämningssyndrom som påminner om en lättare form av egentlig depression. Diagnosen har exkluderats ur den aktuella studien då ett kriterium är att störningen ska ha pågått under minst två år, något som skiljer sig markant från exempelvis kriteriet för duration vid egentlig depression, vilket är minst två veckor. Vid bipolära förstämningssyndrom förekommer maniska eller hypomana episoder vilket innebär att personen upplever en ihållande och abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnestämning. Dessa sinnestillstånd skiljer sig från de som upplevs vid unipolära förstämningssyndrom där sinnestillståndet snarare präglas av nedstämdhet och minskat intresse eller glädje. Akut stressyndrom tillhör kategorin ångestsyndrom och kan kort beskrivas som en lindrigare form av PTSD (American Psychiatric Association, 2002). I SCID-I finns diagnosen med som en del som intervjuaren gör bara om denne anser att det finns kliniskt signifikant ångest som inte redan täcks av andra diagnoser. Detta är något som varit extremt sällsynt i Stepwise (det datorbaserade bedömningsverktyget genom vilket data insamlats). Ångest- och förstämningssyndrom som orsakats av somatisk eller substansrelaterad grund är ytterligare exempel på diagnoser som exkluderats ur den aktuella studien då de skiljer sig etiologiskt från de inkluderade diagnoserna.

1.7 SASB och självbild

Negativ självbild och störningar i den psykologiska utvecklingen av självet har betraktats som typiskt för ätstörningar (Björck, 2006). En framgångsrik modell för att definiera och mäta självbild och interpersonella variabler är Structural Analysis of Social Behavior (SASB) (Benjamin, 1993) som har sin grund bland annat i Harry Stack Sullivans personlighetsteori (Nevell & Sohlberg, 1999). Modellen tillhör en grupp av teorier som övergripande kallas interpersonella, och som utgår från att allt mänskligt beteende huvudsakligen kan förstås mot bakgrund av det historiska och nuvarande interpersonella sammanhanget. Orsakerna till mänskligt beteende kan förstås genom att studera ömsesidig påverkan i samspelet mellan människor, individens beteenden är både orsak till och reaktion på den andres beteenden.

SASB är en cirkumplexmodell som systematiskt organiserar interpersonellt beteende i två axlar eller dimensioner. På den horisontella axeln kodas beteenden enligt anknytning (affiliation) från avvisande (hat) till accepterande (kärlek) och på den vertikala axeln kodas beteenden enligt beroende och oberoende (autonomi) (Nevell & Sohlberg, 1999). Självbild kan delas upp i beteenden som formar åtta olika kluster (Figur 1). I självskattningsformuläret SASB Intrex kan självbilden analyseras i klusterform vilket utmynnar i särskilda värden för respektive kluster. Det är även möjligt att sammanfatta klustervärdena till vektorvärden², vilket är ett sammanvägt värde för de kluster som ingår i affiliations- respektive autonomidimensionerna.

² Vektorerna räknas ut genom en formel där kluster som ligger på respektive axel viktas högre än kluster i diagonalerna: Affiliation = $(K3 \times 7.8 + K2 \times 4.5 + K4 \times 4.5 - K7 \times 7.8 + K8 \times 4.5 + K6 \times 4.5)$ Autonomi = $(K1 \times 7.8 + K2 \times 4.5 + K8 \times 4.5 - K5 \times 7.8 + K4 \times 4.5 + K6 \times 4.5)$



Figur 1. Självbildskluster i SASB cirkumplexmodell. På den horisontella axeln kodas beteenden enligt anknytning (affiliation). I affiliationsvektorn ingår kluster 2, 3, 4, 6, 7 och 8. Höga poäng på den högra delen och låga poäng på den vänstra delen av anknytning visar på en normal/positiv självbild. På den vertikala axeln kodas beteenden enligt beroende/oberoende (autonomi). I autonomivektorn ingår kluster 1, 2, 4, 5, 6 och 8. Måttliga värden på autonomi-axeln visar på en normal självbild.

Generellt betraktat kan självbild sägas vara den föreställning som en person har av sig själv (Egidius, 1994). Självbild skiljer sig från de närliggande begreppen självförtroende som kan sägas vara tilltro till den egna personens förmåga att prestera, och självkänsla som kan beskrivas som medvetenhet om den egna personens värde (Språkdata, 2003). Självbilden i ett interpersonellt perspektiv kan förklaras som ett dynamiskt system, den speglar inte bara tidiga erfarenheter av interpersonella relationer utan fungerar också som en organiserande faktor för perception av en själv och andra i sociala interaktioner (Björck, 2006).

En person med höga värden i Affiliation karaktäriseras av en självbild som bland annat innebär självkärlek och har i SASB Intrex till stor del bekräftat påståenden som exempelvis "Jag tar självklart hand om mig själv och sköter om mig själv då så behövs" och "Jag tycker väldigt mycket om mig själv och välkomnar möjligheter att vara med

mig själv”. En person med låga värden i Affiliation karaktäriseras av en självbild som bland annat innebär att förstöra och förkasta sig själv och har till stor del bekräftat påståenden som ”Jag underkänner mig själv – förkastar mig själv som värdelös” och ”Jag plågar, dödar och förintar mig själv därför att jag i grunden är så dålig”. Personen med hög Affiliation har förnekat de senare påståendena medan personen med låg Affiliation har förnekat de förra.

Höga värden i Autonomi karaktäriserar en självbild som innebär spontanitet och impulsivitet. Personen har bekräftat påståenden som ”Jag tar dagen som den kommer och är nöjd med att leva för dagen” och ”Jag känner mig fri att låta min egentliga natur utveckla sig som den vill”. En person med låga värden i Autonomi karaktäriseras av en självbild som innebär självkontroll och självbehärskning och har till stor del bekräftat påståenden som ”Jag satsar mycket energi på att se till att jag anpassar mig till gällande normer – jag är korrekt” och ”Jag kontrollerar och styr mig själv enligt de mål jag satt upp för mig” (Armeliuss & Benjamin, 1988). Personen med hög Autonomi har förnekat de senare påståendena medan personen med låg Autonomi har förnekat de förra.

En normal självbild definieras av ett grundläggande samspelelmönster som är kvalitativt skilt från ett patologiskt mönster. Detta motsvaras av höga värden inom kluster 2, 3 och 4 samt måttliga värden på beroende/oberoende d v s kluster 1 och 5 (Nevell & Sohlberg, 1999). En person som har höga värden på kluster 6, 7 och 8 har en negativ självbild och har mycket självklander, självhat och självförsummelse. Enligt teorin så reagerar personen sannolikt ofta med tjurande, avsky- och undvikandebeteenden och agerar med klandrande, attackerande och ignorerande beteenden. Dessa beteenden tenderar att locka fram beteenden från motsvarande kluster hos signifikanta andra och kan i det här fallet exempelvis vara klandrande, attackerande och ignorerande beteenden samt reaktioner i form av tjurande, hat och undvikande beteenden.

Då individens beteenden är både orsak till och reaktion på den andres beteenden leder en negativ självbild lätt till interpersonella problem. I en terapi kan det vara svårt för terapeuten att låta bli att svara med dessa så kallade komplementära beteenden. Vid behandling av patienter med mycket självhat finns risken att terapeuten responderar på ett avvisande eller anklagande sätt. En studie på utfall av behandling av ätstörningar tyder på att särskilt kluster 7 är den viktigaste variabeln för att predicera dåligt utfall. Dock saknades kontroll över behandlingsvariabeln så resultatet kan vara ett utslag av spontant tillfrisknande (Björck, Clinton, Sohlberg, & Norring, in press). Om inte patienten känner sig motiverad att samarbeta med terapeuten är förändring av exempelvis patientens mathållning och vikt föga sannolikt. En bristfällig arbetsallians mellan terapeut och patient kan dessutom leda till att terapin avslutas i förtid. Avhopp från terapi är vanligt bland ätstörda, studier antyder att upp emot 57 procent av ätstörda patienter avslutar terapin i förtid (Björck, 2006). SASB kan med fördel användas regelbundet som ett mått på behandlingsprocessen. SASB är både väl empiriskt förankrat och kliniskt användbart vid flera former av psykoterapi (Björck et al., in press). Paralleller kan dras mellan kluster 6, 7 och 8 och kriterier för depressionsdiagnos. Exempelvis omfattar depression bland annat känslor av nedstämdhet, värdelöshet och skuld (American Psychiatric Association, 2002). Dessa symtom kan tänkas ligga nära sådant som kodalas på affiliationsvektorn och torde därmed ge lägre värden hos patienter med depression än utan depression. Ängeststörningar är i allmänhet inte lika knutna till självklander, självdestruktivitet och

självförsummelse som depression. Dock är det tänkbart att även ångeststörningar är förknippat med låga värden på affiliationsvektorn.

1.7.1 Testreliabilitet

SASB testreliabilitet för respektive klustervärden analyserades med Cronbach's alpha (Tabell 1). En acceptabel testreliabilitet är enligt Armelius (2001) minst $\alpha = .70$. Resultatet visar att samtliga kluster håller en acceptabel testreliabilitet med undantag för kluster 1, 4 och 8.

Tabell 1

Cronbach's alpha (α) för SASB testreliabilitet för respektive kluster.

Kluster	α
1	.510
2	.842
3	.779
4	.636
5	.702
6	.732
7	.777
8	.643

1.8 Behandlingsimplikationer

Sannolikt förekommer stora skillnader mellan ätstörda individer i fråga om både symtomatologi och funktionsnivå. Detta beror till stor del på huruvida det finns en anamnes på komorbida störningar (Norrington & Palmer, 2005). Då studier visat att en negativ självbild är vanligt förekommande vid ätstörning är även fokus på självbild i en behandling av största vikt. När en patient uppvisar en negativ självbild vet terapeuten att arbete med denna blir ett viktigt fokus i terapin och kan då också vara beredd på vilka svårigheter i samarbetet som kan uppkomma under terapin (Björck et al., in press).

Om vissa typer av ätstörningar visar sig vara mer nära förknippade med särskilda komorbida axel-I störningar och om ätstörningar i kombination med andra störningar indikerar en hög sannolikhet för en särskilt negativ självbild så kan behandlare redan från början vara extra uppmärksamma på eventuella svårigheter som kan bli aktuella under terapin. Dessutom skulle nya fynd kring ätstörningars fulla symtomatologi kunna leda till att utveckla en mer specifik definition av ätstörningar än den som finns idag.

1.9 Syfte och frågeställningar

1.9.1 Syfte

Studien har två huvudsakliga syften. Dels att undersöka om det finns något samband mellan ätstörningstyp och förekomst av särskilda komorbida förstärknings- eller ångestsyndrom. Dels att undersöka om det finns något samband mellan ätstörningstyp i kombination med förstärknings- och/eller ångestsyndrom och självbild.

1.9.2. Frågeställning 1

Den första delen av frågeställningen var om förstärknings- respektive ångestsyndrom är mer vanligt förekommande vid antingen AN eller BN. Den första hypotesen var att AN

kommer att uppvisa mer tvångssyndrom än BN. Den andra hypotesen var att AN kommer att uppvisa mer PTSD än BN. Den tredje hypotesen var att BN kommer att uppvisa mer förstämningssyndrom än AN.

1.9.3 Frågeställning 2

Den andra delen av frågeställningen var om det finns något samband mellan någon viss typ av ätstörnings- och andra diagnoser och självbild. Den fjärde hypotesen var att ätstörningspatienter med förstämningssyndrom skulle uppvisa lägre affiliationsvärden än ätstörningspatienter utan förstämningssyndrom. En öppen frågeställning var om patienter med ångestsyndrom kommer att uppvisa lägre affiliationsvärden än de utan ångestsyndrom.

2. Metod

2.1 Översikt

Data för föreliggande studie kommer från den så kallade Stepwise-databasen. Stepwise är ett kvalitetssäkringssystem som är utarbetat och anpassat för att utvärdera klinisk ätstörningsvård på uppdrag av Beställarkontor Vård i Stockholm (BKV). Stepwise har utformats av Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS) i samarbete med Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.

Syftet med Stepwise är att kunna erbjuda en tjänst för kvalitetssäkring inom den specialiserade vården av ätstörningar inom Stockholms läns landsting. Stepwise omfattar strukturerad klinisk intervju, nationellt kvalitetsregister för ätstörningar samt självskattning av kliniska symtom. Samtliga uppgifter kan användas vid behandlingsplanering, behandlingsutvärdering och kvalitetssäkring för kliniskt verksamma inom vård av patienter med ätstörning. Patienterna registreras initialt och följs sedan upp kvartalsvis, halvårsvis, vid helår samt efter två år (Björck, Clinton, & Printzén, 2006).

Flera behandlingsenheter registrerar sina patienter i Stepwise-databasen. Föreliggande studie baseras på patienter som registrerats i Stepwise vid Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ). På sikt kommer alla patienter vid SCÄ att registreras i Stepwise. Hittills har emellertid en del av patienterna registrerats enbart i datajournalssystemet Sendia medan andra registrerats i både Sendia och Stepwise. Endast data för Stepwise-registrerade patienter har använts för den aktuella studiens frågeställningar och syfte. Data för Sendia-patienter har endast använts för jämförelse med data för Stepwise-patienter.

2.2 Deltagare

Deltagarna har antingen remitterats till SCÄ eller sökt sig till centret själva. Inklusionskriterier för deltagande var att vara kvinna, minst 18 år och att ha initialt registrerats i Stepwise. Deltagarna skulle uppfylla någon av ätstörningsdiagnoserna AN, BN, UNS1, UNS2 eller UNS3. Vidare skulle alla deltagare ha undertecknat informerat samtycke till att uppgifter om deltagaren används för forskningsändamål. Eftersom ätstörningspatienter utgörs av en stor majoritet kvinnor och då forskning på män med ätstörningar är begränsad exkluderades alla män ur studien. Även de som uppfyllde kriterierna för någon annan ätstörning än AN, BN, UNS1, UNS2 eller UNS3 exkluderades.

Totalt deltog 313 patienter i studien. 103 patienter hade AN-liknande ätstörningar varav 45 hade AN restriktiv typ, 25 hade AN med hetstättning/självremsning och 33 hade UNS1 eller UNS2. 210 patienter hade BN-liknande ätstörningar varav 138 hade BN med självremsning, 29 hade BN utan självremsning och 43 hade UNS3.

2.3 Etiska överväganden

Forskningsdeltagare i Stepwise är skyddade av samma sekretess som vid övrig sjukvårdsverksamhet. Deltagarnas uppgifter är anonymiserade och kan därmed inte sammankopplas med individen. Stepwise är en del i SCÄs normala hantering av patienter och ingen datainsamling har tillförts för den aktuella studien.

2.4 Instrument och material

2.4.1 SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders)

SCID-I är en semi-strukturerad intervju som används som ett hjälpmedel för att göra klinisk bedömning av DSM-IV (Axel-I) diagnoser. Diagnoserna är uppdelade i sex olika moduler. För den aktuella studien är det diagnoser ur modul A "Förstämmnings-episoder", D "Förstämmningssyndrom" och F "Ångestsyndrom och andra störningar" som undersöks. För reliabiliteten hos SCID-I anges kappavärden från .70 till 1.00 (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1999).

2.4.2 RIKSÄT

RIKSÄT ingår som en metod i Stepwise och är ett nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling som används bland annat för att samla in uppgifter om ätstörningsdiagnos. För att en behandling ska kunna registreras i RIKSÄT krävs att patienten har en diagnostiserad ätstörning, är informerad om RIKSÄT och har gett sitt muntliga medgivande till en registrering samt att behandlingsenheten har för avsikt att behandla patienten och inte exempelvis remitterar vidare. I Stepwise föreslår systemet en diagnos baserat på RIKSÄT och intervjuaren har möjlighet att korrigera denna.

2.4.3 SASB Intrex

SASB Intrex är ett självskattningsformulär som innehåller 36 självrefererande påståenden angående självbild. Svaren anges på en skala från 0 till 100 med 10-poängs skalsteg. Svar från 50 poäng betyder att man håller med om påståendet medan svar under 50 poäng betyder att man inte håller med. Formuläret formar åtta kluster av självbild vilka kan räknas om till vektorvärden för två dimensioner; Affiliation och Autonomi (Benjamin, 2000). Reliabiliteten för den svenska versionen av SASB Intrex är $\alpha = .87$ (Armeliuss, 2001).

2.5 Procedur

Alla deltagare har registrerats i Stepwise vid första personliga kontakten på SCÄ. Registreringarna har gjorts genom intervju och självskattning i samtalsrum på SCÄ och uppgifterna har registrerats på dator. Intervjuarna har varit psykologer, läkare, sjuksköterskor och andra med liknande utbildning och erfarenhet av arbete med ätstörningspatienter. Under intervjudelen har intervjuaren muntligen ställt frågor till patienten och registrerat svaren på datorn. Vid självskattningen har deltagaren själv läst frågorna och registrerat svaren på datorn. Vid avslutad registrering har intervjuaren gett tillbaka resultatrapporten muntligen utifrån en sammanställning som visas på datorskärmen. Registreringen har vanligtvis totalt tagit cirka 90 minuter.

2.6 Design

Den aktuella studien har en sambandsdesign.

Den första frågeställningen var om det fanns något samband mellan ätstörningstyp och förekomst av förstärnings- respektive ångestsyndrom. Dels undersöktes diagnoser var för sig och dels undersöktes förekomst av *något* förstärnings- respektive ångestsyndrom vilket då benämndes ”kombinerat” syndrom. Data delades in i två grupper utifrån ätstörningstyp (AN respektive BN) som undersöktes med avseende på förekomst av andra axel-I diagnoser.

Den andra frågeställningen var om det fanns något samband mellan någon viss typ av ätstörningstyp, andra diagnoser och självbild. Data delades in i åtta grupper utifrån ätstörningsdiagnos och eventuell komorbid diagnos enligt följande: 1) AN, 2) AN/ångest, 3) AN/depression, 4) AN/ångest och depression, 5) BN, 6) BN/ångest, 7) BN/depression samt 8) BN/ångest och depression. Grupperna jämfördes sedan med varandra avseende självbild sammanfattad i vektorvärden för dimensionerna Affiliation och Autonomi.

2.7 Databearbetning och statistiska analyser

För den första frågeställningen utfördes ett flertal Chi2 test för att undersöka skillnad mellan de två ätstörningsgrupperna i förekomst av annan axel-I störning. Ett Chi2 test utfördes för varje övrig axel-I diagnos.

Den andra frågeställningen analyserades med tvåvägs variansanalys (ANOVA). Två analyser utfördes för att undersöka om det fanns skillnader mellan diagnosgruppernas medelvärden dels i affiliation och dels i autonomi utifrån förekomst eller icke-förekomst av övrig axel-I diagnos. De två OBV var förstärnings- respektive ångestsyndrom och de hade två betingelser vardera (förekomst/ej förekomst). BV var vektor (Affiliation/Autonomi). Utifrån ANOVAN utfördes parvisa *t*-test för de mest närliggande diagnosgrupperna. Effekttorlekar räknades ut för samma närliggande grupper med Cohen's *d* för att få ett resultat oberoende av samplestorlek för gruppskillnader i Affiliation och Autonomi. Cronbach's alpha beräknades som ett mått på internkonsistens. Genom att standardisera värdena för Affiliation och Autonomi och ta bort värdena högre än 3 eller lägre än -3 undveks outliers. Samtliga data analyserades med statistikprogrammet SPSS version 12.0.1.

3. Resultat

3.1 Deskriptiv statistik

3.1.1 Deskriptiv statistik för Sendia- och Stepwisegruppen

Som nämnts tidigare har inte alla patienter som kommit till SCÄ registrerats i Stepwise. Det är möjligt att någon selektion skett och att data i Stepwise-databasen därför inte är representativa. Alla patienter registreras däremot i journalsystemet Sendia. För att avgöra Stepwise-populationens representativitet undersöktes huruvida Stepwise- och Sendiagrupperna skilde sig åt avseende fördelning av ätstörningsdiagnos, BMI och ålder. För att få ett urval som var jämnt fördelat över året, eftersom olika typer av patienter kan komma vid olika tider på året, valdes patienter som registrerats i Stepwise under andra veckan i varje månad fr.o.m. mars 2005 t.o.m. februari 2006, vilket

resulterade (efter en slumpvis eliminering för att göra gruppstorleken mer lik Sendia-patienterna) i 63 patienter. Motsvarande tidsperiod användes för Sendia-patienter vilket resulterade i olika antal patienter för olika typer av data, ålder fanns för 50 patienter och BMI för 27 patienter.

För att undersöka om det fanns några skillnader i fördelningen av de olika ätstörningsdiagnoserna mellan grupperna utfördes Chi2 test. Resultatet visar att grupperna inte signifikant skilde sig åt ($\chi^2 = 1.009, p = .604$) gällande fördelningen av ätstörningsdiagnos (Tabell 2). T-test utfördes för att se om det fanns skillnader mellan Sendia- och Stepwisegruppen i ålder respektive BMI. Resultatet visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna avseende ålder ($t(111) = -.336, p = .715$) eller BMI ($t(88) = -.457, p = .649$). Sammantaget tyder resultaten på att populationen som registrerats i Stepwise är representativ för ätstörningspatienter på SCÅ avseende diagnosfördelning, ålder och BMI.

Tabell 2

Fördelning i procent av ätstörningsdiagnoser i Sendia - respektive Stepwisegruppen.

Grupp	AN %	BN %	UNS %
Sendia	22	24	54
Stepwise	22	33	49

3.1.2 Deskriptiv statistik för försöksdeltagarna

313 kvinnor deltog i den aktuella studien varav 210 diagnostiserats med BN och 103 diagnostiserats med AN. Deskriptiva data för ålder och BMI i AN- respektive BN-gruppen redovisas i Tabell 3.

Tabell 3

Variationsvidd, medelvärde och standardavvikelse för diagnosgrupperna avseende ålder och BMI.

Diagnos	Ålder		BMI						
	<i>m</i>	<i>sd</i>	Min	Max	<i>m</i>	<i>sd</i>	Min	Max	<i>n</i>
AN	24.0	6.0	18	50	16.7	1.6	10.5	20.7	103
BN	25.8	6,7	18	51	22.6	4.5	16.3	53.8	210

T-test utfördes för att undersöka om det förelåg signifikanta skillnader mellan AN- och BN-gruppen i ålder och BMI. Resultatet visade signifikanta skillnader mellan grupperna i både BMI ($t(311) = -12.62, p < .001$) och ålder ($t(311) = -2.17, p < .003$). AN-gruppen karaktäriseras av både lägre ålder och lägre BMI.

3.2 Frågeställning 1

3.3.2 Deskriptiv statistik för förekomst av förstärknings- respektive ångestsyndrom i AN- respektive BN-gruppen

I både AN- och BN-gruppen var det vanligare att ha minst en komorbid störning än att bara ha en ätstörning. 65 procent av patienterna i AN-gruppen och 63 procent av patienterna i BN-gruppen hade något förstärknings- och/eller ångestsyndrom. Detta betyder att endast 35 procent av patienterna i AN-gruppen och 37 procent av patienterna i BN-gruppen inte var diagnostiserade med något förstärknings- och/eller ångestsyndrom. Frekvenser redovisas i Tabell 4.

Tabell 4

Antal patienter i respektive diagnosgrupp.

Grupp	AN	(%)	BN	(%)	Totalt	(%)
Inget	36	(35)	77	(37)	113	(36)
Förstämmningssyndrom	12	(12)	42	(20)	54	(17)
Ångestsyndrom	27	(26)	34	(16)	61	(19)
Förstämmnings- och ångestsyndrom	28	(27)	57	(27)	85	(27)
Totalt	103	(100)	210	(100)	313	(100)

3.2.1 Jämförelse mellan patientgrupperna med avseende på förstämmningssyndrom

I den första frågeställningen jämfördes patientgrupperna med avseende på förstämmnings- respektive ångestsyndrom. Chi2 test utfördes för att undersöka om det fanns en ökad förekomst av förstämmningssyndrom i någon av ätstörningsgrupperna (Tabell 5). Resultatet visade att det fanns en trendsignifikant ökad förekomst av både depression UNS och kombinerade förstämmningssyndrom då p var ensidigt.³ Kombinerade förstämmningssyndrom innebär förekomst av något eller flera av förstämmningssyndromen. Däremot fanns ingen signifikant skillnad i förekomst av egentlig depression. Sammantaget fick hypotesen att förstämmningssyndrom är vanligare vid BN visst stöd i den aktuella studien.

Tabell 5

Förekomst av förstämmningssyndrom i AN- och BN-gruppen samt resultat av Chi2 test.

	AN	BN	χ^2	p
Förstämmningssyndrom	($n = 103$)	($n = 210$)		
Egentlig depression	32 (31.0%)	79 (37.6%)	1.296	.255
Depression UNS	11 (10.7%)	35 (16.7%)	1.976	.08
Kombinerad	40 (38.8%)	99 (47.1%)	1.932	.083

3.2.2 Korrelation för förstämmningssyndrom och ålder

Eftersom individer i AN-gruppen visade sig vara av signifikant lägre ålder än individer i BN-gruppen undersöktes om den trendsignifikanta skillnaden mellan grupperna gällande förstämmningssyndrom kunde förklaras av skillnaden i ålder. Korrelation mellan ålder och förstämmningssyndrom undersöktes via Pearson's produktmomentkorrelation. Variabeln "förstämmningssyndrom" kodades som förekomst ("1") och ej förekomst ("0"). Resultaten visar att det inte finns någon signifikant korrelation ($r = .04$) och skillnader i förekomst av förstämmningssyndrom beror således inte på åldersskillnaden.

3.2.3 Jämförelse mellan patientgrupperna med avseende på ångestsyndrom

Chi2 test utfördes för att undersöka om det fanns en ökad förekomst av ångestsyndrom i någon av ätstörningsgrupperna (Tabell 6). Resultatet visar att det inte fanns några signifikanta samband mellan ätstörningstyp och ångestsyndrom. Hypoteserna att PTSD och tvångssyndrom är vanligare vid AN fick således inte stöd i den aktuella studien. Däremot visade sig agorafobi, tvångssyndrom och kombinerade ångestsyndrom vara trendsignifikant mer vanligt förekommande vid AN och det kan sägas att ett mönster är att ångeststörningar är mer vanligt förekommande vid AN. Kombinerade ångestsynd-

³ För anvisningar om ensidiga p-värden vid Chi-2 test se Clark-Carter (2004 sid. 214).

rom innebär förekomst av något eller flera av ångestsyndromen. På grund av att de förväntade värdena understeg fem för dysmorfofobi, hypokondri, tvångssyndrom, paniksyndrom med respektive utan paniksyndrom och PTSD utfördes Fisher's exact test för dessa. Resultaten avvek dock inte nämnvärt från resultaten av redovisade Chi2 test.

Tabell 6

Förekomst av ångestsyndrom i AN- och BN-gruppen samt resultat av Chi2-test.

Ångestsyndrom	AN	BN	χ^2	p
	(n=103)	(n=210)		
Agorafobi	14 (13.6%)	15 (7.1%)	3.419	.064
Dysmorfofobi	4 (3.9%)	17 (8.1%)	1.958	.162
Generaliserat ångestsyndrom	22 (21.4%)	34 (16.2%)	1.257	.262
Hypokondri	2 (1.9%)	3 (1.4%)	0.116	.734
Tvångssyndrom	5 (4.9%)	4 (1.9%)	2.153	.071
Paniksyndrom utan agorafobi	3 (2.9%)	3 (1.4%)	0.809	.368
Paniksyndrom med agorafobi	1 (1.0%)	1 (0.5%)	0.266	.606
Posttraumatiskt stressyndrom	3 (2.9%)	9 (4.3%)	0.353	.552
Social fobi	14 (13.6%)	31 (14.8%)	0.077	.782
Specifik fobi	17 (16.5%)	22 (10.5%)	2.303	.129
Ångestsyndrom UNS	15 (14.6%)	42 (20.0%)	1.371	.242
Kombinerad	55 (53.4%)	91 (43.3%)	2.813	.094

3.3 Frågeställning 2

Den andra frågeställningen var om det finns något samband mellan någon viss typ av ätstörning i kombination med andra diagnoser och självbild? Frågan analyserades med tvåvägs ANOVA med förekomst av förstämningssyndrom respektive ångestsyndrom som två oberoende variabler (OBV). Affiliation respektive Autonomi var beroende variabler (BV). Här undersöktes också hypotesen att förekomst av förstämningssyndrom skulle vara förknippat med lägre Affiliation.

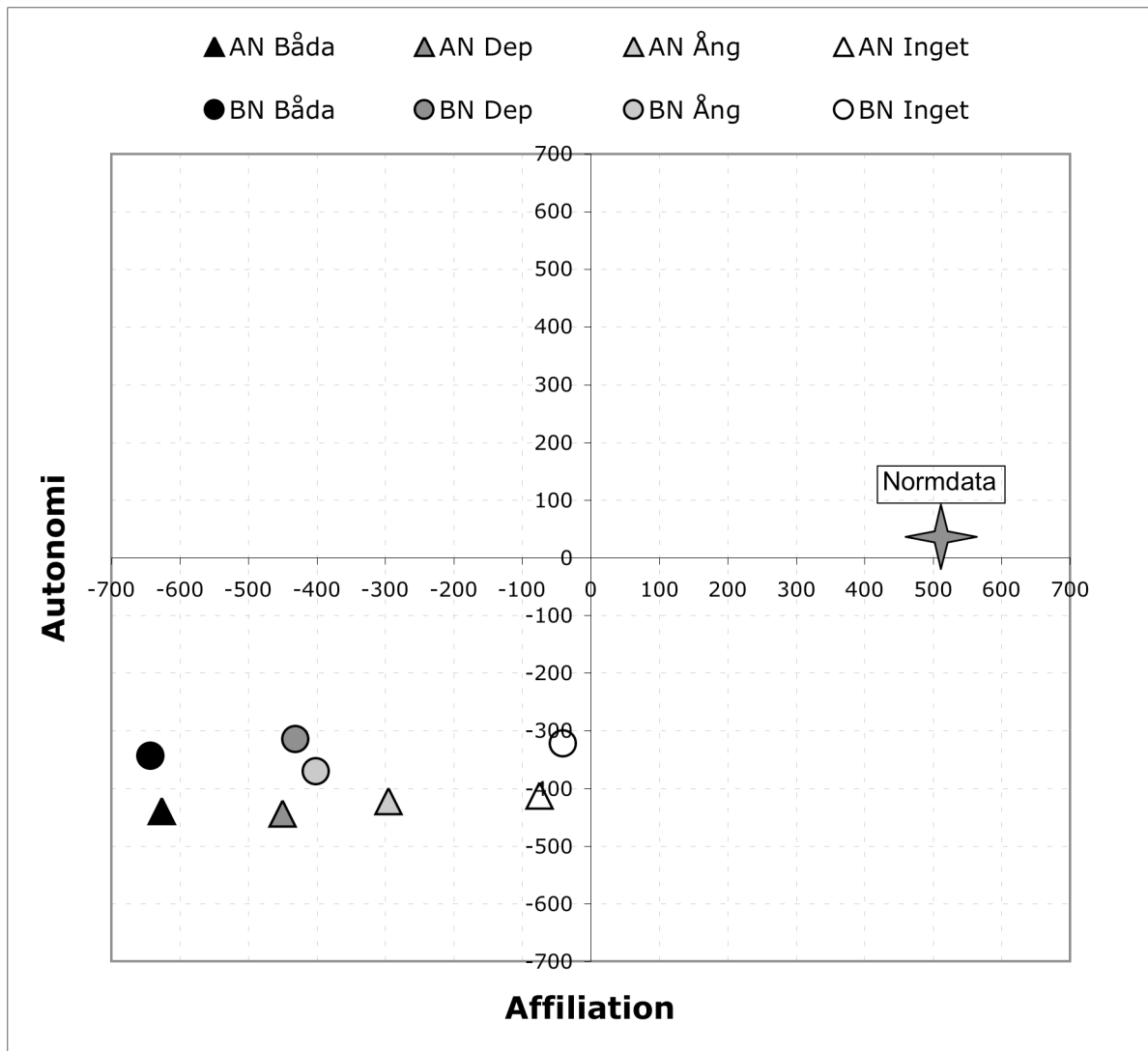
Resultatet visade att närvaron av andra störningar har betydelse för Affiliation i självbilden hos ätstörda patienter (Tabell 7). De båda huvudeffekterna var båda signifikanta. Närvaro av förstämningssyndrom var förknippat med signifikant lägre Affiliation, vilket gav stöd åt hypotesen. Även närvaro av ångestsyndrom var förknippat med signifikant lägre Affiliation. Däremot var interaktionen inte signifikant. Kombinationen av förstämningssyndrom och ångestsyndrom hade inte en signifikant inverkan på Affiliationsvärdet. För Autonomi fanns ingen signifikant effekt, vare sig huvudeffekt eller interaktion.

Tabell 7

Mellangruppskillnader analyserade med tvåvägs ANOVA, signifikans av F-värde.

Grupp	Affiliation			Autonomi		
	F	df	p	F	df	p
Förstämningssyndrom	35.11	1	.00	1	.08	.78
Ångestsyndrom	20.65	1	.00	1	1.31	.25
Förstämning * Ångest	.47	1	.49	1	.01	.94

I Figur 2 redovisas självbilden grafiskt som kombinationer av Affiliations- och Autonomivektorerna i ett koordinatsystem som följer strukturen i SASB; man kan föreställa sig att introjektmodellen i Figur 1 ligger under vektordiagrammet med samma geometriska struktur: neråt är mer självkontroll, till höger mer självkärlek o s v. I Figur 2 är grupperna också uppdelade i AN och BN för att redovisa eventuella skillnader mellan ätstörningsdiagnoserna avseende sambandet mellan komorbiditet och självbild. Deskriptiv statistik för grupperna i Figur 2 redovisas i Bilaga 1.



Figur 2. Vektordiagram för medelvärden i Affiliation och Autonomi vid AN (trianglar) respektive BN (cirklar) med respektive utan förstärknings- och/eller ångestsyndrom samt medelvärde för normgrupp (stjärna). "Inget" innebär att det inte förekom något ångest- eller förstärkningsyndrom. AN respektive BN "dep" innebär förekomst av något förstärkningsyndrom. AN respektive BN "ång" innebär förekomst av något ångestsyndrom och AN respektive BN "båda" innebär förekomst av både förstärknings- och ångestsyndrom.

En visuell inspektion av vektordiagrammet visar att skillnaderna mellan grupperna i regel är små mellan AN-gruppen och BN-gruppen men att de är större i Affiliation för grupper som definieras av olika förstärknings- och ångestkombinationer. I stort visar

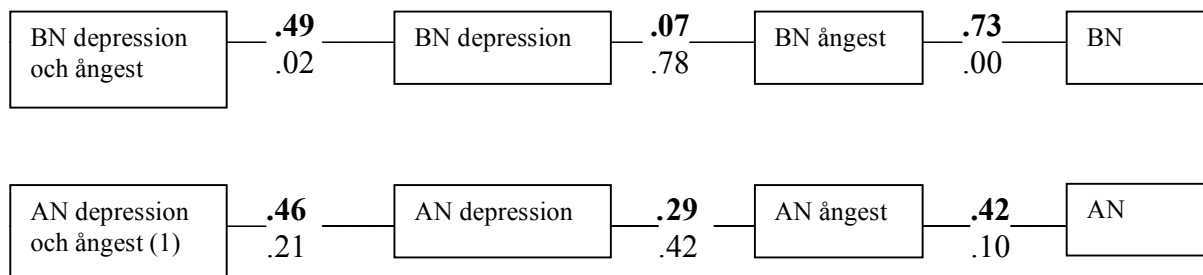
mönstret att båda grupperna har minst negativ självbild då ingen övrig axel-I diagnos förekommer och att självbilden är som mest negativ då både förstämningssyndrom och ångestsyndrom är samtidigt förekommande. BN har ungefär lika negativ självbild oavsett om de har förstämningssyndrom eller ångestsyndrom medan AN uppvisar en något mindre negativ självbild vid ångestsyndrom än vid förstämningssyndrom.

Skillnaderna mellan AN och BN är överlag större i Autonomi än i Affiliation. Autonomi varierar alltså inte särskilt mycket beroende på övrig diagnos. Båda grupperna uppvisar låga värden jämfört med normalpopulationen på Autonomi men AN har lägre Autonomi än BN vilket tyder på att AN har högre självkontroll. Både AN och BN uppvisar en negativ självbild överlag eftersom alla grupper ligger till vänster om mittlinjen och negativa värden i Affiliation är till vänster, positiva till höger. Överlag följer de samma mönster vad gäller tillägg av ytterligare diagnoser. För Affiliation gäller att i både AN- och BN-gruppen utan förstämningssyndrom och ångestsyndrom uppvisas de minst negativa självbilderna. Sedan kommer AN och BN med ångest som uppvisar mer negativ självbild, medan AN och BN med depression uppvisar ännu mer negativ självbild. Den mest negativa självbilden uppvisar båda grupperna då både förstämningssyndrom och ångestsyndrom förekommer.

Normdata räknades fram utifrån en studie av Clinton, Sohlberg, Hällström & Norring (2003) där populationen utgjordes av en kontrollgrupp på 105 personer. Affiliationsvärdet blev 503.5 och Autonomivärdet blev 38.6.

3.3.1 Analys av skillnader mellan grupperna

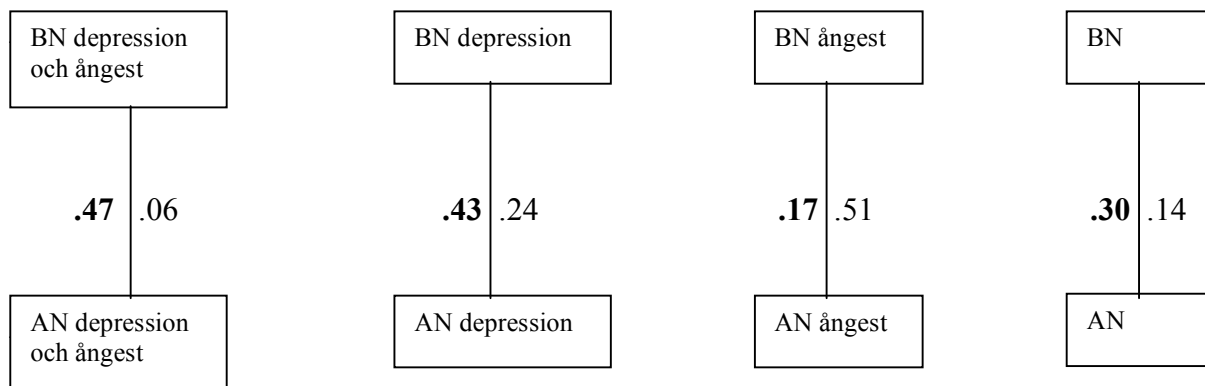
Utifrån den visuella inspektionen av grupperna i vektordiagrammet utfördes parvisa *t*-test för att undersöka om skillnaderna var signifikanta. Även effektstorlekar räknades fram för dessa grupper. Jämförelser gjordes mellan de mest närliggande diagnosgrupperna i Affiliation (Figur 3) samt mellan AN och BN i Autonomi (Figur 4). Antal patienter i respektive grupp redovisas i Tabell 7.



Figur 3. Varje ruta representerar en grupp, och figuren är uppställd så att grupperna intar samma positioner som i Affiliation i vektordiagrammet i Figur 2. Figuren visar effektstorlek (*d*) ovanför linjerna och signifikans (*p*) under linjerna för mellangrupsjämförelser i Affiliation. Förstämningssyndrom benämns "depression" och ångestsyndrom benämns "ångest". **Fet stil anger effektstorlekar.** Normal stil anger *p*-värde. (1) En univariat outlier eliminerades.

Vad gäller effektstorlekar så är *d* = .20 att betrakta som en liten effektstorlek, *d* = .50 som medelstor och *d* = .80 som stor (Clark-Carter, 2004). Mönstret var överlag att små till medelstora skillnader förelåg mellan grupperna, med vissa undantag.

Effektstorleken gränsade till stor mellan BN med ångest och BN. Mellan BN med depression och BN med ångest var effektstorleken närmare noll. De signifikanta skillnaderna i Affiliation fanns mellan BN med depression och ångest och BN med depression samt mellan BN med ångest och BN.



Figur 4. Varje ruta representerar en grupp, och figuren är uppställd så att grupperna intar samma positioner som i Autonomi i vektordiagrammet i Figur 2. Figuren visar effektstorlek (d) till vänster om linjerna och signifikans (p) till höger om linjerna för mellangrupsjämförelser i Autonomi. Förstämmningssyndrom benämns ”depression” och ångestsyndrom benämns ”ångest”. **Fetstil anger effektstorlekar.** Normal stil anger p -värde.

Små till medelstora effektstorlekar konstaterades mellan AN och BN i autonomi. AN uppvisar lägre Autonomi än BN i samtliga diagnosgrupper men skillnaden är inte signifikant.

4. Diskussion

4.1 Frågeställning 1

Den aktuella studiens första frågeställning var om det fanns något samband mellan ätstörningstyp och förekomst av förstämningssyndrom respektive ångestsyndrom.

4.1.1 Sammanfattning och tolkning av resultaten avseende förstämningssyndrom

Resultaten visade att det inte fanns några signifikanta samband mellan ätstörningstyp och förstämningssyndrom. Hypotesen att förstämningssyndrom är mer vanligt förekommande vid BN än vid AN fick trendsignifikant stöd för både kombinerade förstämningssyndrom och depression UNS. För egentlig depression fanns dock inget signifikant samband.

Att sambanden inte var signifikanta skulle utifrån Norring (2005) kunna bero på att det är just hetsättningsbeteenden som samvarierar med depression, inte restriktiva ätbeteenden, och hetsättningsbeteenden kan förekomma både vid AN och BN. Utifrån denna diskussionspunkt utfördes en extra analys (ej redovisade data) i form av ett Chi2 test där restriktiva AN-patienter jämfördes med patienter med AN med hetsätning/självrening. Resultatet visade att det inte fanns något signifikant samband mellan AN-typ och förstämningssyndrom ($\chi^2 = 0,692, p > .405$). En möjlig förklaring är att gruppen AN med hetsätning/självrening innehåller patienter både med och utan

hetsättning samt både med och utan självrensning. Det är alltså oklart hur många patienter som faktiskt har hetsättningsbeteende och om själva hetsätningen är nyckelbeteendet för förstämningssyndrom så har den aktuella studien inte kunnat fånga upp detta. Det som däremot ändå kunde konstateras var att förekomsten av förstämningssyndrom hos restriktiva AN var 37.8 procent medan den vid AN med hetsättning/självrensning 48.0 procent. Ser man till andelen diagnoser ligger data således deskriptivt i samma riktning som Norring (2005), då skillnaden mellan grupperna är över 10 procent. Att sambandet i detta senare Chi2 test inte blev signifikant skulle även kunna bero på urvalets storlek. Restriktiva AN med förstämningssyndrom uppgick till 17 personer av totalt 45 i gruppen och motsvarande siffra för AN med hetsättning/självrensning var 12 personer av totalt 25 i gruppen. Grupperna var därmed relativt små.

Eftersom individerna i AN-gruppen var signifikant yngre än individerna i BN-gruppen skulle ett argument kunna vara att AN-patienterna inte hunnit utveckla typiska symtom på depression. Därför undersöktes om det fanns någon korrelation mellan ålder och förekomst av förstämningssyndrom. Resultatet visade att korrelationen inte var signifikant och således kan den trendsignifikant ökade förekomsten av förstämningssyndrom vid BN inte förklaras av åldersskillnad.

I både AN-och BN-gruppen var egentlig depression det mest frekvent diagnostiserade förstämningssyndromet med 31 procent av AN och 37.6 procent av BN. Depression UNS var mindre vanligt med 10.7 procent av AN och 16.7 procent av BN. Då förstämningssyndromen kombinerades uppgick andelen till 38.8 procent vid AN och 47.1 procent vid BN vilket betyder att vissa patienter hade båda diagnoserna. I båda grupperna var prevalensen av förstämningssyndrom således hög, något som ligger i linje med tidigare studiers resultat (Clinton & Norring, 2002). Sammantaget tyder resultaten på att BN är mer nära förknippat med förstämningssyndrom än AN. Dock var resultaten endast trendsignifikanta och för egentlig depression fanns ingen skillnad i förekomst. Slutsatsen att förstämningssyndrom är mer vanligt förekommande vid BN dras därför med försiktighet.

Orsaker till att förstämningssyndrom är mer vanligt förekommande vid BN alternativt mindre vanligt vid AN är oklart. Tyrka et al. (2002) fann i en studie att depressiv affekt ofta föregick utvecklande av BN. Vid både hetsättning och depression tros låga halter av signalsubstansen serotonin förekomma och ett resonemang är att ett sätt att öka serotonin-nivån, och därmed höja sinnesstämningen, kan vara att äta kolhydratrik mat (Clinton & Norring, 2002). Detta skulle kunna vara en förklaring till att förstämningssyndrom är mer vanligt förekommande vid BN än AN. AN-patienter som, åtminstone kortsiktigt, ofta har högre nivåer av serotonin på grund av svält (Clinton & Norring, 2002) är inte lika ofta deprimerade och skulle därmed inte heller vara lika benägna att hetsäta. Något som skulle kunna vara en förklaring till att förstämningssyndrom är något mindre vanligt vid AN.

4.1.2 Sammanfattning och tolkning av resultaten avseende ångestsyndrom

Resultaten visade att det inte fanns något signifikant samband mellan typ av ätstörning och förekomst av ångestsyndrom. Resultaten kunde därmed inte stödja hypotesen att PTSD eller tvångssyndrom skulle vara vanligare vid AN. Något som eventuellt skulle kunna förklara de skilda resultaten är att hypoteserna baserades på studier som inkluderade slutenvårdspatienter (Blinder et al., 2006) medan den aktuella studiens

deltagare i huvudsak utgjordes av öppen- och dagvårdspatienter. Det deskriptiva mönster som kunde ses för ångestsyndrom var att kombinerade ångestsyndrom var mer vanligt förekommande vid AN.

Ett problem vid tolkningen av resultaten är att diagnosgrupperna dysmorfofobi, hypokondri, tvångssyndrom, paniksyndrom utan agorafobi, paniksyndrom med agorafobi och PTSD inkluderade färre än 5 deltagare i antingen AN- eller BN-gruppen alternativt båda ätstörningsgrupperna. Detta är färre än det lägsta rekommenderade antalet deltagare för användning av Chi2 test. Fisher's exact test utfördes därför som ett kompletterande test för ovanstående diagnoser. Resultaten avvek dock inte nämnvärt från resultaten av Chi2 testen.

Dysmorfofobi behandlades i den aktuella studien som ett ångestsyndrom trots att det klassificerats som ett somatoformt syndrom i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002). Detta beslut togs utifrån enstaka studier som funnit kliniska likheter med tvångssyndrom och en samsjuklighet med tvångssyndrom och social fobi (Jolanta & Tomasz, 2000). Därmed inte sagt att det går att dra slutsatsen att dysmorfofobi verkligen är, eller bör klassificeras som, ett ångestsyndrom. Men det är en spekulation som framtida studier skulle kunna undersöka närmare.

Slutsatsen av resultaten kring förekomst av ångestsyndrom i samband med ätstörning är att det är mer vanligt förekommande i jämförelse med normalpopulationen (von Knorring et al., 2005) och att det tycks vara något mer vanligt förekommande vid AN än vid BN. En orsak till detta skulle kunna vara att vid ångestsyndrom är olika rädslor och kontrollbeteenden för att bemästra dessa rädslor centrala faktorer (American Psychiatric Association, 2002). Det är tänkbart att restriktivt ätande utvecklas som ett kontrollbeteende utifrån en underliggande ångest vid AN.

Tyrka et al., (2002) fann i en studie att perfektionism, definierat som en tendens att sätta upp rigida och orealistiska mål, ofta föregick utvecklande av AN. En hög ångestnivå i kombination med ett perfektionistiskt personlighetsdrag skulle kunna leda till behov av kontroll. Restriktivt ätande kan vara ett beteende som leder till känslor av både kontroll och framgång vilket skulle kunna leda till utvecklande av AN. Även svältens kortsiktiga positiva fysiologiska effekter som höjd serotonin-nivå och dess kortsiktiga positiva psykologiska effekter som att ytterligare öka känslan av kontroll och framgång kan förstärka och vidmakthålla det restriktiva ätandet.

AN med hetsätning/självrening skulle eventuellt kunna definieras som en blandtyp av AN och BN. Då BN tycks vara närmare förknippat med depression och AN närmare förknippat med ångest så finns kanske både restriktiva/kontrollerande beteenden och självmedicinerande/hetsättningsbeteenden vid denna undertyp av AN. Att diagnosen är förknippad med sämre prognos (Clinton & Norring, 2002) skulle kunna bero på just att det finns inslag av både ångest och depression. Detta förhållande har dock inte undersökts i den aktuella studien utan är enbart en spekulation.

Sammanfattningsvis tyder resultaten i den aktuella studien på att det är vanligare hos ätstörda att ha något förstärknings- eller ångestsyndrom än att inte ha det. Ett sätt att tolka resultatet är att en renodlad ätstörning är mer undantag än regel. Detta kan innebära att ätstörningar inte alltid bör klassificeras som exklusiva och specifika diagnoser utan i vissa fall som symptom vid andra störningar. I DSM-IV finns

exempelvis panikattacker och agorafobi nämnda som symtom som kan förekomma vid ett flertal ångeststörningar men som inte är separata diagnoser (American Psychiatric Association, 2002). Detsamma skulle kunna gälla för ätstörningsbeteenden som då skulle vara ett av flera förekommande symtom vid förstämningssyndrom respektive ångestsyndrom alternativt andra komorbida störningar. En liknande infallsvinkel hade Westen et al. (2001) som fann att ätstörningssymtom kunde prediceras utifrån personlighetstyp. Personer med drag av bland annat emotionell dysreglering och impulsivitet utvecklade ofta BN. De bulimiska symtomen fyllde hos dessa personer en känsloreglerande funktion. Personer med drag av hög självkritik och kontroll och som var restriktiva angående ett flertal beteenden som exempelvis behov, njutning, emotioner och relationer var även restriktiva med mat och utvecklade ofta AN. De ätstörda beteendena var ett av flera uttryck för den underliggande personligheten.

4.2 Frågeställning 2

Den andra frågeställningen var om det finns något samband mellan ätstörningstyp, andra diagnoser och självbild?

4.2.1 Sammanfattning och tolkning av resultaten

I den aktuella studien undersöktes om den negativa självbilden hos ätstörda (Björck, 2006) har något samband med förekomst av andra diagnoser. Resultatet tyder på att självbilden definitivt är mer negativ då förstämningssyndrom och/eller ångestsyndrom förekommer. Resultatet tyder även på att Affiliation hos ätstörda patienter med förstämningssyndrom är signifikant lägre än hos ätstörda utan förstämningssyndrom, något som stöder den aktuella studiens hypotes. Även ätstörningspatienter med ångest hade signifikant lägre Affiliation än ätstörningspatienter utan ångest. Att ätstörning i kombination med andra diagnoser är förknippat med en mycket negativ självbild betyder att när behandlare träffar ätstörningspatienter med flera diagnoser så ska de vara beredda på vilka svårigheter som kan bli aktuella. Både de olika diagnoserna och arbete med att förbättra självbilden blir sannolikt nödvändigt för framgångsrik behandling.

I stort så följde dock AN- och BN-gruppen samma mönster vad gäller självbild. En skillnad i mönstret var dock att vid AN fanns en liten effektstorlek för att självbilden var mer negativ vid förstämningssyndrom än vid ångestsyndrom. Vid BN var självbilden dock i stort sett lika negativ oavsett förekomst av förstämningssyndrom eller ångestsyndrom. Sammanfattningsvis skulle detta kunna antyda att AN-patienter hanterar ångest på ett sätt som gör att deras självbild i Affiliation inte påverkas i lika stor utsträckning som hos BN-patienter, förslagsvis för att de eventuellt ägnar sig mer åt olika kontrollbeteenden. Sambanden är dock oklara och har inte undersökts i den aktuella studien.

Både AN och BN uppvisar låg Autonomi jämfört med normalgrupp (Björck et al., 2003) och AN uppvisar något lägre Autonomi än BN i samtliga diagnosgrupper fastän skillnaden mellan grupperna inte var signifikant. Hur förhåller sig ångest, AN och kontroll respektive depression, BN och kontroll? Här kan endast spekulationer erbjudas vad gäller sambanden mellan dessa olika faktorer. Är det till exempel så att AN leder till ökat kontrollbehov vilket leder till ökad ångest eller är det så att en underliggande ångest leder till kontrollbehov som tar sig uttryck i AN? Ett resonemang kan vara att den lägre Autonomi vid AN kan vara orsakad av att AN uppvisar något mer ångest. Då ångestsyndrom kretsar kring olika rädslor och beteenden vid ångestsyndrom syftar

till att undvika dessa rädslor ägnar sig en person med ångestsyndrom åt olika kontrollbeteenden (American Psychiatric Association, 2002) vilket bland annat kan innebära hög självkontroll. AN innebär även i sig kontrollbeteenden av exempelvis födointag, motion och vikt (American Psychiatric Association, 2002) och dessa kontrollbeteenden skulle eventuellt kunna förstärkas av vissa ångestsyndrom. AN-patienter är således duktiga på att kontrollera sig själva och saker i sin omgivning och därmed håller de nere ångestnivån mer effektivt än BN-patienter som har lägre självkontroll. Detta sker dock på bekostnad av spontanitet och impulsivitet vilket ger utslag i Autonomidimensionen. Att AN-patienten kan använda sina kontrollbeteenden i båda störningarna kan göra att självbilden inte påverkats lika mycket i Affiliation som den gjorde för BN-patienter med ångest.

BN uppvisar en något lägre förekomst av ångestsyndrom och detta skulle kunna spegla deras något högre Autonomi. En spekulering är att då de inte har lika mycket ångest så har de inte lika stort behov av kontroll vilket leder till att de är mer spontana och impulsiva och mindre självkontrollerade och självbehärskade. Autonomin är dock fortfarande låg men skulle detta kunna ha andra orsaker än vid AN? En vidare spekulering är att BN skulle kunna utvecklas som en följd av kontrollbehov vid depression. Kontrollbehovet skulle då grunda sig i en önskan att påverka den negativa sinnesstämningen. Hur dessa olika faktorer förhåller sig är något som kan vara utgångspunkt för vidare forskning.

4.3 Metoddiskussion

4.3.1 Metodens styrkor och svagheter

En styrka i den aktuella studiens metod är stickprovets generaliserbarhet. Försöksdeltagarna i Stepwise jämfördes med patienter som enbart registrerats i Sendia ur aspekterna ätstörningsdiagnosfördelning, ålder och BMI. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna och deltagarna kan därmed sägas vara representativa för de cirka 1000 öppenvårdspatienter som behandlas årligen på SCÅ avseende diagnosfördelning, ålder och BMI. Anledningen till att inte samtliga patienter på SCÅ registrerats i Stepwise är att metoden inte hunnit integrerats i verksamheten fullt ut. Det tycks dock inte finnas någon systematik i vilka patienter som har, respektive inte har, registrerats i Stepwise. Det skulle dock kunna vara så att gruppen som inte blivit registrerade i Stepwise kännetecknas av någon särskild egenskap utöver de som kontrollerats för. Exempelvis skulle de kunna skilja sig i fråga om ätstörningens svårighetsgrad, personlighetsstörningar eller civilstånd och boendeförhållanden.

SCID-I användes som diagnostiskt instrument. Själva diagnosen registrerades i RIKSÅT alldeles efter avslutad SCID-I intervju. SCID-I har en god testreliabilitet (First et al., 1999) men det går ändå inte att helt utesluta att intervjuare kan ha över-, under- eller feldiagnostiserat patienter. Samtliga försöksdeltagare har noggrant blivit intervjuade och diagnostiserade av professionell och utbildad personal och kvaliteten är troligen adekvat. Däremot kan det finnas en del osäkerhet i diagnoserna.

Data fanns registrerat i Stepwisedatabasen redan innan studien påbörjades och därmed blev deltagarbortfallet mycket begränsat. En styrka i den aktuella studien är stickprovets storlek vilken kan minska betydelsen av enstaka tveksamma diagnoser samt att den är naturalistisk, d v s den ligger nära faktisk diagnostik och bedömning i

den normala vården. Detta ökar chanserna att kunna generalisera till och föreslå implikationer för samma vård.

Lägsta gränsen för acceptabelt alpha brukar anges till .70 (Clark-Carter, 2004). I den aktuella studien nådde kluster 1, 4 och 8 inte upp till denna alpha-nivå vilket gör att de blir svårare att tolka som de teoretiska kluster de antas vara. Patienterna i stickprovet har inte svarat på ett sätt som starkt antyder att frågorna i dessa kluster hänger samman i innebörd på det förväntade sättet. I den aktuella studien har dock beräkningar gjorts på två vektorer som baseras på sex kluster vardera, inte specifika kluster. Därmed påverkar reliabilitetsbristerna i några kluster inte resultaten lika mycket.

Trots det totalt relativt stora samplet blev flera grupper inte tillräckligt stora för att kunna utföra fullgoda Chi2 test då indelning gjordes utifrån övriga axel-I diagnoser. Dymorfofobi, hypokondri, tvångssyndrom, paniksyndrom med agorafobi, paniksyndrom utan agorafobi, och PTSD är diagnosgrupper som haft för få deltagare för att kunna sluta sig till att resultatet av Chi2 testet är reliabelt. Fisher's exact test utfördes som kompletterande analyser till de fåtaliga diagnosgrupperna. Resultaten skilde sig dock inte nämnvärt från resultaten av Chi2 testen.

4.4 Slutsatser och framtida forskning

Slutsatser som kan dras utifrån resultaten i den aktuella studien är att både förstämningssyndrom och ångestsyndrom är vanligt förekommande hos ätstörningspatienter jämfört med normalpopulationen (SBU, 2004, von Knorring et al., 2005) och att det till och med är vanligare att ha en övrig diagnos än att enbart vara diagnostiserad med en ätstörning. Behandlare bör därför redan från början vara beredda på att flera störningar behöver uppmärksammas och behandlas. Behandlingen blir mer komplicerad ju fler diagnoser som samexisterar (Clinton & Norring, 2002) och det kan vara nödvändigt att anpassa behandlingen efter samtliga störningar och att bedöma hur störningarna ska prioriteras. Försök att enbart behandla ätstörningen kommer sannolikt inte att ge tillfredsställande utfall om patienten även lider av komorbida störningar och en negativ självbild.

Endast förstämnings- och ångestsyndrom har inkluderats som komorbida diagnoser i den aktuella studien. Det betyder att forskningsdeltagarna kan vara diagnostiserade med andra störningar. En framtida forskningsfråga kan vara att undersöka hur förekomsten av diagnoser som exempelvis personlighetsstörningar och substansmissbruk ser ut i de olika ätstörningsgrupperna. Förekomsten av substansmissbruk i populationen i den aktuella studien är sannolikt mycket låg eftersom sådana patienter remitteras från SCÄ till beroendevården innan någon behandling av ätstörningen påbörjas. I andra populationer kan förekomsten av substansmissbruk dock troligtvis vara högre. Både depression och ångest är förknippat med mer negativ självbild som resultaten i den aktuella studien visat. Något att undersöka vidare är hur självbilden ser ut då även övriga diagnoser inkluderas.

Den aktuella studien har inte fokuserat på om ätstörningen utvecklas före förstämningssyndrom eller ångestsyndromet eller tvärtom utan fokuserat på vilka diagnoser som samexisterar. Fokus har även legat på att undersöka aktuell självbild för patienterna, inte på hur självbilden var innan ätstörningen eller andra störningar. Framtida forskning skulle kunna undersöka om det finns ett direkt samband mellan ätstörningens aktuella svårighetsgrad och självbild samt om ätstörningens aktuella svårighetsgrad står i direkt

proportion till den komorbida störningens svårighetsgrad. Fortsatta studier på samband mellan olika typer av ätstörningar, övriga störningar och självbild kan ytterligare kartlägga symtomatologin och leda fram till en mer specifik definition av vad en ätstörning egentligen är. Om det skulle visa sig att ätstörningar sällan förekommer som enskilda diagnoser utan nästan alltid i samband med någon annan störning kan vidare forskning undersöka huruvida dessa ätstörningar med komorbiditet bör klassificeras som symtom i stället för separata diagnoser. Kanske bör helt enkelt ätstörningar införlivas med förstämningssyndrom respektive ångestsyndrom i de fall där diagnoserna samexisterar. Förstämningssyndrom som de är klassificerade i DSM-IV idag inkluderar inte kriterier på hetsätning/själrensning och antalet personer med förstämningssyndrom och hetsätning/själrensning är förmodligen litet. Dock är det tänkbart att förstämningssyndrom kan ta sig uttryck i bland annat hetsätning/själrensning för vissa personer. Förstämningssyndromet kunde då specificeras med tillägget ”med hetsätning/själrensning”.

För att ytterligare få en bild av hur ätstörningar skiljer sig eller liknar andra diagnoser kan vidare forskning undersöka hur komorbiditeten är vid andra störningar. Är det lika vanligt att ha övriga diagnoser vid exempelvis egentlig depression, social fobi, specifik fobi eller tvångssyndrom? Eller är det något som är särskilt vanligt vid ätstörning? Om det visar sig att så är fallet så finns anledning att återigen överväga huruvida störda ätbeteenden bör inkluderas som symtom i någon av de komorbida diagnoserna. Forskning kan även närmare undersöka karaktäristika hos gruppen som enbart blivit diagnostiserade med ätstörning. Ser prognosen väldigt annorlunda ut? Kan man se skillnader jämfört med andra ätstörda i fråga om exempelvis sjukdomsduration, svårighetsgrad, självbild, familjeförhållanden eller ålder? Vad står det ätstörda beteendet för när det inte kan förklaras som ett symtom vid en komorbid störning?

5. Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (J. Herlofson, Översättning). Danderyd: Pilgrim Press.
- Armelius, K. (2001). *Reliabilitet och validitet för svenska versionen av SASB-Introject*. Opublicerat manuskript, Department of Psychology, Umeå university, Umeå, Sweden.
- Armelius, K., & Benjamin, L., S. (1988). *SASB Dig själv*. Copyright skyddat formulär.
- Barlow, D., H., & Durand, V., M. (2002). *Abnormal Psychology*. Third edition. Wadsworth Group.
- Benjamin, L. S. (2000). *SASB Intrex user's manual*. University of Utah.
- Benjamin, L.S. (1993). Every psychopathology is a gift of love. *Psychotherapy Research 3 (1)* 1-24. University of Utah.
- Björck, C. (2006). *Self-Image and Eating Disorders*. Stockholm: Karolinska University Press.
- 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*, doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.12.002
- Björck, C., Heilig, M., & Printzén, P. (2006). *STEPWISE - Ett datorbaserat kvalitetssäkringsverktyg för ätstörningsvård*. Opublicerat manuskript, Stockholms läns landsting (SLL), Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS), FoUU-enheten, psykiatriska kliniken sydväst (SLSO), Karolinska universitetssjukhuset – Huddinge, M 57, Stockholm.
- Björck, C., Clinton, D., Hällström, T., & Sohlberg, S. (2003). *Interpersonal profiles in eating-disorders: Ratings of SASB self-image*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 76*, 337-349, The British Psychological Society.
- Blinder, B.J., Cumella E.J., & Sanathara, V.A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine. 2006 May-Jun; 68(3): 454-62*.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research. A student's handbook*. Psychology Press.
- 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.

- Clinton, D., & Norring, C. (2002). *Åtstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Egidius, H. (1994). *Psykologilexikon*. Stockholm Natur och Kultur
- Fairburn, C. (1995). *Att övervinna hetsätning. Ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram*. Cura Bokförlag & Utbildning AB.
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: "a transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 506-528.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin L.S. (1999). *Handbok. SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Svensk bearbetning av Jörgen Herlofson. Danderyd: Pilgrim Press.
- Franco, D.L., & Keel, P.K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25:6, 769-782.
- Godart, N., Berthoz, S., Bizouard, P., Corcos, M., Curt, F., Flament, M., Halfon, O., Jeammet, P., Lang, F., Loas, G., Perdereau, F., Rein, Z., & Vénisse, J-L. (2006). Does the frequency of Anxiety and Depressive Disorders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Bulimia? *International Journal of Eating Disorders* 39:4, 1-7.
- Jolanta, J., & Tomasz, M., S. (2000). *The links between body dysmorphic disorder and eating disorders*. *European Psychiatry*, 2000; 15: 304-5.
- Klein, D.A., & Walsh, B.T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81, 359-374.
- Von Knorring L., Bejerot, S., Björkelund, C., Fahlén, T., Fredrikson, M., Rydelius, P-A., Wahlbeck, K., & Ågren, H. (2005). *Behandling av ångestsyndrom*. www.sbu.se 2006-12-15.
- Nevell, P., & Sohlberg, S. (1999). *Introduktion till interpersonell teori och terapi, särskilt enligt SASB*. Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Norring, C., & Palmer, R.L. (2005). *EDNOS, Eating Disorders Not Otherwise Specified*. New York: Routledge.
- SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. www.sbu.se 2006-12-15.
- Språkdata (2003). *Norstedts Svenska Ordbok*.
- Tyrka, A.R., Waldron, I., Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. (2002). *Prospective Predictors of the Onset of Anorexic and Bulimic Syndromes*. www.interscience.wiley.com. DOI: 10.1002/eat.10094.

Watson, T.L., & Andersen, A.E. (2003). A critical examination of amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003, 108, 175-182.

Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 158: 547-562.

6. Bilaga

Deskriptiv statistik för ätstörningsgrupperna i Figur 2.

Medelvärde och standardavvikelse för Affiliation (aff) och Autonomi (aut). Gruppindelning utifrån ätstörningsdiagnos samt förstärknings- respektive ångestsyndrom.

	Inget (sd)	Dep (sd)	Ång (sd)	Dep/Ång (sd)	n
AN/aff	-75 (554)	-450 (561)	-296 (494)	-627 (489)	102
AN/aut	-412 (292)	-443 (244)	-422 (362)	-439 (239)	103
BN/aff	-41 (555)	-431 (457)	-402 (430)	-643 (409)	210
BN/aut	-322 (297)	-315 (348)	-370 (258)	-344 (274)	210