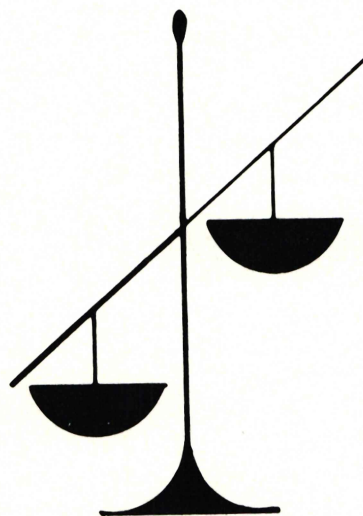


Psykologiska aspekter på extrem övervikt

Hjördis Björvell

Det är inte visat att ens svårt överviktiga personer skulle ha mera psykiska problem än normalviktiga. Att vissa personer har ett ätberoende som inte är kopplat till hunger eller näringsbehov utan beror på felaktigt inlärd vanor som styrs av stimuli från omgivningen och av emotionella faktorer är dock alldeles klart. Det är därför angeläget att utveckla omvårdningsprogram som kan ge överviktiga personer stöd att förändra sina överätarbeteenden.

Hjördis Björvell är leg sjuksköterska, Dr med vet omvårdnadssektionen, medicinska kliniken vid Karolinska sjukhuset.



Fetma kan ses som ett resultat av en livsstil i vilken felaktigt inlärd matvanor eller ätbeteenden utgör en viktig del. Med ätbeteende menas själva sättet att äta, vanor som hör samman med ätande och sättet att tänka på och värdera mat och ätvanor.

För att värdera övervikt användes Body mass index (BMI, vikt/längd, m^2) som är ett internationellt accepterat mått på fetma och erhålles genom att dividera vikt med längd i kvadrat. Som ett normalområde anges BMI 20–25. BMI från 30 har värderats som fetma, BMI över 40 som svår fetma (2).

Personer med denna grad av övervikt är utsatta för social, ekonomisk och annan diskriminering. Den västerländska kulturen ser slanka kvinnor och muskulösa män som ett ideal för fysisk attraktion och övervikt anses självförvållat (6). Att fetma också har betydelse för social gruppering visar en amerikansk undersökning. En stor grupp kvinnor delades in i tre grupper med hänsyn till om de förblivit i sina föräldrars socialgrupp eller om de höjt eller

sänkt sitt sociala status. Tjugotvå procent av kvinnorna som hade sänkt sitt sociala status var överviktiga medan endast 12% av dem som höjt sitt status hade problem med vikten (11).

Att försäkringspremier i USA är dyrare för svårt överviktiga personer än för normalviktiga är en annan negativ konsekvens för överviktiga. Svårt överviktiga personer har ofta lågavlönat arbete och har därför inte råd att betala de dyrare premierna. Det medför att det också har varit svårt att använda försäkringsuppgifter för att kartlägga sjukdomsförekomst hos extremt överviktiga personer (4).

Att fetma skulle bero enbart på psykiska störningar är en förenklad beskrivning av etiologin till fetma. Det är inte visat att ens svårt överviktiga personer skulle ha mera psykiska problem än normalviktiga. Det är inte heller klart i de fall där psykiska störningar förekommer hos överviktiga personer om fetman är orsak till eller en följd av dessa störningar.

Överviktiga personer utgör en heterogen grupp med multifaktoriella orsaker till sitt överätande och sin fetma. Detta förklarar varför man inte har kunnat finna enkla och entydiga orsaker till överätande eller fetma eller i vad mån psykiska störningar är relaterade till fetma.

Att vissa personer har ett ätberoende som inte är kopplat till hunger eller näringsbehov utan beror på felaktigt inlärd vanor som styrs av stimuli från omgivningen och av emotionella faktorer är dock alldeles klart.

Både önskade och icke önskade beteenden följer samma inlärningsprinciper. Om man ser ett avvikande beteende som inlärt är det därför möjligt att lära in nya beteenden, som ersätter de gamla. Beteendeterapi eller beteendemodifiering har därför använts som behandlingsmodell av en rad beteenderubbningar, däribland överätande.

Beteendefokusering

Beteendet i sig är målet för behandling eller förändring. Denna behandling fokuseras på beteenden eller vanor som klart kan formuleras och inte på hypotetiska underliggande orsaker. Denna behandlingsmodell bygger på teorin om att problembeteendet är orsaken till rubbningen, i detta fall fetma, och att om man modifierar eller utsläcker icke önskade beteenden som är relaterade till energiintag och -utgift kommer man till rätta med rubbningen.

Självkontroll

Beteenden styrs bl a av sinnesstämningar, föreställningar, tankar, sociala situationer, reaktioner och konsekvenser. Genom en mängd undersökningar vet man vilka samband, så kallade kontingenser, som vanligtvis förekommer mellan människors beteende och miljö eller emotioner. Dessa samband eller beroenden måste analyseras från fall till fall. Varje individ lever i ett komplext förhållande till sin miljö som helt eller till en del skiljer sig från andras.

Bli medveten

När en individ blivit medveten om sambanden mellan överätande och vikt har vederbörande ensam eller med en terapeuts hjälp möjlighet att förändra sitt felaktiga ätbeteende. För ungefär tjugo år sedan

utformade Ferster och medarbetare ett beteendeförändrande program som var avsett att öka självkontrollerande funktioner i samband med matintag hos överviktiga individer och därmed tjäna som viktreducerande behandling.

Fem år senare, 1967, utvecklade Stuart (10) detta program. Grundteorin för hans undersökning var att människor som önskar ändra sitt beteende först måste bli systematiskt informerade om hur de gör för att känna igen felaktigt beteende och faktorer som styr detsamma. De måste lära sig känna igen impulser som föregår och konsekvenser som följer ett visst beteende.

Analys av alternativ

En beteendeanalys tillsammans med en analys av vilka möjliga alternativa beteenden som finns tillgängliga för den enskilde har till syfte att bestämma behandlingsmodellen. Man får lära sig tekniker att försöka minska ett icke önskat beteende och träna ett annat som leder till önskat mål. Stuarts i detalj beskrivna behandlingsprogram med bl a bestämd tid och plats för matintag, planerade inköp, kom att utgöra fundamentet till de modeller av beteendeterapeutisk fetmabehandling som nu används.

Principen bakom ett behandlingsprogram av detta slag är att ge den överviktige ett organiserat ätbeteende som ger självkontroll och stimulikontroll, förhoppningsvis leder till nya bestående vanor och nya matpreferenser utan känsla av långvarig uppföring. Återfallet är dock ett ständigt närvarande spöke för dessa individer.

Prediktorer för återfall

Marlatt (8) beskriver hur återfall mer eller mindre "planeras" under lång tid, att man börjar fantisera om någonting som är "förbjudet". Beroende på den konflikt som är förenad med fantasier av nämnda slag använder man sig av kognitiva försvarsmekanismer som innebär rationaliseringar eller förnekanden. Man döljer den verkliga sanningen bakom beslut som stegvis leder fram till ett eftergivande för frestelsen, ett återfall.

Terapeutens roll är att lära individen att "se igenom" rationaliseringar och förnekanden, att känna igen dessa kognitiva försvarsmekanismer när de uppträder och använda dem som tidiga varningssig-

Terapeutens roll är att lära individen "se igenom" rationaliseringar och förnekanden...

naler och träna in alternativa tankemönster som gör det lättare att avstå.

Marlatt har visat att återfall oftast förekommer i samband med negativt upplevda händelser och tillfällen då frestelser blir alltför stora.

Ätbeteendediagnoser är en möjlig väg till att bättre förstå varför kontrollen över ätandet fungerar hos vissa personer men inte hos andra. Diagnosen är till för att strukturera den information som den enskilde individen ger om sitt ätbeteende så att behandlingen kan inriktas på vilka ätbeteenden som bör försvinna, förändras eller förstärkas. Ätbeteendediagnoser är inte till enbart för terapeuten utan lika mycket för den överviktige eftersom behandlingen måste ske utifrån den överviktiges egna önskemål och möjligheter.

Exempel på övergripande ätdiagnoser:

- Situationsbundet ätande

ex man kan inte köpa en tidning utan att köpa choklad, man kan inte se på TV utan att samtidigt äta, man börjar sin dag på arbetsplatsen med kaffe och bröd trots att man redan ätit sin frukost.

- Etablerade tänkesätt

ex "en bakelse mer eller mindre spelar väl ingen roll" eller "eftersom jag redan har betalt eller är bjuden måste jag passa på att äta ordentligt".

- Tröstätande

faktorer som sorg, oro, ilska är impulser som leder till överätande därför att man någon gång har lärt sig att använda mat som tröst och kanske därför inte kan skilja på hunger och andra kroppssensationer.

- Nattätande

innebär att man vaknar mitt i natten och går upp och lagar ett fullständigt mål mat eller rent av vaknar av att man står och äter smörgåsar och dricker mjölk. Eftersom det är ett mycket skuldbelagt ätande är det ett beteende som ofta är svårt att få fram i ätanamnesen.

- Planeringsoförmåga

att äta när som helst utan någon ordning genom brist på förutseende. Detta innebär att händelser som man skulle ha kunnat förutse överrumplar och man har inget skydd att motstå överätandet. Ett sådant exempel kan vara smörgåsbordet, 50-årskalaset eller restaurangbesöket.

- Prokrastinering

kommer av det engelska ordet procrastinate och innebär att man med en ursäkt skjuter upp något man borde göra. För ett tag framåt kommer man därigenom i en sorts psykisk balans. Man kan tex inte göra någonting åt sin vikt förrän på måndag därför att man skall ha främmande på lördag. Detta till trots att det bara är tisdag när man tänker så. Hela veckan blir på det sättet fri för fortsatt överätande. Dessutom är det förmodligen dags för en ny prokrastinering nästa måndag.

- Matpreferenser

vilken typ av mat förorsakar överätande. Det kan tex vara ost, smörgåsar, kaffebröd.

Dessa diagnoser förekommer ibland ensamma men oftast flera tillsammans hos en och samma individ.

Bruch (3) har utifrån en psykodynamisk teori gjort en distinktion mellan *developmental* och *reactive* obesitas. Hon menar att den förra formen är en störning som grundlägges mycket tidigt i livet, beroende på att modern inte förmår ge det lilla barnet adekvat tröst. Barnet får mat vid också andra tecken på irritation och inte bara vid hunger. Som en följd lär sig den individen inte heller att som vuxen skilja på hunger och andra kroppssensationer utan använder mat för att lugna sådana känslor som oro, sorg, eller ilska. Bruch säger också att barnet som en följd av moderns beteende utvecklar en störd kroppsuppfattning.

Reaktiv fetma kallar Bruch den fetma som utvecklas i vuxen ålder på grund av ett svårt överätande som beror på svåra livshändelser tex ett plötsligt dödsfall av någon nära anhörig, en skilsmässa, oväntade förändringar på arbetsplatsen.

Båda dessa typer av fetma kräver en långvarig behandling som tar hänsyn till underliggande faktorer, menar Bruch.

Många normalviktiga som varit överviktiga som

barn lider av ett "fat-thin" syndrom, vilket innebär att dessa individer fortfarande upplever sig som feta trots att de under lång tid varit normalviktiga. De beskriver sig som ständigt sysselsatta med tankar på mat och oro för att gå upp i vikt igen, vilket medför ett ständigt psykiskt lidande (3).

Störd kroppsuppfattning hänger oftast samman med vid vilken ålder viktuppgången började. Svårt överviktiga personer som varit övriktiga sedan barndomen eller tonåren har svårare att acceptera sin nya kroppsstorlek vid viktnedgång jämfört med dem som blivit överviktiga som vuxna tex i samband med graviditet eller av annan orsak. I synnerhet är tonårsfetma också orsak till försämrad självkänsla vilket är naturligt med tanke på att denna åldersperiod generellt är känslig för all sorts avvikelser. Om föräldrar, syskon och kamrater dessutom retar tonåringen för övervikten försämrar självförtroendet än mer och möjligheten till att utveckla normala sociala relationer minskar. Dessa tidiga negativa erfarenheter får psykologiska konsekvenser även om individen lyckas gå ner i vikt senare (7).

Personlighetsdrag

Personlighetstest har mer och mer använts för att mäta känslighet för mentala och somatiska störningar. När personlighetsdrag, mätt med Karolinska Scales of Personality, KSP (1), hos svårt överviktiga män och kvinnor som sökt behandling för sin fetma jämfördes med personlighetsdrag hos kontrollgrupper visade resultatet att de överviktiga som grupp, både män och kvinnor, hade högre poäng, dvs mera uttalade drag, på skalorna som mätte *somatisk ångest* dvs diffus oro, hjärklappning, panik-känsla, *muskelspänning* vilket bl a innebär svårigheter med att slappna av, *impulsivitet och monotoniundvikande* dvs svårigheter att stå ut med enformighet och lägre poäng på skalan som mäter *socialisation*. Dessa drag visar tillsammans på ett impulsivitetssyndrom och motsvarar begreppet "the unstable drifters" som beskrivits av Mayer-Gross och medarbetare (9). Detta är ett personlighetssyndrom som karaktäriseras av oansvarighet och instabilitet. Alkohol- och drogberoende personer brukar uppvisa liknande testresultat vilket stämmer väl överens med vårt kliniska intryck av att många svårt över-

Stabila personer ... har inte behov av att äta när de är ledsna, irriterade eller oroliga ...
Deprimerade personer äter på motsatt sätt.

viktiga personer beskriver sitt ätbeteende som ett beroende väl jämförbart med ett alkoholberoende. Oförmåga att lära av erfarenhet och en tendens att göra vad tillfället bjuder är en typisk kognitiv defekt i impulsivitetssyndromet. Impulsiva personer vet vad de skall göra men kan inte handla utifrån sin insikt. Nämda personlighetsdrag kan vara en förklaring till det vanliga obesitasbeteendet med upprepade försök att gå ner i vikt och åtföljande återfall. Brist på impuls kontroll är en typisk orsak till återfall och har visat sig förekomma i lika utsträckning bland alkoholberoende, överviktiga personer och andra grupper med beroendebeteende. (8)

Undersökningen visar att fetma i den undersökta gruppen är relaterad till vissa personlighetsdrag. Eftersom undersökningen gäller enbart överviktiga personer som sökt hjälp för sin fetma är det möjligt att överviktiga som inte söker hjälp för vikt förändring skulle uppvisa en annan personlighetsprofil.

Emotionella faktorer

Enligt Wolman (12) tenderar emotionellt stabila personer att äta mera när de är hungriga men också när de är lugna och i god stämning. De har inte behov av att äta när de är ledsna, irriterade eller oroliga. Deprimerade personer äter på motsatt sätt. Ju mer deprimerade de är ju större behov har de att äta ofta. Wolman säger vidare att överviktigas ätbeteende tycks inte vara relaterat till något fysiologiskt tillstånd utan stimuleras av sådana emotionella faktorer som oro, depression, rädsla och stress.

I en grupp svårt överviktiga personer som behandlats med käkfixering för sin övervikt hade de som tröståt svårare att behålla den nya lägre vikten jämfört med de som inte åt för att trösta sig (5). Samma undersökning visade att de som hade en eridofobisk personlighet (vilket bl a betyder brist på förmåga att känna ilska, skuld-känsla om känslan av ilska dyker upp, kritikkänslighet, oro för att förlora kontroll över sig själv) hade svårare att behålla vik-

ten efter behandling än de med icke-eridofobisk personlighet. Dessutom visade undersökningen en positiv korrelation mellan tröstätande och eridofobi.

Många undersökningar pekar på skillnader med hänsyn till psykiska faktorer mellan normalviktiga och överviktiga men också mellan olika subgrupper av överviktiga. Undersökningsresultaten är dock inte entydiga varför det är svårt att bedöma i vilken utsträckning obesa personer lider av psykiska störningar.

Sammanfattning

Orsakerna till fetma är komplexa. Ämnesomsättningsrubbnings påträffas praktiskt taget aldrig. Någon entydig psykologisk förklaringsmodell står ej heller att finna. Personlighetstest antyder dock att överviktiga i vissa fall beter sig som "unstable drifters", dvs har svårt att ta ansvar för sin egen planering och sina handlingar. Med en analys av beteendet är det möjligt att identifiera de för individen specifika problem, som leder till ett oönskat ätande och också att utveckla strategier för att lära in alternativa och bättre beteenden.

REFERENSER

1. Björvell H, Edman G, Rössner S and Schalling D: "Personality traits in a group of severely obese patients. *Int J obesity* 1985; 9: 257-266.
2. Bray GA: Definition, measurement and classification of the syndromes of obesity. *Int J Obesity* 1978; 2: 99-112.
3. Bruch H: Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. 1973. Basic books, New York.
4. Garrow JS: How to treat and when to treat. In the treatment of obesity. Ed. Munro JF. MTP England.
5. Jönsson B, Björvell H, Espmark S, Levander S and Rössner S: Psychiatric determinants of weight changes in jaw-fixed obese patients. *Acta psychiatr scand* 1986; 73: 196-202.
6. Kannel WB: Health and obesity: An overview. In: Health & obesity (Eds) HL Conno Jr, EA De Felice, PT Kuo, Raven Press, New York.
7. Leon GR: Personality, body image and eating pattern changes in overweight persons after weight loss. *Journal of Clinical Psychology* 1975; 31: 618-628.
8. Marlatt AG: Relapse prevention. A self-control program for the treatment of addictive behaviours. Washington DV: Univ of Washington, 1980.
9. Mayer-Gross W, Slater E and Roth M: Clinical psychiatry. London, Cassel 1954, pp 164-166.
10. Stuart RB: Behavioural control of overeating. *Behav Res Ther* 1967; 5: 337.
11. Stunkard AJ: Social class and obesity. In: The pain of obesity. Bull Publishing Co, Palo Alto, 1976, pp 137-152.
12. Wolman BB: Call no man normal. New York International Universities Press 1973.