

Hetsätning

Cecilia Bergh-Rosén

Självsvält och hetsätning blir allt vanligare i de västerländska kulturländerna. Man räknar med att ca 1% av kvinnor i riskåldern dvs 13–17 år blir självsvältare. När det gäller hetsätning, dvs snabb konsumtion av stora kvantiteter av mat som ofta åtföljs av självframkallade kräkningar, råder det stor brist på överensstämmelse i prevalensuppskattning. I litteraturen varierar förekomsten mellan 1–19%.

I artikeln tas bl a upp den rådande förvirringen avseende avgränsning och diagnostik av olika former av självsvält och hetsätning.

Cecilia Bergh-Rosén är doktorand vid Socialhögskolan i Stockholm och Konung Gustaf V:s forskningsinstitut, Karolinska institutet, Stockholm.

Oron för övervikt i historisk belysning

Störningar av ätbeteendet och oro för övervikt är som vi vet inte några moderna påfund. Västvärldens övre skikt har under alla tider varit sysselsatta med frågan, hur man förblir slank i allt överflöd.

Redan de gamla grekerna kände aversion inför fetma och avundades sina kulturella föregångare, kretensarna, för att de hade känt till en drog som tillät dem att äta hur mycket de ville utan att öka i vikt. I Sparta straffades de unga med särskild exercis om de befanns ha ökat i vikt när de en gång i månaden ställdes upp nakna för kontroll.

Atenarna ogillade också fetma, även om några av de mera framstående bland dem var korpulenta till sin läggning. Sokrates dansade tex varje morgon för att hålla sig i form, och den fete Platon tolererades endast tack vare sin briljanta begåvning.

Romarna hade inte heller något till övers för feta personer, och under romarrikets storhetsdagar lär

de romerska damerna ha lidit minst lika mycket eller mer än självsvältarna idag för att hålla sig slanka som vidjor. Romarna uppfann vomitoriet, som tillät dem att frossa i omätliga mängder av mat och sedan bli kvitt den genom att kräkas upp den – en metod som återuppfunnits och som ofta används av moderna självsvältare och hetsätare.

Under medeltiden ansågs fetma å ena sidan gå hand i hand med maktlystnad, övermod och frosseri och räknades till synderna. Å andra sidan var korpulens och fysisk välmåga ett tecken på Guds nåd. Självsvält tycks ha förekommit särskilt bland sk häxor, kvinnor som sades vara besatta av djävulen, och pseudomystiker. "På domens dag" – en målning gjord av Stefan Lochner på 1400-talet – ger oss den moralistiska attityden mot fetma. Syndarna som dras med våld till helvetet är tunga och feta, medan de välsignade som leds till paradiset är lätta och slanka.

I vårt slankhetscentrerade samhälle tyder idag attityderna mot fetma definitivt inte på att övervikt skulle ses som ett tecken på framgång och lycka, utan snarare tvärtom.

Självsvältaren, å andra sidan är i sitt utmärglings-tillstånd en parodi på det västerländska smalhets-idealet och visar vad som kan hända om veckotidningsråden om bantning som nyckeln till hälsa och välbefinnande, skönhet, säkerhet, rikedom och lycka tas extremt bokstavligen.

Även om självsvältare och hetsätares grundläggande problem inte är kroppsvikt och kalorier – sett ur ett normalt perspektiv – att reducera några

Störningar i ätbeteendet och oro för övervikt är som vi vet inte några moderna påfund.

... 1% av kvinnor i riskåldern, dvs mellan 13 och 17 år, blir självsvältare

överflöds-kilon, kan bantningspropagandan och smalhetsidealet bidra till att övertyga dem om betydelsen av att gå ner i vikt. Genom att börja banta tror de att avmagringen är en lösning på deras problem, fastän den i själva verket ofta är inkörsporten till ytterligt svårbemästrade sjukdomstillstånd.

Förekomst

Självsvält och hetsätning blir allt vanligare i de västerländska kulturländerna. En del forskare har till och med hävdade att hetsätning med åtföljande självframkallade kräkningar har antagit epidemiska proportioner.

En frekvenssiffra som ofta anges i litteraturen är att ca 1% av kvinnor i riskåldern, dvs mellan 13–17 år blir självsvältare. Däremot är det ingen som med säkerhet vet hur vanligt förekommande hetsätning med åtföljande kräkningar faktiskt är.

Enligt amerikanska populationsstudier av kvinnliga collegestuderande varierar förekomsten av bulimia (som är den amerikanska benämningen på tillståndet enligt DSM-III (2) mellan 3,9–19% (7, 16, 17). Brittiska studier å sin sida rapporterar att prevalensen för bulimia nervosa (den engelska beteckningen på tillståndet) hos vuxna tycks ligga mellan 1–2% (4). Förmodligen är förekomsten av hetsätning i Sverige av samma storleksordning.

Denna stora brist på överensstämmelse i prevalensuppskattning beror förmodligen bl a på vilka kriterier som använts för att diagnosticera en person som hetsätare, vilka datainsamlingsmetoder som använts (ofta har man annonserat efter hetsätare i massmedia och därefter distribuerat enkäter) och urval av de studerade populationerna. I flertalet studier har urvalet bestått av universitetsstuderande eller collegestuderande trots att man visat att majoriteten hetsätare inte är studenter (9, 15).

Huruvida dessa siffror motsvarar en reell ökning, eller mera speglar en ökad massmedialt uppackad

medvetenhet om sjukdomen och gedignare kunskaper bland vårdpersonal är svårt att avgöra.

Oavsett om matproblem faktiskt har ökat eller ej så har vidgad information och bredare kunskaper bidragit till att inte bara lättidentifierade självsvältare vågat söka vård, utan också de mera svårupptäckta normalviktiga hetsätarna.

Vi kan dock med större säkerhet fastställa att självsvält och hetsätning mest drabbar kvinnor. I litteraturen brukar man uppge att tjugo gånger fler kvinnor än män har dessa matproblem.

Självsvält och hetsätning – ett diagnostiskt dilemma

Det råder stora meningsskiljaktigheter huruvida självsvält och hetsätning hänger ihop, om det är samma sjukdom eller två separata företeelser.

Enligt den amerikanska diagnosmanualen, DSM-III (2), betraktar man anorexia nervosa och bulimia som två separata sjukdomar, medan andra gör gällande att bulimia är en undergrupp till, en kronisk fas eller en variant av anorexia nervosa. En del forskare hävdar att bulimia inträffar hos anorektiska patienter när de svält sig en längre tid och inte orkar motstå hetsätningsattackerna. Det har också rapporterats att bulimia kan ha samband med affektiv sjukdom av depressiv valör. Detta baseras på att man funnit hög förekomst av depressiva symtom hos hetsätare och hos föräldrar och syskon till dessa. Dessutom har hetsätare svarat positivt på anti-depressiv behandling, bl a genom att reducera antalet hetsätningsattacker och i vissa fall helt avstå från dessa (9, 13).

Att anorexia nervosa och bulimia är två separata sjukdomar tycks inte stämma med den kliniska verkligheten. Att dessa tillstånd överlappar varandra har visats i ett flertal studier (1, 3, 11).

Sven Holmgren med medarbetare studerade 79 svältande och hetsätande patienter. 16 av dessa uppfyllde kriterierna för anorexia nervosa och 43 uppfyllde kriterierna för bulimia enligt DSM-III, (2). 7 patienter gavs dubbel diagnos då de uppfyllde både anorexi- och bulimikriterierna. De återstående 13 patienterna uppfyllde anorexikriterierna utom vikt-förlustkriteriet och kallades därmed anorexiliknande (enligt DSM-III).

Hälften av de patienter som kunde klassificeras som traditionell anorexia nervosa och anorexikliknande tillstånd rapporterade mer eller mindre frekventa bulimiska episoder. Alla patienter i bulimigruppen visade anorektiskt beteende mellan de bulimiska episoderna. Överlappningen blir ännu tydligare då man tittar på sjukdomens fortsatta utveckling. Hälften av de 79 studerade patienterna hade alternerat mellan faser då anorexidiagnos resp bulimidiagnos kunde ställas. De patienter som från början uppfyllde anorexikriterierna fortskred under sjukdomens gång till ett stadium där bulimikriterierna var uppfyllda och vice versa. Holmgren m fl konstaterar att man vid diagnostisering av anorexia nervosa resp bulimia tillskriver viktnivån en alldeles för stor betydelse, trots att patienterna i alla andra avseenden är påfallande lika.

På Akademiska sjukhuset i Uppsala där studien utfördes differentierar man inte patienterna i olika undergrupper med olika sjukdomar, utan ser alla inneslutna i samma konflikt – den anorektiska-bulimiska konflikten. Patienterna har viktfohi å ena sidan men samtidigt en matfixering. Denna konflikt är central för alla patienter. Maten är samtidigt det mest förbjudna för viktfohikerna och det mest eftersträvsvärda. Konflikten mellan att äta och inte äta styr beteendet, och på lång sikt styr hur man ser ut i kroppen.

De nya DSM-IIIr-kriterierna?

Ett nyligen framlagt förslag om revidering av DSM-III-kriterierna för anorexia nervosa och bulimia, innebär bla att det omdebatterade viktfohrlustkriteriet på minst 25 % vid anorexia nervosa slopas. Dessutom har man delat in anorexia nervosa och bulimia i underavdelningar:

Förslag till nya kriterier för Anorexia Nervosa (DSM-IIIr) (6):

A. Extrem rädsla för övervikt, som inte avtar med minskande vikt.

B. Störd kroppsuppfattning, tex påstådd känsla

.....

Konflikten mellan att äta och inte äta styr beteendet.

.....

för att "vara tjock" trots stark avmagring.

C. Vägran att hålla vikten över en för ålder och längd minimal normal kroppsvikt.

D. Amenorré (hos kvinnor)

Typ I – patienter som enbart inskränker födo-intaget och som inte hetsäter, framkallar kräkningar eller missbrukar laxantia eller diuretika.

Typ II – patienter som inskränker födo-intaget och framkallar kräkningar etc, men inte hetsäter.

Typ III – patienter som hetsäter, framkallar kräkningar etc och som dessutom kan begränsa födo-intaget.

Förslag till nya kriterier för Bulimia (DSM-IIIr) (6):

A. Återkommande hetsättningsattacker (dvs hastigt intagande av en stor mängd föda, inom en begränsad tid, vanligen mindre än 2 timmar).

B. Minst tre av följande karaktäristika:

1. Intagande av kaloririk, lättkonsumerad föda under hetsättningsattacken.

2. Avskildhet under hetsättningsattacken.

3. Avslutande av sådana hetsättningsattacker pga buksmärtor, sömn, sociala avbrott eller självframkallade kräkningar.

4. Upprepade försök att gå ned i vikt med olika bantningsmetoder, självframkallade kräkningar eller genom att använda laxantia eller diuretika.

5. Ofta uppträdande viktfohändringar (mer än 4,5 kg) pga omväxlande hetsätande och bantning.

C. Medvetande om att ätbeteendet är abnormt och rädsla för att inte själv kunna sluta äta.

D. Hetsättningsattackerna förekommer i genomsnitt minst en gång i veckan under en sammanhängande period av tre månader.

E. Kroppsvikten bibehålls inom tio procents variation av normalvikten i relation till ålder, kön och kroppslängd.

Typ I – patienter som inte har någon tidigare anamnes på anorexia nervosa.

Typ II – patienter med en tidigare anamnes på anorexia nervosa.

Vidare har man föreslagit DSM-IIIr-kommittén införandet av viktfohikriteriet i bulimi-diagnosen.

Därmed vill man betona likheterna mellan anorexia nervosa och bulimia, vilket borde råda bot på den nu rådande diagnostiska förvirringen.

Orsak och konsekvenser

För att åskådliggöra hur hetsätning vanligtvis utlöses, och några av dess konsekvenser får Sara 27 år själv berätta:

– Jag gick upp drygt 15 kg, då jag väntade mitt första barn. Före graviditeten var jag helt normalviktig. Jag började nu hårdbanta och gick ner dessa 15 kg och mycket mer än så. Ju mindre jag åt desto skönare var det. Jag var livrädd för att bli tjock.

Ett år senare, då jag var 19 år hetsäter jag för första gången. Jag började plötsligt äta massor av mat. Tre år senare hetsäter jag regelbundet. Jag kräks inte. Jag har försökt, men kan inte. Istället bantar jag emellan.

Hetsätningen går i perioder, dessemellan svälter jag mig. Jag hetsäter dag efter dag i veckor tills jag börjar banta.

Idag har jag 25 kg övervikt och hetsäter något fruktansvärt.

Visst var jag lite rund som flicka men det var aldrig något problem. Som liten fick jag ofta ta hand om matlagningen hemma. Både min far och min mor drack. Ofta drack de tillsammans. Det var mycket bråk. Både fysiskt och psykiskt. De slogs.

Min mor var dessutom överviktig och idag har jag en syster som hetsäter. Hennes hetsätning började också efter en bantning.

Min dag börjar alltid med att försöka uppfylla gårdagens löfte, att börja om på nytt utan hetsätning. Jag äter nästan inget till frukost och lunch. Jag dricker kaffe och tar en frukt. På förmiddagen har jag alltid det där i huvudet att jag måste banta. Sen går det inte längre. Det är på eftermiddagen då jag kommit hem från arbetet, det börjar. Då har jag svultit mig så länge. Det är ett "sug". Jag blir fruktansvärt rastlös och springer av och an. Jag blir svettig och det kryper i hela kroppen. Jag känner mig dålig.

Jag börjar med att äta en smörgås. Det blir många smörgåsar. Jag står och plockar i mig under tiden

jag lagar mat. Sen äter jag 3–4 portioner mat. Jag behöver aldrig ställa in rester i kylskåpet. Jag fortsätter med kakor, glass och läsk. Ja, man stoppar i sig till man går och lägger sig. Då kan jag knappt inte röra mig. Jag har kramp i magen, det spänner och gör ont.

När jag har en intensiv dag hetsäter jag 10 000 kalorier. Jag gör inget annat än äter. I genomsnitt äter jag för 200 kronor per dag.

Jag mår dåligt på morgonen dagen efter. Jag har huvudvärk och magvärk. Fruktansvärt mycket gaser.

Under de perioder jag bantar äter jag knappt nånting. Några hundra kalorier om dagen. Bantningen håller i sig några veckor. Under tiden motionerar jag mycket till skillnad från då jag hetsäter. Då är motionen lika med noll.

Jag hetsäter aldrig då vi är borta. Det har blivit färre och färre gånger genom åren som vi går bort.

Jag tycker aldrig att jag äter regelbundet. Det var många år sedan. Antingen hetsätning eller bantning. Jag känner mig stark då jag bantar. Då jag hetsäter är jag deprimerad, trött och tycker allt är ett helvete. Då vill jag helst bara försvinna. Hetsätningen tar all min tid. Jag isolerar mig och jag vill inget.

Ett återfall utlöses då jag planerat något, som inte blir som jag tänkt mig, i samband med mens och då jag är rädd och känner mig olustig.

Min man vet inte om att jag hetsäter, men barnen vet.

Jag undviker sex. Jag känner mig uppsvälld och tjock. Min man säger inte så mycket.

Jag har inte sökt vård för mina problem, för jag visste inte vart jag skulle vända mig och hur dålig man måste vara. Det måste ju finnas andra som har det svårare.

Ovanstående beskrivning av hetsätningens psykosociala och ekonomiska konsekvenser pekar på att dessa kan nå en dignitet som liknar de följer andra beroendetillstånd har. Dessa samband är emellertid dåligt kartlagda.

Det finns idag en grupp individer som har ett missbruksliknande förhållande till mat och ätande, och där kan man använda termen matmissbruk. Denna matmissbruksgrupp var tidigare okänd och/

eller dåligt beskriven. Det missbruksliknande förhållandet till mat är idag ett nytt, stort och växande socialt problem.

Alkohol- och drogvanor

Vid genomgång av litteraturen är det anmärkningsvärt att notera den ringa del, som andra addiktiva beteenden i bilden av matmissbruk får utrymme för hos olika skribenter. När det gäller alkoholmissbruk hos hetsätare är ofta distinktionen mellan bruk och missbruk tydligt klargjord.

Det finns emellertid tecken som visar på att matmissbruk kan ha samband med alkohol- och drogmissbruk. Man har funnit en hög förekomst av alkohol- och drogmissbruk hos hetsätare (8, 9, 15), och dessutom ofta förekommande alkoholmissbruk hos föräldrar, syskon och nära släktingar till dessa (10, 15).

Pyle mfl fann i sin studie av 34 hetsätare, att 14 individer drack alkohol flera gånger i veckan och 5 individer drack alkohol dagligen. 7 individer uppgav periodiskt missbruk av amfetamin medan 4 individer uppgav daglig konsumtion av droger. Kvantiteten alkohol resp droger uppges dock inte. 8 individer hade tidigare behandlats för alkohol- och drogmissbruk.

Då det gällde föräldrarnas och syskonens alkoholvanor fann de att 17 individer hade åtminstone en förälder eller ett syskon som var alkoholmissbrukare. 7 individer uppgav att fadern var alkoholist.

Ett omfattande material bestående av 108 kvinnliga hetsätare redovisas av Hatsukami med medarbetare från Eating Disorders kliniken i Minnesota (9). Syftet var att kartlägga förekomsten av alkohol- och drogmissbruksdiagnos (vid bedömningstillfället eller tidigare) med hjälp av DSM-III (2) och att bestämma förekomsten av alkohol- och andra drogbruk hos normalviktiga kvinnliga hetsätare.

De fann att 18,5 % uppfyllde DSM-III-kriterierna för alkohol eller drogmissbruk (vid bedömningstillfället eller tidigare). Självrapporterade data visade att 13,9 % tidigare hade behandlats för alkohol- eller drogmissbruk. På frågan hur ofta du dricker/använder droger under en månad, då du dricker/använder droger som mest intensivt, uppgav 16,8 % (av de 101 kvinnor som besvarade frågan) dagligt bruk av

alkohol och 30,7 % uppgav dagligt bruk av amfetamin och "uppers". Vidare uppgav 9 % av de 101 kvinnorna att de dagligen använde lugnande medel och 8 % uppgav dagligt bruk av koffeintabletter.

Fynd som står i motsats till ovannämnda resultat rapporteras bl a av Johnson, C L mfl, Cullari, S & Redmon, W K, Hudson, J I mfl (14, 5, 12). Johnson mfl fann i sin studie av 361 hetsätare att mindre än 10 % använde alkohol och droger dagligen, och Cullari & Redmon rapporterar daglig alkoholkonsumtion hos 5 av 55 studerade hetsätare. När det gäller alkoholberoende hos släktingar till hetsätare fann Hudson mfl alkoholberoende hos 2 individer i sin studie av 10 hetsätares nära släktingar.

Flertalet studier som kartlägger andra addiktiva beteenden i bilden av matmissbruk har för det mesta baserat sig på enkäter och tester, och då studierna har baserat sig på kliniska intervjuer har i regel populationerna varit små.

Huruvida hetsätare löper en ökad risk att utveckla alkohol- och drogmissbruk samt den intressanta parallellen mellan matmissbruk och alkohol- och drogberoende är några frågor som ännu inte utretts.

REFERENSER

1. Abraham, S F & Beumont, P J V (1982): How patients describe bulimia or binge-eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
2. American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, (DSM-III), APA, Washington D C.
3. Andersen, A E (1983): Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care*, 14, 15-21.
4. Cooper, P J and Fairburn, C G (1983): Binge-eating and self-induced vomiting in the community. A preliminary study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 139-144.
5. Cullari, S & Redmon, W K (1984): Questionnaire responses from self-identified binge-eaters and purgers. *Psychological Reports*, 54, 232-234.

6. *Fries, H* (1986): Anorexia nervosa – 300 år efter miss Duke's insjuknande. *Forskning och Praktik*, Vol 18, nr 1.
7. *Halmi, K, Falk, J & Schwartz, E* (1981): Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11, 697–706.
8. *Hatsukami, D, Owen, P, Pyle R & Mitchell, J* (1982): Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol or drug abuse problems. *Addictive Behaviors*, Vol 7, 435–439.
9. *Hatsukami, D, Eckert, E, Mitchell, J E & Pyle, R* (1984): Affective disorder and substance abuse in women with bulimia. *Psychological Medicine*, 14, 701–704.
10. *Herzog, DB* (1982): Bulimia: The secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23, 481–483; 487.
11. *Holmgren, S, Humble, K, Norring, C, Roos, B-E, Rosmark, B & Sohlberg S* (1983): The anorectic and bulimic conflict. An alternative diagnostic approach to anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 2, no 2.
12. *Hudson, J I, Laffer, P S & Pope, H G* (1982): Bulimia related to affective disorder by family history and response to dexamethasone suppression test. *American Journal of Psychiatry*, 139, 685–687.
13. *Huges, P L, Wells, K A, Cunningham, K J & Ilstrup, D M* (1986): Treating bulimia with desipramine – a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 43, 182–186.
14. *Johnson, C L, Stuckey, M K, Lewis, L D & Schwartz, D M* (1983): A survey of 509 cases of self-reported bulimia. *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, Alan R Liss, Inc, N Y.
15. *Pyle, R L, Michell, J E & Eckert, E D* (1981): Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 42, no 2, 60–64.
16. *Pyle, R, Mitchell, J & Eckert, E* (1983): The incidence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 75–85.
17. *Strangler, R S & Printz, A M* (1980): DSM-III: Psychiatric diagnosis in a university population. *Journal of Psychiatry*, 137, 937–940.

sfph – PSYKISK HÄLSA's monografier

nr 25 **HIV – Hot i Vår tid**

Narkotikamissbrukares psykiska reaktioner på HIV-hotet av
Anders Annell

66:– inkl porto

nr 26 **Det kvinnliga perspektivet**

Nya tankegångar om kvinnor och män inom psykologi och psykoterapi
Red. Karin Crafoord, Ulla Grebo, Helena Stövegård

95:– inkl porto

nr 27 **Anorexia och bulimia nervosa – själsvält och hetsätning**

sammanställd av patientföreningen Anorexia-Bulimia i Göteborg
med medicinsk del av Jan-Otto Ottosson

42:– inkl porto



Svenska föreningen för psykisk hälsovård

Box 45246, 104 30 Stockholm, tel 08/23 19 25