

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Ätstörning och personlighet**  
- **personlighetsbedömning med PID-5 på en  
ätstörningsmottagning**

Lisa Eriksson

Examensarbete 15 poäng  
Psykioterapeutprogrammet  
PT 2215  
Vårterminen 2017

Handledare: Jan Johansson

# Ätstörning och personlighet

- personlighetsbedömning med PID-5 på en ätstörningsmottagning

Lisa Eriksson

*Sammanfattning.* Decennier av forskning visar på samband mellan personlighet och ätstörning vad gäller såväl insjuknande som behandlingsutfall. Studiens syfte var att pröva ett nytt skattningsformulär, The personality inventory for DSM-5 (PID-5), för att undersöka personlighetsdrag hos kvinnor med ätstörning och pröva formulärets användbarhet i terapeutisk behandling. I denna kvantitativa studie har 40 kvinnor med ätstörning jämförts med en ickeklinisk population och en blandad klinisk psykiatrisk population kvinnor. Resultatet blev att kvinnorna med ätstörning skattade högre än den ickekliniska kontrollgruppen på personlighetsdomänerna Negativ affekt, Avstängdhet och Dysinhibering. De skattade lägre än den kliniska populationen kvinnor på majoriteten personlighetsdrag. Studien visar på PID-5:s användbarhet vid planering av terapeutisk behandling med ätstörningspatienter. Ytterligare studier är önskvärda för att pröva PID-5 på en större ätstörningspopulation.

I mitt arbete på en ätstörningsmottagning har jag kommit att fascineras av komplexiteten i ätstörning och hur man kan förstå varför vissa personer utvecklar ätstörningsproblematik, vad som vidmakthåller problematiken och vilka psykoterapeutiska interventioner som kan bidra till tillfrisknande. Ätstörning betraktas både inom forskningen och av kliniker som ett av de mest komplexa, svårförstådda och svårbehandlade psykiatriska tillstånden och det är fortfarande oklart vad som predicerar en framgångsrik behandling (Fant Masic, 2007). Ett skäl till detta kan vara att ätstörningspatienter är en mycket heterogen grupp även om de uppvisar likheter vad gäller centrala ätstörningssymptom. Ingen specifik behandlingsform är i dagsläget tydligt överlägsen någon annan och behandlingsresultaten är väldigt varierande. Kognitiv beteendeterapi (KBT) har förvisso visat på positiva behandlingsutfall vid framför allt Bulimia Nervosa (se samtliga diagnoskriterier nedan) och familjeterapi har visat goda resultat vid behandling av unga med Anorexia Nervosa. I det stora hela saknas dock framgångsrika behandlingsmetoder för Anorexia Nervosa som är ett allvarligt tillstånd med hög dödlighet. Vad gäller Ätstörning UNS finns fortfarande väldigt lite forskning vad gäller behandlingsutfall trots att denna diagnosgrupp är den avsevärt största av ätstörningsdiagnoserna (Clinton & Norring, 2009).

En pusselbit i förståelsen av ätstörningar är personligheten, det vill säga hur individens olika personlighetsdrag påverkar insjuknande, vidmakthållande och behandlingsutfall. Denna uppsats är för mig ett tillfälle till fördjupning i dessa frågeställningar. I tid sammanföll detta arbete med att en kollega på vår mottagning i Halmstad, inom ramarna för en forskningsförberedande utbildning, valt att studera samma ämne. Vi bestämde oss för att göra en gemensam studie med syftet att pröva ett nytt självskattningsformulär för personlighetsbedömning, The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), på en grupp ätstörningspatienter. Flera studier visar att instrumentet har god validitet och reliabilitet men PID-5 är till dags dato tämligen obeforskat vad gäller klinisk användbarhet. Det har hittills

inte gjorts någon studie där man använt PID-5 för personlighetsbedömning av personer med ätstörning. Det övergripande syftet med denna studie är dels att undersöka personlighetsdrag hos personer med ätstörningsdiagnos, dels att undersöka PID-5:s kliniska användbarhet på en ätstörningsmottagning. Förhoppningen är att detta på sikt ska kunna bidra till en ökad förståelse för varför ätstörningsdiagnos utvecklas och även öka förutsättningarna för en bättre och mer individualiserad behandling för dessa patienter.

### ***Definitioner av ätstörningar***

Nedan ges en beskrivning av de ätstörningsdiagnoser som ingår i uppdraget för Ätstörningsmottagningarna i Halland:

**Anorexia Nervosa (AN).** AN kännetecknas av en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock trots att personen är klart underviktig. För att stilla rädslan svälter personen sig vilket medför en för ålder, kön, hälsa och tillväxtkurva för låg vikt. Personen får en förvrängd kroppsuppfattning avseende vikt och form där hen hela tiden känner sig tjock, trots undervikt. Självkänslan är ofta överdrivet påverkad av kropp och form och personen ifråga förnekar ofta ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten. AN finns i två former, den ena med enbart självsvält och den andra med självsvält och upprepade episoder av hetsätning och självrensning genom till exempel framkallande av kräkningar eller missbruk av laxermedel (American Psychiatric Association, APA, 2014).

**Bulimia Nervosa (BN).** BN kännetecknas av upprepade episoder av hetsätning då personen under en kort, avgränsad tid äter stora mängder utan att kunna kontrollera sitt matintag. Detta följs av kompensatoriska beteenden för att inte gå upp i vikt, till exempel framkallande av kräkningar, missbruk av laxermedel eller överdrivet motionerande. Självkänslan är även här överdrivet påverkad av kroppsform och vikt (APA, 2014).

**Ätstörning utan närmare specifikation (UNS).** Ätstörning utan närmare specifikation är en kategori i DSM-V som innebär att personen har symptom på en ätstörning som orsakar lidande eller försämrad funktionsförmåga men där kriterierna inte är helt uppfyllda för en specifik ätstörningsdiagnos. Det kan till exempel vara en person som uppfyller alla kriterier för AN förutom att hen trots viktnedgång inte är underviktig eller en person som uppfyller alla kriterier för BN förutom att hen framkallar kräkningar mer sällan än 1 gång per vecka (APA, 2014).

### ***Personlighet och ätstörningar – tidigare forskning***

Med personlighet menas grundläggande egenskaper som är stabila och varaktiga mönster av känslor, tankar och beteenden, som visar sig över tid och är oberoende av situation och kultur. Grundläggande personlighetsegenskaper anses i många personlighetsteorier vara medfödda, biologiskt baserade, men förstärkta eller försvagade beroende på uppväxtmiljö. Personligheten uppstår alltså genom ett komplext samspel mellan arv och miljö (Fahlke & Johansson, 2007). Personlighetsstörning däremot är en psykiatrisk diagnos som kännetecknas av att personen i fråga har ett stabilt, oflexibelt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. För att få diagnosen skall detta mönster innebära ett lidande eller påtagligt försämrad funktionsnivå (APA, 2014).

Det har under de senaste decennierna forskats mycket på samband mellan ätstörningar och personlighet. Ett dilemma är att man använt sig av en mängd olika instrument och har haft

så olika ingångar att det är svårt att summera resultaten (Rotella, Fioravanti & Ricca, 2016). Det finns dock en koncensus kring att personligheten har en stor betydelse för såväl utvecklande, vidmakthållande som behandlingsresultat vid ätstörningar (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby & Mitchell, 2006). Personlighetsdrag som i ett flertal studier visat sig vara vanliga vid ätstörningar är hög grad av perfektionism, impulsivitet, ängslighet, belöningsberoende, sensationssökande, neurotiscism och tvångsmässighet i kombination med låg grad av självstyrande, bestämdhet och samarbetsförmåga (Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini & Abbate, 2004, Klump et al, 2004, Krug et al, 2011, Wade et al, 2008).

Även en metaanalys gjord av Cassin och Von Ranson (2005) ger liknande resultat. Den visar att både AN och BN karaktäriseras av hög grad av perfektionism, tvångsmässighet, neurotiscism, hög grad av negativa känslor, ängslighet, låg grad av självstyrande, låg samarbetsförmåga och personlighetsdrag som associeras med undvikande personlighetsstörning. Den skillnad man fann mellan olika ätstörningsdiagnoser var att personer med AN kännetecknades av hög förmåga till återhållsamhet, hög uthållighet och låg grad av sensationssökande medan personer med BN kännetecknades av hög grad av impulsivitet, hög grad av sensationsökande, nyhetssökande och hade personlighetsdrag som associeras med emotionell personlighetsstörning. Sammantaget fann man dock mer likheter än skillnader vad gäller personlighetsdrag hos de olika ätstörningsdiagnoserna (Cassin & Von Ranson, 2005).

Egenskapen rigid perfektionism associeras starkt med ätstörningar och benämns som en av de största riskfaktorerna för insjuknande samtidigt som den anses predicera dåligt behandlingsutfall (Lilenfeld et al, 2006). Det som åsyftas är då den maladaptiva variant av perfektionism som innebär att personen ställer orealistiskt höga krav på sig själv kombinerat med hög grad av självkritik och stark upplevelse av misslyckande när hen inte lyckas leva upp till dessa höga krav. En del forskare hävdar att rigid perfektionism är vanligare hos personer med AN medan andra studier visar att egenskapen är ungefär lika vanlig inom alla ätstörningsdiagnoser. Det finns dock belägg för att rigid perfektionism är vanligare bland ätstörningsdiagnoser än andra psykiatriska tillstånd (Rotella et al, 2016).

Flera studier har visat att personlighetsdragen är desamma under ätstörningen och efter tillfrisknandet vilket talar för att personlighetsdrag är tämligen stabila och inte relaterade till svält och lågt BMI (Ghaderi & Scott, 2000; Klump et al, 2004).

Få studier har hittills gjort där man har använt sig av Femfaktormodellen som är den idag mest vedertagna och väletablerade personlighetsteorin (Falkhe & Johansson, 2007) och i vilken PID-5 har sin teoretiska grund. Femfaktormodellen redovisas ingående under nästa rubrik.

### ***The Personality Inventory of DSM-5 (PID-5)***

För att bedöma och diagnosticera personlighetsstörningar används en kategorisk modell där personlighetsrelaterad problematik är indelad i tre kluster och 10 specifika personlighetsstörningar. I tidigare DSM- IV fanns en multiaxial modell där personlighetsstörningar tillhörde Axell II medan övriga psykiatriska diagnoser tillhörde Axell I. Denna uppdelning har tagits bort i DSM -5 och personlighetsstörningar är införlivade bland övriga psykiatriska diagnoser. Det har riktats mycket kritik mot denna kategoriska personlighetsdiagnostik vad gäller både bristande validitet och bristen på vetenskaplig grund bakom kriterierna. En kritik har varit att det är ett alltför trubbigt bedömningsinstrument då det finns stora variationer mellan olika personer med samma personlighetsstörningsdiagnos samt att samsjukligheten mellan olika personlighetsdiagnoser är hög. En kritik som också formulerats är bristen på klinisk användbarhet och misslyckandet med att bidra till förståelsen

för olika personlighetsdrags betydelse inte bara för personlighetsstörningar utan också för utvecklandet och vidmakthållandet av vanliga psykiska störningar, det vill säga sambandet mellan personlighet och patologi (Hopwood & Sellbom, 2013).

Under förarbetet med att revidera DSM-IV och färdigställa DSM-5, som kom ut på amerikanska 2013, presenterades en alternativ modell för personlighetsdiagnostik. Den innebär att man lämnar kategoriserandet och istället beskriver personlighet utifrån en dimensionell modell där personlighetsstörningar är maladaptiva varianter av personlighetsdrag och där gränserna mellan ”normalt” och ”stört” är flytande. Begreppet personlighetsstörningar har ersatts av personlighetssyndrom. Som en del av denna nya modell framarbetades ett nytt instrument för personlighetsbedömning, PID-5. Denna alternativa modell, som får betraktas som ett paradigmskifte, kom dock inte att bli den officiella i DSM-5. Istället valde man att placera den i sektion III för att forskas vidare på och behålla personlighetsdiagnostiken från DSM IV i oförändrad form i den officiella delen av DSM-5 (Thomas et al, 2012). Den nya modellen har ändå lett till en förskjutning av synen på personlighetsstörningar, från störning till personlighet. Man har valt att behålla sex av de ursprungliga specifika personlighetssyndromen samt lägga till en sjunde; Personality Disorder-Trait-Specified (PD-TS). Förutom att vara ett instrument för att bedöma personlighetsstörning erbjuder PID-5 möjligheten att göra en unik personlighetsdiagnostik, till exempel när en person inte riktigt passar in i någon av de sex personlighetstyperna eller när man helt enkelt vill veta mer om en persons styrkor och svårigheter (Bach, Maples-Keller, Bo & Simonsen, 2016).

### ***PID-5 teoretisk grund***

PID-5 har sin teoretiska grund i femfaktormodellen som är den idag mest vedertagna och väletablerade personlighetsteorin (Fahlke & Johansson, 2007). Femfaktormodellen är tänkt att ge en bild av individen som en social, relationell varelse. Modellen har utvecklats genom bred och intensiv forskning under årtionden och utgår ifrån att det finns fem grundläggande medfödda personlighetsegenskaper, dimensioner, vilka benämns som The Big Five. Dessa fem personlighetsdimensioner är Känslomässig instabilitet, Utåtriktning, Öppenhet, Vänlighet och Målmedvetenhet. Under varje dimension finns sex specifika personlighetsegenskaper, så kallade facetter (McCrae & Costa, 1996). Med dimensionen Känslomässig instabilitet avses en persons benägenhet för ångest, depressivitet och känslomässig sårbarhet. Dimensionen Utåtriktning mäter hur socialt utåtriktad en person är. Dimensionen Öppenhet beskriver en persons benägenhet att vara nyfiken, experimenterande och öppen för nya erfarenheter. Den fjärde dimensionen Vänlighet beskriver personens vilja och förmåga att samarbeta med andra, förmåga till empati och omtänksamhet. Modellens femte dimension Samvetsgrannhet beskriver en persons grad av självdisciplin, målmedvetenhet och noggrannhet.

PID-5 består liksom femfaktormodellen av fem övergripande personlighetsdrag, så kallade domäner. De fem domänerna är Negativ affekt, Avstängdhet, Antagonism, Dysinhibering och Psykotism. Varje domän rymmer ett antal specifika underordnade personlighetsdrag, facetter, vilka sammanlagt är 25 stycken (Thomas et al, 2012). Se Tabell 1.

Tabell 1

*PID-5 personlighetsdomäner med tillhörande personlighetsdrag. De tre första, fetmarkerade personlighetsdragen indikerar starkast respektive domän.*

<b>Personlighetsdomäner</b>	<b>Personlighetsdrag (facetter)</b>
<b>Negativ affekt</b>	<b>Känslomässig instabilitet</b> <b>Ängslighet</b> <b>Separationsångest</b> Depressivitet Fientlighet Misstänksamhet Undergivenhet Perseveration Begränsade känsloutryck
<b>Avstängdhet</b>	<b>Tillbakadragenhet</b> <b>Undvikande av närhet</b> <b>Anhedoni</b> Depressivitet Misstänksamhet Begränsade känsloutryck
<b>Antagonism</b>	<b>Manipulativt beteende</b> <b>Bedräglighet</b> <b>Grandiositet</b> Uppmärksamhetsökande Känslolöshet Fientlighet
<b>Dysinhibering</b>	<b>Ansvarslöshet</b> <b>Impulsivitet</b> <b>Distraherbarhet</b> Risktagande Rigid perfektionism
<b>Psykotism</b>	<b>Ovanliga föreställningar och erfarenheter</b> <b>Excentricitet</b> <b>Perceptuell dysreglering</b>

Den hierarkiska strukturen i PID-5 påminner således starkt om den i femfaktormodellen och de båda modellerna korrelerar starkt. PID-5 kan sägas beskriva maladaptiva eller patologiska varianter av The Big Five (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012). Domänen Negativ affekt i PID-5 beskriver hur ofta och intensivt en person upplever negativa känslor som ångest, depressivitet och skam. Den motsvaras av femfaktormodellens dimension Känslomässig instabilitet. Domänen Avstängdhet beskriver en persons undvikande av sociala relationer och social isolering. Den korrelerar negativt med femfaktormodellens dimension Utåtriktning. Den tredje domänen Antagonism beskriver beteenden hos en person vilka försvårar samarbete och goda relationer med andra. Höga värden återfinns hos personer som är manipulativa och har en tendens att utnyttja personer i sin omgivning. Denna domän korrelerar negativt med femfaktormodellens dimension

Vänlighet. Domänen Dysinhibering beskriver svårigheter att fokusera, impulsivitet och låg grad av eftertänksamhet. Personer med höga värden här uppfattas ofta som oansvariga och inte så samvetsgranna. Domänen korrelerar negativt med femfaktormodellens dimension Målmedvetenhet. Den femte domänen Psykotism beskriver avvikande eller psykotiska uppfattningar om världen och omgivningen. Personer med höga värden kan ofta uppfattas som förvirrade och motsägelsefulla. Denna domän korrelerar negativt med femfaktormodelens dimension Öppenhet (Thomas et al, 2012). För sammanställning av jämförelse mellan PID-5 och femfaktormodellen se Tabell 2.

Tabell 2

*Jämförelse mellan PID-5 personlighetsdomäner och femfaktormodellens personlighetsdimensioner*

<b>PID-5 Personlighetsdomäner</b>	<b>Femfaktormodellens personlighetsdimensioner</b>
<b>Negativ affekt</b> Benägenhet för höga nivåer av negativa affekter som ångest, depressivitet, skam, ilska och känslomässig sårbarhet	<b>Neuroticism</b> Benägenhet för höga nivåer av negativa affekter som ångest, depressivitet, skam, ilska och känslomässig sårbarhet
<b>Avskildhet</b> Benägenhet att dra sig undan närhet och sociala relationer, begränsade och återhållna känslouttryck	<b>Utåtriktning</b> Benägenhet att vara socialt utåtriktad, sällskaplig och spänningssökande
<b>Antagonism</b> Benägenhet att komma i konflikt och på distans från andra på grund av överdrivet självhävdande, känslolöshet för andras behov och känslor, utnyttjande av andra för egen vinning	<b>Vänlighet</b> Benägenhet att vilja och ha förmåga att samarbeta med andra samt förmåga till omtänksamhet och empati
<b>Dysinhibering</b> Benägenhet till impulsivt beteende, stort behov av positiv förstärkning, låg förmåga till konsekvenstänkande	<b>Samvetsgrannhet</b> Benägenhet till självdisciplin, målmedvetenhet och noggrannhet
<b>Psykotism</b> Benägenhet att uppfattas udda på grund av avvikande eller psykotiska beteenden och uppfattningar om världen och omgivningen	<b>Öppenhet</b> Benägenhet att vara nyfiken, experimenterande och öppen för nya erfarenheter

Även om PID-5 är ett relativt nytt instrument, har det redan gjorts ett flertal studier som stödjer dess validitet och reliabilitet vad gäller uppbyggnad och struktur och att den går att replikera (Al-Dajani, Gralnick & Bagby, 2016; Bagby 2013; Hopwood & Sellbom, 2013). PID-5 har också visat sig ha konvergens med ett antal liknande välvaliderade skalor för att mäta personlighet (Bach et al, 2016). En nyligen publicerad dansk studie av Bo, Bach, Mortensen & Simonsen (2016) av en blandad klinisk och ickeklinisk psykiatrisk population (N=1119), visar att den hierarkiska femfaktorstrukturen har reliabilitet avseende intern konsistens för facetter och domänskalor baserat på Cronbach´s alpha (range = 0,75 till 0,95 varav 22 av 25 facetter hade alphas på över 0,80). Den visar också att PID-5 såsom den konstruerades av Krueger med kollegor (2012) kan replikeras till en dansk population. Studien motsvarar tidigare rön och stöder således att PID-5 har validitet och reliabilitet vad

gäller psykometriska egenskaper liksom att instrumentet kan generaliseras till europeiska populationer (Bo et al, 2016).

## **Syfte**

Att med hjälp av självskattningsformuläret PID-5 undersöka personlighetsdrag hos patienter över 16 år på ätstörningsmottagningarna i Region Halland. Det övergripande syftet är att pröva om PID-5 är ett användbart instrument för att mäta personlighetsdrag hos patienter med ätstörningsdiagnoser och om det kan användas kliniskt för att förbättra och individanpassa behandlingen.

## **Frågeställningar**

-finns det någon skillnad mellan hur kvinnor med ätstörning skattar sina personlighetsdrag med PID-5 jämfört med en icke-klinisk grupp kvinnor?

-finns det någon skillnad mellan hur kvinnor med ätstörning skattar sina personlighetsdrag med PID-5 jämfört med en blandad klinisk psykiatrisk grupp kvinnor?

-är PID-5 kliniskt användbart vid planering av terapeutisk behandling av patienter på en ätstörningsmottagning?

## **Metod**

### **Undersökningsdesign**

För att besvara frågeställningarna har kvantitativ deskriptiv metod använts. Denna metod bedömdes lämpligast då vi ville göra en jämförande studie mellan hur olika grupper av individer skattar personlighetsdrag.

### **Deltagare**

Studien har genomförts vid ätstörningsmottagningarna i Halmstad och Varberg. Under perioden januari - augusti 2016 har samtliga patienter över 16 år, som efter bedömning fått ätstörningsdiagnosen AN, BN eller UNS, tillfrågats om att medverka i studien. Andra ätstörningsdiagnoser som till exempel hetsättningsstörning har inte varit aktuella då de inte faller under mottagningarnas uppdrag.

### **Datainsamling**

Två patienter tillfrågades inte om att medverka på grund av sviktande kognitiv förmåga som inte bedömdes vara ätstörningsrelaterad. Totalt 53 patienter tillfrågades om att medverka i studien. Av dessa tackade 3 patienter nej. Sju patienter tackade ja men återlämnade aldrig formuläret. Av dessa 7 var 6 kvinnor och 1 man. Bortfallet var alltså 19 %. Dessa patienter skiljde sig inte nämnvärt från övriga förutom att majoriteten av dem tillhörde mottagningen i Varberg och att medelåldern var något högre. 43 patienter tackade ja till att



medverka och återlämnade fullständigt ifyllt skattningsformulär. Det innebär en svarsfrekvens på 81 %. Av de som tackade ja var 40 (93 %) kvinnor och 3 (7 %) män. Eftersom männen visade sig utgöra ett så procentuellt sett litet antal och därmed inte utgjorde ett representativt urval, valde vi senare att utesluta dem ur studien. Ett annat skäl till att vi uteslöt dem var att det visade sig svårt att hitta en jämförbar normgrupp med så få antal män.

Av de 40 kvinnorna som slutligen kom att utgöra vår undersökningsgrupp tillhörde 26 mottagningen i Halmstad och 14 mottagningen i Varberg. Via kvinnornas patientjournaler samlades information in om ålder, ätstörningsdiagnos, eventuell psykiatrisk samsjuklighet, eventuell personlighetsstörningsdiagnos, sjukdomsduration, BMI och funktionsnivå (se Tabell 3). Den senare har skattats med GAF för patienter över 18 år och med C-GAS för patienter under 18 år.

Det visade sig inte helt självklart att välja lämplig jämförelsegrupp då PID-5 är ett nytt instrument där det ännu inte gjorts någon svensk studie och följaktligen inte heller finns någon svensk normgrupp. Vi fick dock hjälp av filosofie doktor Bo Bach som ur materialet i sin danska studie hjälpte oss att ta fram två jämförelsegrupper som matchade vår undersökningsgrupp vad gällde kön och medelålder. Den ena normgruppen bestod av en icke-klinisk population danska kvinnor (N=483) med en medelålder på 25,8 år och den andra av en klinisk psykiatrisk population danska kvinnor (N=417) med medelålder 25,7 år. Kvinnorna i den senare gruppen var patienter på en psykiatrisk specialistmottagning inom öppenvården och hade flertalet diagnoser depression eller ångest i kombination med emotionell instabil personlighetsstörning eller undvikande personlighetsstörning. Patienter med psykotisk störning, svår depression, autism, manisk episod och substansutlöst tillstånd hade exkluderats (Bach et al, 2016).

Tabell 3

*Sammanställning av data hos undersökningsgruppen, 40 kvinnor med ätstörning*

<b>Data</b>	<b>Antal (N= 40)</b>	<b>Procent (%)</b>
<b>Ätstörningsdiagnos</b>		
AN	9	22,5 %
BN	6	15 %
UNS	25	62,5%
<b>Samsjuklighet</b>		
Förekommer	19	47,5 %
Förekommer ej	21	52,5 %
<b>Personlighetsstörningsdiagnos</b>		
Föreligger	2	5 %
Föreligger ej	38	95 %
<b>Sjukdomsduration</b>		
< 1 år	5	12,5 %
1-5 år	20	50 %
> 5 år	15	37,5 %
<b>Mottagning</b>		
H	26	65 %
V	14	35 %
<b>Medelålder</b>	24,3 år	Min 16, max 48
<b>Funktionsnivå</b>	50,7 (33)	Min 35, max 65

## **Instrument**

Vi har använt oss av formuläret PID-5 för att skatta personlighetsdrag. PID-5 är en självskattningsskala som i sin originalform består av 220 påståenden. Svartalternativen rör sig på en fyrgradig skala mellan väldigt ofta falskt (0 poäng) och väldigt ofta sant (3 poäng). Skattningen av påståendena mynnar ut i 25 personlighetsdrag som var och en beskrivs av 4-14 påståenden. Dessa personlighetsdrag kan sedan sammanfattas till fem bredare personlighetsdomäner. Det görs genom att de tre specifika personlighetsdrag som bedömts starkast indikera respektive domän (de tre första, fetmarkerade personlighetsdragen i varje kolumn) kombineras för att få fram index-värden för domänerna (Thomas et al, 2012). Se Tabell 1.

## **Tillvägagångssätt**

Datansamlingen har skett på ätstörningsmottagningarna i Halland under perioden januari - augusti 2016. De nya patienter som efter bedömning har tackat ja till att medverka i studien har fått fylla i formuläret PID-5. Detta har de gjort antingen hemma eller i samband med besök på mottagningen. Vi har också genom granskning av patientjournaler samlat in uppgifter om ålder, kön, ätstörningsdiagnos, samsjuklighet, sjukdomsduration och funktionsnivå. Sedvanlig bedömning på våra ätstörningsmottagningar omfattar läkarbesök, Stepwise-intervju (intervju för bedömning av ätstörning) och för vuxna patienter även en matbedömning.

För att illustrera hur PID-5 kan användas i klinisk behandling har jag även gjort fallbeskrivningar av två patienter från studien. Ur vår undersökningsgrupp har valts ut en patient med diagnos ätstörning UNS restriktiv typ och en patient med diagnos BN. Uppgifter om personernas bakgrund, BMI, sjukdomsduration, samsjuklighet och funktionsnivå har inhämtats från patientjournalerna. Som jämförelsegrupp har gruppen danska icke-kliniska kvinnor används.

## **Databearbetning**

De 220 frågorna i de av deltagarna för hand ifyllda formulären lades in manuellt i ett Excelprogram som därefter konverterades till statistikprogrammet SPSS. För att undersöka sambandet mellan vårt stickprov och olika variabler använde vi oss av Spearmans korrelationsanalys. För jämförelse av data med den danska datan, där information om variablernas fördelning inte var tillgänglig, användes statistikprogrammet MedCalc. Jämförelserna gjordes både på domännivå och på facettnivå för att undersöka om det fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna avseende hur man skattar personlighetsdrag. Då vi endast hade tillgång till medelvärden och standardavvikelser från de danska normgrupperna har ingen korrigering för eventuell massignifikans kunnat göras. För att få bättre inblick när det gäller jämförelserna undersöktes även effektstorleken. Detta gjordes med hjälp av Cohen's  $d$  där stor effektstorlek är  $>0,8$  och medelstor effektstorlek är  $>0,5$  till  $<0,8$ . Alla skillnader som redovisas har stor eller medelstor effektstorlek och ett p-värde under 0,01. På grund av den ovan beskrivna begränsningen redovisas i det fortsatta endast effektstorlek tillsammans med medelvärden och standardavvikelser.

Gällande fallbeskrivningarna har jag utgått från dataversionen av PID-5 för att få fram kvinnornas respektive personlighetsprofil med de fem övergripande domänerna och samtliga 25 facetter.

## Etiska överväganden

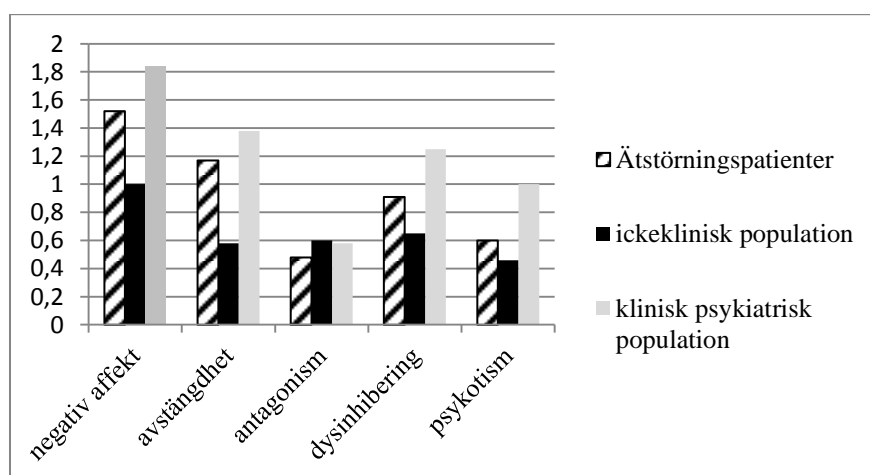
Deltagandet i studien har varit frivilligt. Patienterna har fått muntlig och skriftlig information om vad studien och deltagandet innebär. De som valt att delta har lämnat skriftligt samtycke. Personuppgiftsregister-anmälan har inlämnats och godkänts av verksamhetschef. Etikansökan har gjorts till etiknämnden (Dnr 2016/193). Etiknämnden har bedömt att nämndens frågor och synpunkter har beaktats väl och att det inte föreligger några etiska hinder mot studien. De två patienter som valts ut som illustrerande fallbeskrivningar har tillfrågats och lämnat sitt samtycke till att dessa publiceras avpersonifierat. De har erbjudits att ta del av sin fallbeskrivning skriftligt och godkänt att det publiceras.

## Resultat

Vi fann vid korrelationsanalys inget samband mellan skattade personlighetsegenskaper och hur länge kvinnorna hade haft sin ätstörning. Vi fann inte heller något samband med BMI. Vad gäller ålder fann vi inte helt oväntat en korrelation med separationsångest på så sätt att den var lägre vid hög ålder. Vi fann också positiv korrelation mellan ålder och tillbakadragenhet och rigid perfektionism, det vill säga att dessa personlighetsegenskaper var mer framträdande vid högre ålder. Vad gällde övriga personlighetsdrag fann vi således inget samband med ålder.

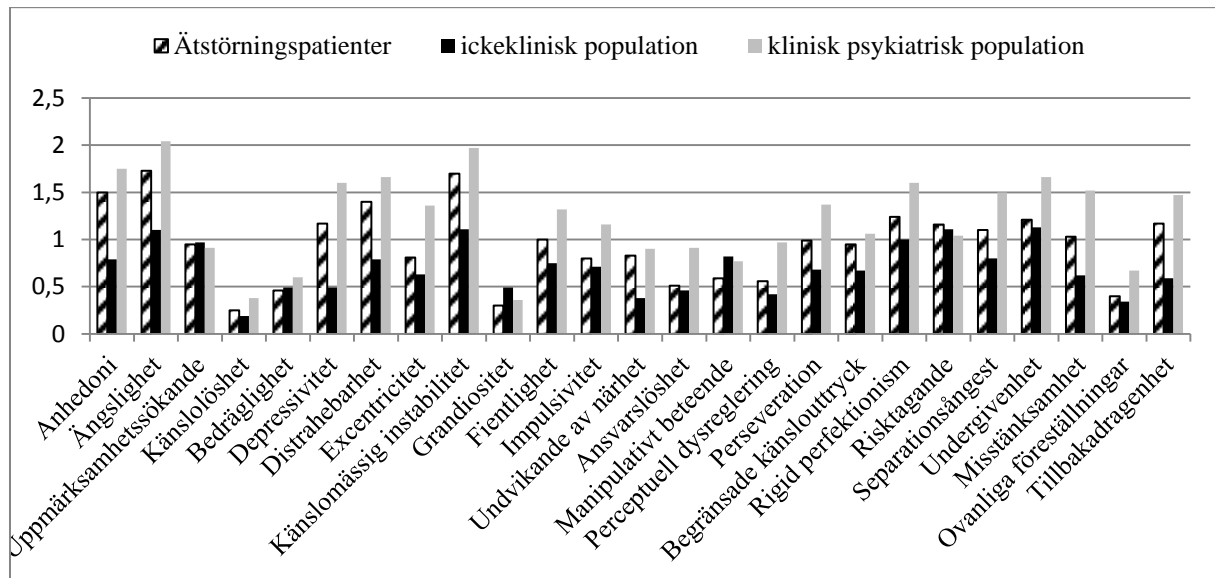
*Finns det någon skillnad mellan hur kvinnor med ätstörning skattar sina personlighetsdrag jämfört med en ickeklinisk grupp kvinnor?*

Gruppen ätstörningspatienter skiljer sig från den ickekliniska gruppen kvinnor på 3 av 5 domäner. Effektstorleken är hög på Negativ affekt (0,87) och Avstängdhet (1,20) och medelstor på Dysinhibering (0,54) (se Figur 1). Se Tabell 4 för deskriptiv data med medelvärde (*M*) och standarddeviation (*Sd*).



Figur 1. Jämförelse av medelvärde för de 5 domänerna hos ätstörningsgruppen, en ickeklinisk population och en blandad klinisk psykiatrisk population kvinnor. På y-axeln presenteras medelvärde för domänegenskaper (min 0, max 3).

På facettnivå skiljer sig gruppen ätstörningspatienter tydligt från den danska normalgruppen på sammanlagt 11 av 25 facetter (se Figur 2). Av dessa är effektstorleken hög på anhedoni (1,23), ängslighet (0,89), depressivitet (1,11), distraherbarhet (0,88), känslomässig instabilitet (0,83) och tillbakadragenhet (0,97). Av dessa sex facetter återfinns tre under domänen Negativ affekt, tre under Avstängdhet (depressivitet ingår i båda dessa domäner), och en under Dysinhibering. Medelstor effektstorlek framkommer på personlighetsegenskaperna fientlighet (0,50), undvikande av närhet (0,67), perseveration (0,52), begränsade känslouttryck (0,52) och misstänksamhet (0,71).



Figur 2. Jämförelse av medelvärde för de 25 personlighetsegenskaperna hos ätstörningspatienter, en ickeklinisk population och en klinisk psykiatrisk population kvinnor. På y-axeln presenteras medelvärde för personlighetsegenskaper (min 0, max 3).

Om man närmare studerar facetterna med hög effektstorlek och vad dessa personlighetsdrag innebär framträder bilden att gruppen kvinnor med ätstörning uppvisar hög grad av känslomässig instabilitet, ängslighet och depressivitet. Det innebär att de har en benägenhet till lättväckta affekter, svårigheter att stå ut med osäkerhet, benägenhet att drabbas av ångest och frekvent oroar sig över negativa konsekvenser över sådant som redan inträffat och katastrofer man förväntar sig ska inträffa i framtiden. De har också en benägenhet att känna sig genomgående nedstämnda, skam-, och skuldyngda och pessimistiska inför framtiden. Höga skattningar på tillbakadragenhet, anhedoni och depressivitet innebär en benägenhet att dra sig undan sociala kontakter och isolera sig från andra samt en brist på glädje, engagemang och intresse för nya livserfarenheter. Distraherbarhet innebär att de har svårigheter med att fokusera, planera och genomföra planerade aktiviteter för att nå långsiktiga mål.

Tabell 4.

Medelvärde och standardavvikelse för en grupp kvinnor med ätstörning, en ickeklinisk grupp danska kvinnor och en blandad klinisk psykiatrisk grupp danska kvinnor. Medelvärdesanalys för jämförelse av grupperna med effektstorlek mätt i Cohen´s d. Stor effektstorlek (>0,8) och medelstor (>0,5 <0,8).

	Ätstörnings- grupp M(SD) N = 40	Ickeklinisk grupp M(SD) N = 483	Klinpsyk grupp M(SD) N = 417	Cohen´s d Ätstörning – Ickeklinisk	Cohen´s d Ätstörning – Klinisk
<b>Negativ affekt</b>	1,52 (0,61)	1 (0,59)	1,84 (0,58)	<b>0,87</b>	-0,54
<b>Avstängdhet</b>	1,17 (0,52)	0,58 (0,46)	1,38 (0,54)	<b>1,20</b>	-0,40
<b>Antagonism</b>	0,48 (0,43)	0,6 (0,44)	0,58 (0,48)	-0,28	-0,22
<b>Dysinhibering</b>	0,91 (0,48)	0,65 (0,48)	1,25 (0,57)	0,54	-0,65
<b>Psykotism</b>	0,6 (0,41)	0,46 (0,45)	1,0 (0,56)	0,33	<b>-0,81</b>
<i>Anhedoni</i>	1,5 (0,58)	0,79 (0,57)	1,75 (0,59)	<b>1,23</b>	-0,19
<i>Ängslighet</i>	1,73 (0,7)	1,1 (0,72)	2,04 (0,63)	<b>0,89</b>	-0,48
<i>Uppmärksamhetssökande</i>	0,95 (0,74)	0,97 (0,6)	0,91 (0,72)	-0,03	0,05
<i>Känslolöshet</i>	0,25 (0,3)	0,19 (0,27)	0,38 (0,48)	0,21	-0,32
<i>Bedräglighet</i>	0,46 (0,43)	0,49 (0,49)	0,6 (0,54)	-0,07	-0,29
<i>Depressivitet</i>	1,17 (0,68)	0,49 (0,54)	1,6 (0,67)	<b>1,11</b>	-0,64
<i>Distraherbarhet</i>	1,4 (0,7)	0,79 (0,68)	1,66 (0,73)	<b>0,88</b>	-0,36
<i>Excentricitet</i>	0,81 (0,56)	0,63 (0,68)	1,36 (0,74)	0,29	<b>-0,84</b>
<i>Känslomässig instabilitet</i>	1,7 (0,72)	1,11 (0,71)	1,97 (0,67)	<b>0,83</b>	-0,39
<i>Grandiositet</i>	0,3 (0,48)	0,49 (0,47)	0,36 (0,43)	-0,40	-0,13
<i>Fientlighet</i>	1,03(0,56)	0,75 (0,57)	1,32 (0,7)	0,50	-0,46
<i>Impulsivitet</i>	0,8 (0,7)	0,71 (0,62)	1,16 (0,79)	0,15	-0,48
<i>Undvikande av närhet</i>	0,83 (0,78)	0,38 (0,53)	0,9 (0,79)	0,67	-0,09
<i>Ansvarslöshet</i>	0,51 (0,39)	0,46 (0,43)	0,91 (0,58)	0,12	-0,71
<i>Manipulativt beteende</i>	0,59 (0,55)	0,82 (0,61)	0,77 (0,71)	-0,19	-0,28
<i>Perceptuell dysreglering</i>	0,56 (0,4)	0,42 (0,42)	0,97 (0,57)	0,34	<b>-0,83</b>
<i>Perseveration</i>	0,99 (0,66)	0,68 (0,53)	1,37 (0,57)	0,52	-0,61
<i>Begränsade känslouttryck</i>	0,95 (0,52)	0,67 (0,56)	1,06 (0,67)	0,52	-0,18
<i>Rigid perfektionism</i>	1,24 (0,6)	1 (0,67)	1,6 (0,71)	0,38	-0,55
<i>Rishtagande</i>	1,16 (0,57)	1,11 (0,44)	1,04 (0,54)	0,10	0,22
<i>Separationsångest</i>	1,1 (0,77)	0,8 (0,66)	1,5 (0,83)	0,42	-0,50
<i>Undergivenhet</i>	1,21 (0,62)	1,13 (0,69)	1,66 (0,78)	0,12	-0,64
<i>Misstänksamhet</i>	1,03 (0,58)	0,62 (0,57)	1,52 (0,75)	0,71	-0,73
<i>Ovanliga föreställningar</i>	0,4 (0,56)	0,34 (0,47)	0,67 (0,63)	0,12	-0,45
<i>Tillbakadragenhet</i>	1,17 (0,64)	0,59 (0,55)	1,47 (0,69)	<b>0,97</b>	-0,45

*Finns det någon skillnad mellan hur kvinnor med ätstörning skattar sina personlighetsdrag med PID-5 jämfört med en blandad klinisk psykiatrisk grupp kvinnor?*

Gruppen ätstörningspatienter skiljer sig även från den danska kliniska populationen på så sätt att ätstörningsgruppen skattar betydligt lägre på tre av fem domäner varav effektstorleken är hög på domänen Psykotism  $-0,81$  och medelstor på Negativ affekt  $-0,54$  och Dysinhibering  $-0,65$  (se Figur 1).

På facettnivå skattar gruppen ätstörningspatienter betydligt lägre på 8 av 25 personlighetsdrag med hög effektstorlek på excentricitet  $-0,84$  och perceptuell dysreglering  $-0,83$  och medelstor på depressivitet  $-0,64$ , ansvarslöshet  $-0,71$ , perseveration  $-0,6$ , rigid perfektionism  $-0,55$ , misstänksamhet  $-0,73$ , undergivenhet  $-0,64$  och separationsångest  $-0,50$  (Se Figur 2).

Om man även här närmare studerar facetterna med hög effektstorlek och vad de har för innebörd får man bilden att gruppen kvinnor med ätstörning är mindre udda och excentriska (tro på ovanliga förmågor; konstiga tankegångar) och har mindre av perceptuell dysreglering (underliga sensoriska känslor) jämfört med den kliniska psykiatriska gruppen kvinnor. Detta är föga förvånande då flertalet kvinnor i den gruppen, förutom att de uppfyllde kriterier för minst en ickepsykotisk störning, hade samsjuklighet i form av emotionell instabil eller undvikande personlighetssyndrom.

## *Är PID-5 kliniskt användbart vid planering av terapeutisk behandling av patienter på en ätstörningsmottagning?*

Denna studie är såvitt vi vet den första där PID-5 prövas på ätstörningspatienter och det har över huvud taget gjorts få studier som validerar den kliniska användbarheten av PID-5. Den enda studie som finns publicerad i dagsläget är en dansk studie genomförd av Bach, Markon, Simonsen och Kreuger (2015). I studien beskrivs sex patienter med diagnosticerad personlighetsstörning, deras individuella personlighetskattningar och vilken behandling som föreslås utifrån vars och ens personlighetsprofil. Studien stödjer att PID-5 är kliniskt användbar och ett meningsfullt verktyg för bedömning och planering av behandling i det kliniska patientarbetet (Bach et al, 2015).

Vid klinisk bedömning med hjälp av PID-5 bör man enligt Bach et al (2015) inte enbart se till domäner och facetter utan också överväga ett spektrum av tänkta motpoler. En motsatt pol till till exempel facetten känslökyla skulle kunna benämnas empatisk och godhjärtad. Det kan också innebära att en person är alltför snäll och låter sig utnyttjas av andra. På samma sätt kan mycket låg grad av grandiositet, fientlighet och misstänksamhet tyda på låg självkänsla, undergivenhet och avsaknad av en hälsosam skepticism mot andra människor (Bach et al, 2015). Vid bedömningen av personlighet måste varje facett ses i sitt sammanhang och med hänsyn tagen till övriga facetter, både de som skattas högt och de som skattats lågt. Varje egenskap kan tolkas både negativt och positivt beroende på helheten. En persons styrka kan ibland vara en aspekt av ett annars maladaptivt personlighetsdrag och dess svaghet motpolen till ett annars positivt drag. Tanken med motsatta poler kan även appliceras på domännivå. Här blir den motsatta polen motsvarande dimension i femfaktormodellen. (Bach et al, 2015).

För att besvara frågeställningen om PID-5 är kliniskt användbar i behandling av patienter på en ätstörningsmottagning redovisas nedan fallbeskrivningar av två representativa patienter ur studien - en kvinna med ätstörning UNS av restriktiv typ och en kvinna med BN. Jag har använt mig av PID-5 för att få fram deras individuella personlighetsprofil med domäner och samtliga 25 facetter och därigenom göra en sammanfattad bedömning av deras personlighet (figur 3, 4, 5 och 6). Utifrån denna personlighetsbedömning har getts förslag på vad som bör adresseras i den psykoterapeutiska behandlingen.

### **Fallbeskrivning "Sara"**

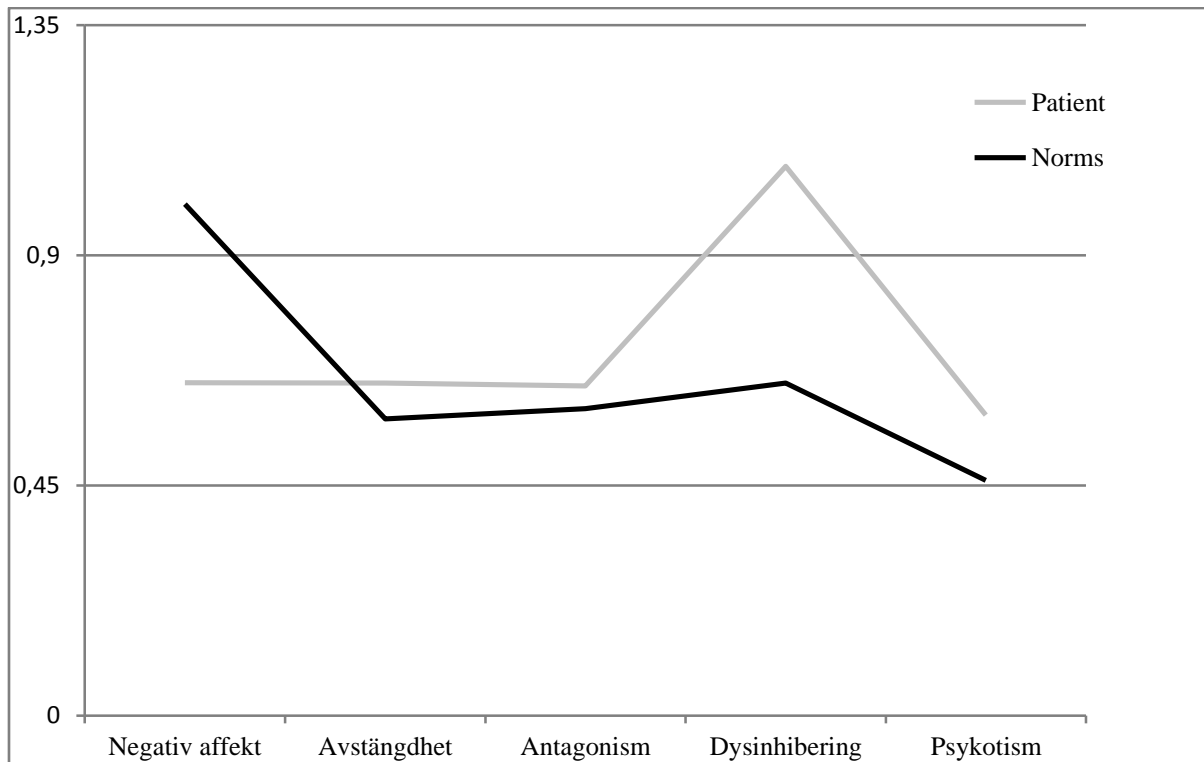
Sara är en 22-årig kvinna som söker hjälp på ätstörningsmottagningen efter att hon senaste halvåret ätit mycket restriktivt och gått ner tio kilo i vikt. Hon har uteslutit kolhydrater ur kosten och som minst livnärt sig på 300 kalorier per dag samtidigt som hon styrketränat flera gånger i veckan. Hennes BMI är 18,7. Sara beskriver mycket ångest i samband med ätande och rädsla för att bli tjock. Hon har aktuella symptom på svält i form av yrsel, trötthet, oro, sömnsvårigheter. Inget kompensatoriskt beteende i form av kräkningar eller laxermedel. Sara har alltid varit sparsam med maten och något lågviktig men har inte haft någon tidigare ätstörning eller annan psykiatrisk problematik. Sara bedöms ha en restriktiv ätstörning men uppfyller på grund av sitt nästan normala BMI inte fullt ut kriterier för AN. Hon får diagnos ätstörning UNS av restriktiv typ. Hon uppfyller inte kriterier för någon samsjuklighet. Hennes funktionsnivå skattas till GAF 48.

Saras ätstörning debuterade efter gymnasiet i samband med ett långvarigt destruktivt förhållande med en sambo som kontrollerade och tryckte ner henne. Hennes självkänsla försämrades succesivt. Sara har, när hon sökte hjälp för sina matproblem, nyligen brutit sig ur förhållandet med pojkvännen och flyttat till en egen lägenhet. Hon studerar heltid på högskolan. Hon har ett nätverk av vänner som hon umgås med. Det finns en hel del konflikter

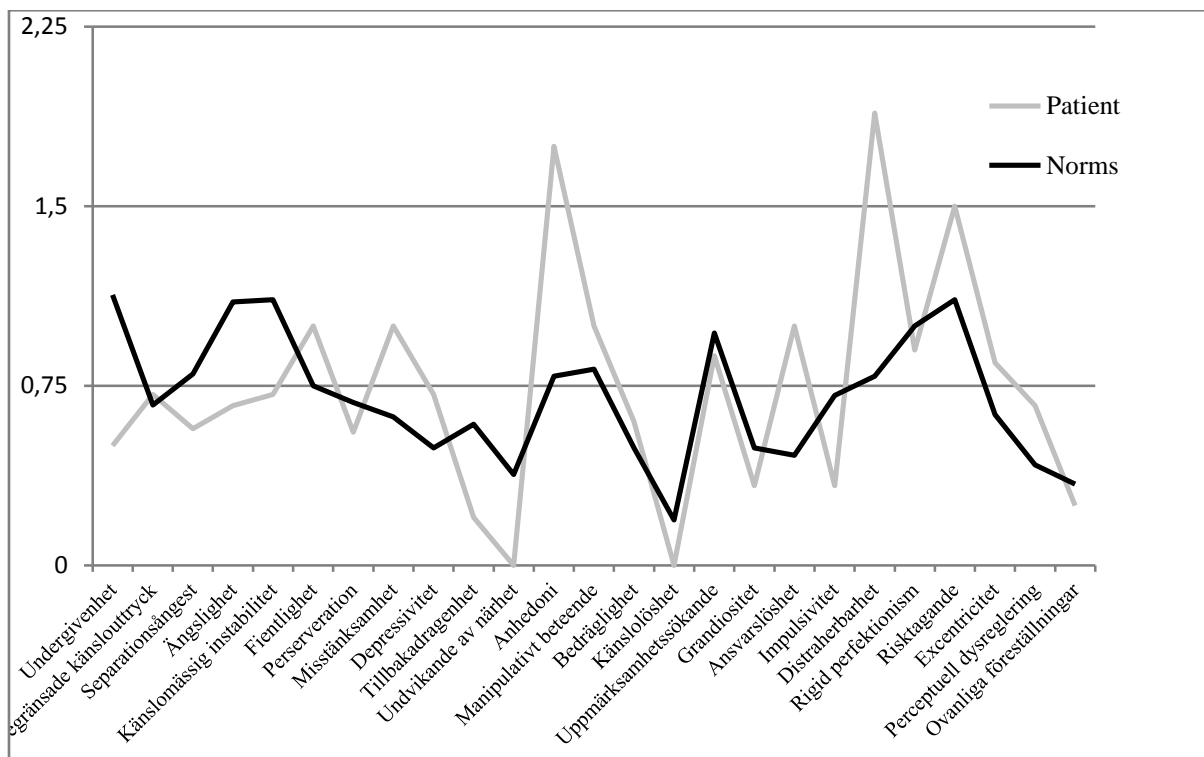
mellan olika personer i hennes familj, föräldrar och ett yngre syskon, där Sara får och tar en roll som medlare. Hon blir hela tiden in dragen i deras konflikter. Sara beskriver sig som en person som alltid varit lite ängsligt lagd, högpresterande med höga krav på sig själv att vara perfekt och göra sitt bästa inom livets alla områden.

På domännivå i PID-5 karakteriseras Sara av att hon skattar högt på Dysinhibering och lågt på Negativ affekt jämfört med normgruppen. För Saras del innebär Dysinhibering att hon har svårt att koncentrera sig och fokusera på sina mål på grund av att hon är ockuperad av tankar och oro över annat i livet. Hon har också en benägenhet till impulsivt beteende vad gäller att alltid ställa upp för familj och vänner utan tanke på vad det får för negativa följder för henne själv. Låga värden på Negativa affekter kan hos Sara tolkas som ett uttryck för att hon är känslomässigt avstängd och inte vill kännas vid framför allt negativa känslor. Detta kan till viss del vara en effekt av att hon var i svält vid skattningstillfället. Svårigheter att acceptera negativa affekter har dock kännetecknat Sara även före insjuknandet i ätstörning. Under Saras uppväxt blev hon förlöjligad om hon visade sig ledsen och sårbar och hon undviker som vuxen att känna och uttrycka negativa affekter då det för henne är starkt förknippat med svaghet och utsatthet. Hon har också svårt att känna glädje och på facettnivå skattar hon följaktligen högt på anhedoni. Hon skattar även högt på distraktion, risktagande och oansvarighet vilka ingår i domänen Dysinhibering. Hon skattar i stort sett frånvaro av känslökyla och undvikande av intimitet vilket för Saras del kan ses som att hon konstant sätter andras behov framför sina egna och utplånar sig själv i nära relationer. Hon saknar hälsosam distans till andras problem. Saras personlighetsprofil indikerar inte någon djupare personlighetsproblematik utan hennes ätstörning kan nog förstås som ett uttryck för en överkontrollerad personlighetstil och bristande självhävdelse i kombination med psykosocial belastning. I psykoterapeutisk behandling föreslås Sara att arbeta terapeutiskt med känsloreglering, det vill säga att våga känna och acceptera både negativa och positiva känslor och även våga uttrycka känslor och behov till omgivningen. Hon föreslås också att arbeta med sund självhävdelse, att sätta gränser mot andra personer och att känna in och prioritera egna behov.





Figur 3. Fallbeskrivning I: Saras personlighetsprofil enligt PID-5. På y-axeln presenteras medelvärde för domänegenskaper (min 0, max 3)



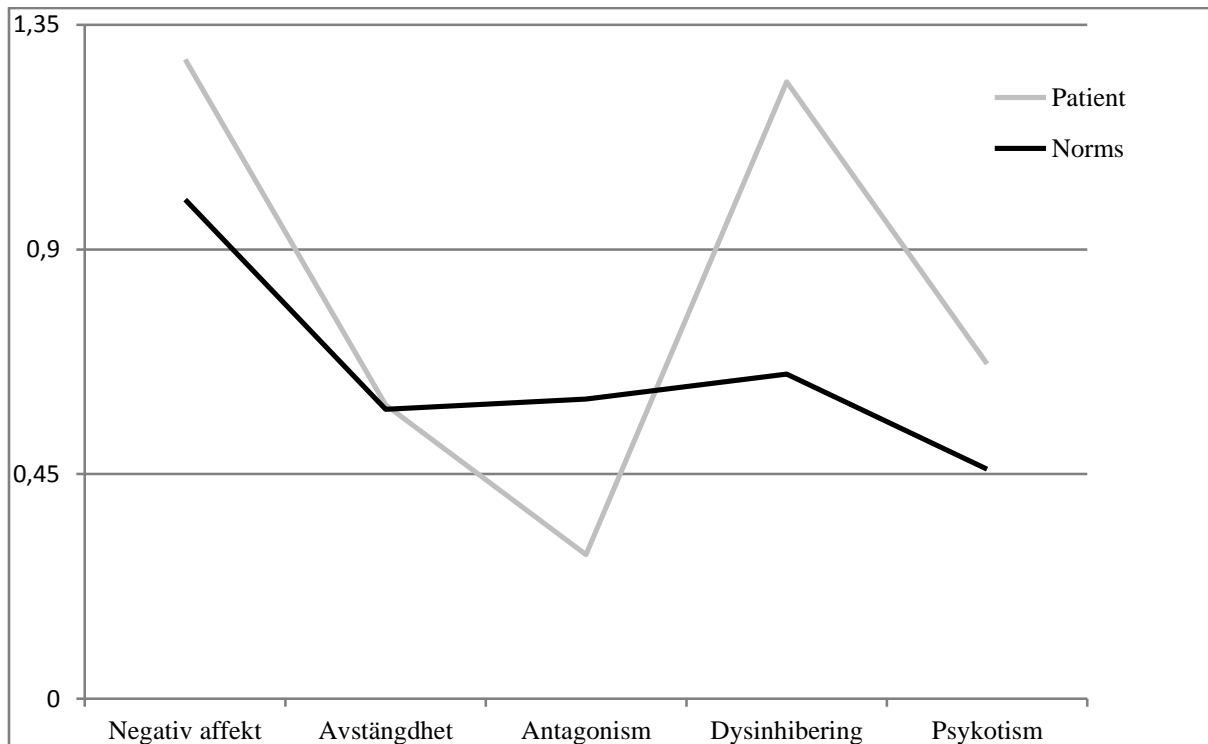
Figur 4. Fallbeskrivning 1: Saras personlighetsprofil enligt PID-5. På y-axeln presenteras medelvärde för personlighetsegenskaper (min 0, max 3)

## Fallbeskrivning "Hanna"

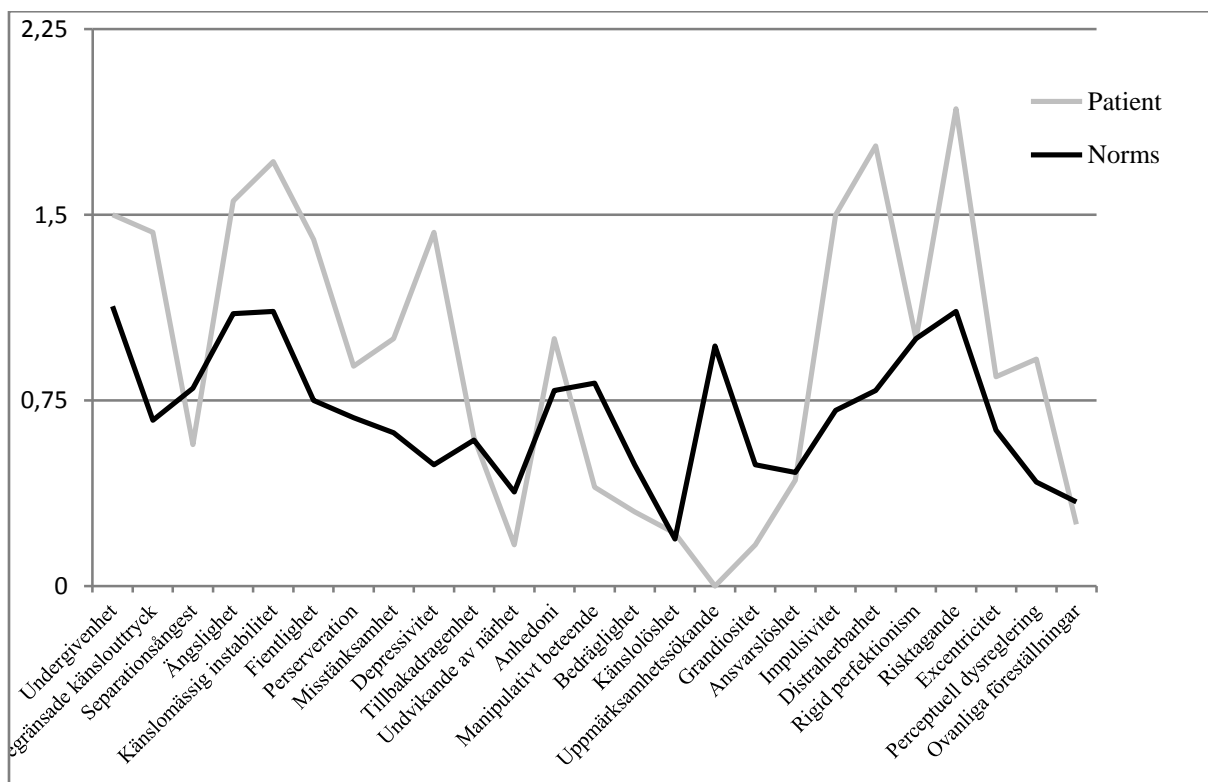
Hanna är en 25-årig kvinna som söker hjälp på grund av mångåriga ätstörningsproblem. Hon har alltid varit kräsen med maten och under en period i sena tonåren började hon äta nyttig kost och träna mer. Viktökning i samband med depression för fem år sedan ledde till missnöje med kroppen vilket hon började reglera med hård diet och tvångsmässig träning. För två år sedan blev hon tvungen att sluta träna en period på grund av somatisk sjukdom och gick upp lite i vikt. Hanna upplever att hon i samband med detta tappade kontrollen över maten och hon började hetsäta och kräkas. Sedan dess har hon antingen ätit extremt restriktivt och undvikit fett och kolhydrater under några dagar eller hetsätit och kräcks, ibland flera gånger per dag. Hon har ett stort missnöje med sin kropp och är rädd att gå upp i vikt och bli tjock. Hon ägnar sig åt fysisk träning flera timmar per dag för att hålla kroppen i form. Hanna bedöms uppfylla kriterier för BN. Hon bedöms inte ha någon aktuell samsjuklighet. Hon har BMI 21,6. Aktuell funktionsnivå skattas till GAF 54.

Hanna lever tillsammans med sin pojkvän. Hon studerar heltid på en distansutbildning. Fritiden ägnar hon framför allt åt träning. Hanna har vuxit upp med sin mamma, olika bonuspappor och yngre halvsyskon. Hennes uppväxt har präglats av tidig övergivenhet och återkommande svek från sin biologiska pappa och även från andra viktiga personer. Hon har en upplevelse av att alltid ha varit utanför och ratad. Hanna känner att hennes ätstörning och hennes känslösvängningar påverkar relationen med sambon negativt och är rädd att han på sikt ska tröttna på henne. Hanna har tidigare behandlats för depression och återkommande smärtproblematik med låsningar och kramper i kroppen. Hon har gått i psykoterapeutisk behandling två gånger tidigare men avslutat båda i förtid.

På domännivå skattar Hanna jämfört med normgruppen högt på Negativ affekt och Dysinhibering och lågt på Antagonism. Höga värden på Negativ affekt tyder på att hon ofta känner intensiv ångest, nedstämdhet och även skam. På facettnivå skattar hon också högt både på depressivitet, ångest och emotionell instabilitet vilket visar att känslorna är lättväckta och svänger ofta. Detta stämmer väl med Hannas egen bild av att hon ofta känner ett känslomässigt kaos som hon inte har någon kontroll över. Hon tror själv att hon försöker reglera de negativa affekterna genom kontroll av maten och kräkningar. Vad gäller Dysinhibering skattar Hanna mycket högt på de underliggande facetterna distraktion och risktagande och förhöjt på impulsivitet. Det visar att hon är lätt distraherad, har svårt att koncentrera sig och fokusera på långsiktiga mål. Hon känner inte gränser vad gäller att utsätta sig för risker och tänker inte i förväg på vad det får för konsekvenser. Impulsiviteten tar sig också uttryck i hetsätning och kräkningar. Hon skattar inte högre än normgruppen på oansvarighet och rigid perfektionism vilket tyder på att hon ändå är en ansvarstagande person. Låga värden på antagonism kan tolkas som att Hanna undviker konflikter och har svårt att hävda egna behov i förhållande till omgivningen. På facettnivå skattar hon också i förhållande till normgruppen relativt högt på undergivenhet. Hon skattar lågt på undvikande av närhet vilket kan tolkas som en benägenhet att bli alltför beroende i nära relationer. Hon skattar även lågt på manipulation vilket kan innebära att hon saknar sund skepticism till andra personer. Avsaknad av uppmärksamhetsökande kan tolkas som att hon ogillar att stå i centrum för andras uppmärksamhet och att hon har en benägenhet att dra sig undan och isolera sig. Hannas personlighetsprofil kan sägas te sig typisk för en person med BN. I psykoterapeutisk behandling föreslås Hanna arbeta med fokus på känsloregulering, det vill säga att acceptera och härbärgera negativa affekter istället för att reglera dem genom självdestruktiva beteenden. Detta innebär också träning av färdigheter för att reglera känslor och stå ut när de överväldigar henne.



Figur 5. Fallbeskrivning 2: Hannas personlighetsprofil enligt PID-5. På y-axeln presenteras medelvärde för domänegenskaper (min 0, max 3)



Figur 6. Fallbeskrivning 2: Hanna personlighetsprofil enligt PID-5. På y-axeln presenteras medelvärde för personlighetsegenskaper (min 0, max 3)

## Diskussion

Det övergripande syftet med denna studie var att undersöka dels om personlighetformuläret PID-5 är ett kliniskt användbart verktyg för personlighetsbedömning och planering av terapeutisk behandling av personer med ätstörningsdiagnos, dels om kvinnor med ätstörning skattar sina personlighetsdrag annorlunda jämfört med en ickeklinisk grupp kvinnor och en blandad klinisk psykiatrisk grupp kvinnor.

Studien visar att gruppen kvinnor med ätstörning skattar signifikant högre än en ickeklinisk kontrollgrupp på flertalet facetter och på tre av de fem övergripande personlighetsdomänerna; Negativ affekt, Avstängdhet och Dysinhibering. På facettnivå skattar ätstörda kvinnor högre med hög effektstorlek på personlighetsdragen anhedoni, ängslighet, depressivitet, tillbakadragenhet, känslomässig instabilitet och distraherbarhet vilka flertalet lyder under just domänerna Negativ affekt och Avstängdhet. Detta skulle innebära att kvinnor med ätstörning generellt sett skiljer ut sig från friska kvinnor främst genom att de är känslomässigt mer instabila med en benägenhet att känna starka negativa känslor som nedstämdhet och ångest och har svårt att känna glädje. De drar sig i större utsträckning undan sociala kontakter och isolerar sig från omgivningen. De har svårare med koncentration, blir lättare distraherade och har svårt att hålla fast vid målfokuserade beteenden. Negativ affekt, Avstängdhet och Dysinhibering är dock personlighetsdrag som är vanliga inte bara hos personer med ätstörningar utan vid många psykiatriska diagnoser. En slutsats man skulle kunna dra av detta är att just negativa affekter och problem med känsloreglering ofta är grunden till olika former av psykisk ohälsa varför detta behöver fokuseras i den psykoterapeutiska behandlingen. För personer med alltför hård kontroll över sitt känsloliv kan det innebära att lära sig att öppna upp gentemot sin omvärld, uttrycka känslor och behov medan andra behöver lära sig att reglera ner starka känslor och minska impulsivt beteende. Höga skattningar på Avstängdhet visar på vikten av att i behandling se individen som en social varelse och arbeta med att bryta isolering och förbättra förutsättningar och förmåga till sociala relationer.

Det finns en svårighet vad gäller att jämföra resultaten i vår studie med tidigare forskning då PID-5 fortfarande är ett nytt instrument som ännu inte har använts i studier av personer med ätstörningar. Majoriteten av andra studier har använt sig av en mängd olika skattningsinstrument vilka inte direkt går att jämföra med PID-5. Jag har därför valt att jämföra våra resultat med de få tidigare studier som har gjorts på ätstörningspatienter med hjälp av femfaktormodellen. I dessa framkommer ett mönster att personer med ätstörning skattar högre grad av Neuroticism och lägre grad av Utåtriktning, Samvetsgrannhet och Samarbetsförmåga jämfört med en frisk kontrollgrupp (De Bolle, De Clerq & Pham-Scottez, 2011; Ghaderi & Scott, 2000; Tasca et al, 2009). Dessa personlighetsdimensioner motsvaras av domänerna Negativ Affekt, Avstängdhet och Dysinhibering i PID-5. Våra resultat överensstämmer således väl med resultaten i dessa studier. Undantaget är domänen Antagonism där vår grupp ätstörda kvinnor inte skattar signifikant högre än kontrollgruppen.

De Bolle et al (2011) visade i en studie med femfaktormodellen att det inte var någon skillnad mellan hur kvinnor med olika ätstörningsdiagnoser skattade personlighet på domännivå men att två egenskaper skilde dem åt på facettnivå; personer med BN skattade inte helt oväntat högre på impulsivitet och lägre på eftertänksamhet jämfört med gruppen med AN. Vår studie går inte att jämföra med detta resultat då vår population kvinnor inte har delats upp efter olika ätstörningsdiagnoser. Det är dock intressant att vissa skillnader mellan olika ätstörningsdiagnoser verkar föreligga, åtminstone enligt viss forskning, även om man måste gå ner på facettnivå för att finna dem.

I en randomiserad svensk studie visar Levallius, Clinton, Bäckström och Norring (2015) med hjälp av femfaktormodellen att kvinnor med ätstörning skattade lågt på

Emotionell stabilitet och positiva känslor (jämför Negativ affekt) jämfört med en grupp friska kvinnor. De skattade lägre grad av sällskaplighet och upplevde sig mindre sociala och varma (jämför Avskildhet). De handlade oftare impulsivt, hade mindre självdisciplin och en tendens att skjuta upp viktiga saker till morgondagen (jämför Dysinhibering). De ätstörda kvinnorna utmärkte sig således på flera facetter som var direkt relaterade till känslomässigt välbefinnande, till exempel samtliga sex facetter inom domänen Neuroticism. Även detta resultat överensstämmer väl med vår studie. En brist med Levallius et al (2015) studie är att den endast omfattar personer med BN och UNS. Författarna tillhör dock de forskare som menar att femfaktormodellen stöder ett transdiagnostiskt perspektiv och att det finns många fler likheter än skillnader mellan de olika ätstörningsdiagnoserna ur personlighetssynpunkt. Det finns flera olika subgrupper av personlighet och de grupperna återfinns inom alla ätstörningsdiagnoserna (Levallius et al, 2015).

I en uppföljande studie på samma population undersökte Levallius, Roberts, Clinton och Norring (2016) personlighetens inverkan på behandlingsutfallet. Den visar att Neuroticism och Utåtriktning var de personlighetsdimensioner som tydligast var korrelerade till symptomförbättring, det vill säga ju mindre benägenhet till negativa affekter och ju mer utåtriktad personen var vid insjuknandet desto bättre blev behandlingsutfallet. Utåtriktning tillsammans med de tre facetterna sällskaplighet, bestämdhet ("jävlar anamma"), positiva känslor och öppenhet för fantasier visade sig vara de drag som tydligt korrelerade positivt till helt tillfrisknande. Egenskapen utåtriktning utgjorde ensamt den absolut största framgångsfaktorn vid behandling. Samtidigt var låg grad av bestämdhet det som tydligast associerades med dåligt behandlingsutfall (Levallius et al 2016). Detta visar återigen på vikten av att fokusera på patientens sociala relationer i behandlingen och, när det är aktuellt, arbeta med att minska hinder för social gemenskap och nära relationer.

Vad gäller personlighetssegenskapen rigid perfektionism, som enligt tidigare studier utgör en riskfaktor för ätstörning och försvårar behandling (Lilenfeld et al 2006), så skattar de ätstörda kvinnorna i vår studie signifikant högre än den friska kontrollgruppen men effektstorleken är låg. Å andra sidan skattar de signifikant lägre medelstor effektstorlek jämfört med kvinnorna i den kliniska populationen med hög andel personlighetsstörningar. Detta kan tolkas som att rigid perfektionism trots allt inte är en egenskap som främst ska associeras med ätstörningar utan att den är vanlig även bland andra psykiatriska tillstånd, åtminstone hos personer med personlighetsstörning.

Vid jämförelsen med den danska kliniska psykiatriska populationen skattar gruppen ätstörda lägre på flertalet domäner och facetter. Effektstorleken är på domännivå hög på Psykotism och medelstor på Negativ affekt och Dysinhibering, det vill säga gruppen ätstörda har betydligt mindre psykotiska och udda drag, lägre benägenhet till intensiva negativa affekter och är mer samvetsgranna och fungerande jämfört med jämförelsegruppen. Detta är inte förvånande med tanke på den höga andelen patienter med personlighetsstörningsdiagnos i denna grupp. Eftersom PID-5, återigen, är ett nytt instrument har det heller inte gått att finna någon klinisk psykiatrisk jämförelsegrupp med mer normalfördelad problematik. Det är svårt att dra någon egentlig slutsats av detta resultat och frågeställningen om det är någon skillnad i personlighet mellan kvinnor med ätstörning och en blandad psykiatrisk population kvinnor förblir obesvarad. En reflektion man ändå kan göra är att det finns väldigt få studier över huvud taget som har intresserat sig för skillnader i personlighet mellan personer med ätstörning och personer med annan klinisk psykiatrisk problematik. Om fler sådana studier gjorts hade de kanske visat att ätstörningspatienter inte skiljer ut sig från en annan klinisk psykiatrisk population så mycket som man kan tro, utifrån studier där man gjort jämförelser med friska kontrollgrupper.

Är då PID-5 kliniskt användbart i behandling av patienter på en ätstörningsmottagning? Enligt Mullin-Sweatt och Lengel (2012) kan klinisk användbarhet

mätas med tre grundläggande komponenter; hur lätt formuläret är att använda, hur lätt det är att kommunisera och hur det påverkar behandlingsutfallet. Vi har i studien sett att PID-5 trots sina många frågor är relativt enkel att fylla i. Tidsåtgången var för de flesta patienter 20-30 minuter. Den datoriserade versionen är lätt att administrera och gör personlighetsprofilen överskådlig för både behandlare och patient. Den är därmed lätt att kommunicera med patienten. De två kvinnor som utgör fallbeskrivningarna i denna studie uttryckte båda att de kände igen sig väl i sina respektive beskrivningar och för en av dem blev den närmast en aha-upplevelse. Personlighetsdomänerna och de 25 personlighetsfacetterna ger en unik och nyanserad bild av individen, bortom ätstörningen. Den lyfter fram såväl adaptiva som maladaptiva aspekter av personligheten vilket rimligen minskar risken för stigmatisering och ökar chansen att patienten känner igen sig själv i beskrivningen. Detta bör sammantaget stärka den terapeutiska alliansen. Det torde av de flesta kliniker uppfattas som sympatiskt med en modell som inte förstår personlighetsrelaterade svårigheter som något helt skilt från så kallad normal personlighet utan ser de förstnämnda som en maladaptiv variant av personlighetsdrag som vi alla har i mindre eller större utsträckning.

Jag vill mena att denna studie visar att PID-5 är användbar på en ätstörningsmottagning och att den bör kunna utgöra en viktig pusselbit vad gäller såväl konceptualisering som innehåll i den terapeutiska behandlingen. De olika personlighetsdragen i PID-5 bör kanske betraktas som beskrivningar av dysfunktionella beteenden och grundantaganden snarare än medfödda konstanta personlighetsdrag. Eftersom ätstörningspatienter är en mycket heterogen grupp, även inom de olika subgrupperna av ätstörningar, bör den terapeutiska behandlingen individanpassas utifrån varje patients specifika personlighetsprofil och behov. Detta står inte i något motsatsförhållande till att vissa behandlingsinterventioner kan vara diagnosspecifika.

Eftersom användandet av PID-5 i denna studie fallit väl ut, har vi på mottagningen i Halmstad valt att börja använda den kliniskt på alla nya patienter över 18 år under en försöksperiod på sex månader. Vi hoppas därigenom få ytterligare kunskap om dess kliniska användbarhet.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att frågan om personlighet och ätstörning är komplex. Forskningen på området är spretig och ofta motsägelsefull. Det finns en stor samsjuklighet mellan olika kluster av psykiatriska diagnoser vilka överlappar varandra. Med ett dimensionellt och transdiagnostiskt synsätt blir det kanske inte så användbart att kategorisera och associera olika personlighetsdrag till olika diagnoser på gruppnivå, åtminstone inte i den terapeutiska behandlingen.

En brist med vår studie är att det inte går att dra några säkra slutsatser på en så relativt liten population som 40 patienter. Det kan möjligen också ses som en brist att det inte har gjorts någon uppdelning mellan olika ätstörningsdiagnoser. Jag har avstått från detta just för att populationen är så liten att det inte blir meningsfullt att dela upp den ytterligare. Tidigare forskning visar också att likheterna är större än olikheterna när man jämfört personlighetsdrag hos personer med olika ätstörningsdiagnoser (Cassin & Von Ranson, 2005; Clinton & Norring, 2009). Det är också en klinisk erfarenhet att ätstörningssymptom inte är konstanta utan ofta ändrar sig över tid hos en och samma person. Ätstörningsproblem som debuterar som AN kan till exempel med tiden övergå i BN (Clinton & Norring, 2009). En annan brist är att vi inte har särskilt personer med endast ätstörningsdiagnos från personer med samsjuklighet. Höga skattningar på till exempel Negativ affekt skulle ju kunna förklaras av en samtida depression eller ångestdiagnos likväl som det mäter personlighetsdrag. Detta är ett dilemma som det är svårt att undvika. Sett ur ett transdiagnostiskt behandlingsperspektiv är det dock mindre intressant om det mäter det ena eller det andra då man behandlar symptomen oavsett.

En styrka med studien är vi har ett så högt deltagande som 82 % i den aktuella gruppen. Det är också en styrka att studien omfattat i stort sett samtliga patienter som under en avgränsad period fått diagnoserna AN, BN eller UNS och att vi inte valt bort någon från att tillfrågas om deltagande på grund av samsjuklighet, lågt BMI eller låg funktionsförmåga. Det innebär att vår population, bortsett från att den inte omfattar några män, får anses väl representera vår patientgrupp i stort.

Ytterligare forskning med PID-5 på en större svensk population ätstörningspatienter är önskvärt för att undersöka om det finns några bärande skillnader mellan de olika ätstörningsdiagnoserna och personlighetsdrag och hur dessa i så fall kan adresseras i behandling. Det hade också varit intressant att göra en uppföljande studie på vår population för att se hur de aktuella kvinnorna skattar efter genomgången behandling.

## REFERENSER

- Al-Dajani, N., Gralnick, T.M., & Bagby, R.M. (2016). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *Journal of Personality Assessment*; 98(1):62-81.
- American Psychiatric Association MINI-D 5. (2014). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. (J.Herlofson, Översättning). Danderyd: Pilgrim Press.
- Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., & Kreuger, R. F. (2015). Clinical Utility of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders: Six Cases from Practice. *Journal of Psychiatric Practice*; 21(1):3-25.
- Bach, B., Maples-Keller, J.L., Bo, S., & Simonsen, E. (2016). The alternative DSM-5 personality disorder traits criterion: A comparative examination of three self-report forms in a Danish population. *Personality Disorders*, Apr;7(2):124-135.
- Bagby, R. M. (2013). Introduction to special issue on the Personality Inventory for DSM-5. *Assessment*; 20(3):267-268.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E., Simonsen, E. (2016). Reliability and hierarchical structure of DSM-5 pathological traits in a danish mixed sample). *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 112-129.
- Cassin, S. E., & Von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*; 25 (issue), 895-916.
- Clinton, D., & Norring, C. (2009). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- De Bolle, M., De Clerq, B., & Pham-Scottez, A. (2011). Personality pathology comorbidity in adult females with eating disorders. *Journal Health Psychology*; 16:303-313
- Fahlke, C., & Johansson, P. M. (2007). *Personlighetspsykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fant Mistic, A. (2007). *Betydelsen av mängden behandlingsinsatser hos patienter med diagnosticerad ätstörning*. (Magisteruppsats i psykologi) Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Abbate, D.G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2):81–90. doi: 10.1007/BF03325050.
- Ghaderi, A., & Scott B. (2000). The Big Five and eating disorders: a prospective study in the general population. *European Journal of Personality*; 14:311–23. doi: 10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311:AID-PER378>3.0.CO;2-8.
- Hopwood, C.J., Wright, A.G., Krueger, R.F., Schade, N., Markon, K.E., & Morey, L.C. (2013). DSM-5 pathological personality traits and the Personality Assessment Inventory. *Assesment*, 20: 424-432.

- Hopwood, C.J., & Sellbom, M. (2013). Implications of DSM-5 personality traits for forensic psychology. *Psychological Injury and Law*; 6:314-323.
- Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Blake Woodside, D., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Keel, P.K., Berrettini, W.H., Plotnicov, K., Pollice, C., Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*, 34(8):1407–18. doi: 10.1017/S0033291704002442.
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., & Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. Doi: 10.1017/S0033291711002674.
- Krug, I., Root, T., Bulik, C., Granero, R., Penelo, E., Jimenez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: a latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188(3):439–45.
- Levallius, J., Roberts, B.W., Clinton, D., & Norring, C. (2016). Take charge: Personality as predictor of recovery from eating disorder. *Psychiatry Research*, 246: 447-452.
- Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M., & Norring, C. (2015). Who do you think you are? *Journal Eating Disorders*, 3: 3-8.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality; a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(3)299-320.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1996). Toward a new generation of personality theories: theoretical context for the five-factor model. In: J.S. Wiggins, *The Five-Factor model of personality: perspectives*. (51-87). *New York: Guilford Press*.
- Mullins-Sweatt, S.N., & Lengel, G.J. (2012). Clinical Utility of the Five-Factor Model of Personality Disorder. *Journal of Personality*, 80:6.
- Rotella, F., Fioravanti, G., & Ricca, V. (2016). Temperament and personality in eating disorders. *Current opinion in psychiatry*; 29: 77-83
- Tasca, G. A., Demidenko, N., Kryszanski, V., Bissada, H., Illing, V., Gick, M., Weekes, K., Balfour, L. (2009). Personality dimensions among women with an eating disorder: towards reconceptualizing DSM. *European Eating Disorders Review*, 17(4):281–9. doi: 10.1002/erv.938.
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2012). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment*, 1073191112457589.
- Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., Wray, N. R., & Martin, N.G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: a twin study. *Psychosomatic Medicine*; 70(2):239–44. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815c40f1.