

Anorexia nervosa bland vuxna i Stockholms län




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.


Referera till rapporten enligt: Ahrén J, Fredlund P, Guban P, Dalman C, Lager A. Anorexia nervosa bland vuxna i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2016. Rapport 2016:4.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 1497, 171 29 Solna
ces@sll.se



Rapport 2016:4
ISBN 978-91-87691-36-2



Författare: Jennie Ahrén, Peeter Fredlund, Peter Guban, Christina Dalman, Anton Lager



Layout: Viktoria Jonze

Omslagsbild: facetheissue.com

Stockholm april 2016

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Kunskapen om ätstörningar som folkhälsoproblem är bristfällig. Det försvårar planering av såväl hälso- och sjukvård som förebyggande verksamhet. I den här rapporten presenteras skattade prevalenser av anorexia nervosa bland män och kvinnor i åldrarna 22 år och uppåt, i Stockholms län, och på det sättet fyller den en påtaglig kunskapslucka.

Men fler kunskapsluckor återstår och det är vår förhoppning att rapporten både kan inspirera till ytterligare användning av Hälsa Stockholm, den longitudinella delen av Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter, och till andra initiativ på området.

Även om ätstörningar inte tillhör våra allra största folkhälsoproblem, så är det problem som för individen förr eller senare leder till komplikationer och som, i extremfallet, kan leda till förtida död. Vad ett allmänt ökande intresse för kost och dieter innebär för förekomsten av ätstörningar är oklart. För förstärkt epidemiologisk bevakning på området krävs medvetna satsningar.

Henna Hasson

Tf verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Introduktion	7
Syfte.....	9
Material och metod	10
Operationalisering	10
Kroppsmasseindex.....	10
Skev kroppsuppfattning.....	12
Stunkards kroppsfigurer.....	12
Viktkontrollerande beteende.....	12
Återhållsamhet med maten	12
Överdriven motion.....	12
Uppgifter om vårdkontakt och registrerad diagnos i vården	13
Annan psykisk ohälsa.....	13
General Health Questionnaire (GHQ-12).....	13
WHO-5.....	13
Allmänt hälsotillstånd	13
Svår oro.....	13
Självmodstankar och självmordsförsök	13
Statistiska analyser	14
Resultat	15
Diskussion	22
Huvudsakliga fynd	22
Styrkor och svagheter	22
Tolkningar och implikationer.....	23
Tack.....	24
Referenser	25
Bilagor	27

Sammanfattning

Anorexia nervosa (AN) är en sjukdom som karakteriseras av undervikt, beteenden som motverkar viktökning och en skev kroppsuppfattning. Förekomsten i befolkningen är oklar. I den här rapporten presenteras uppgifter för individer boende i Stockholms län år 2010 i åldrarna 22 år och uppåt. Studien bygger på självrapporterade data om längd, vikt, återhållsamhet med maten, överdriven fysisk aktivitet och kroppsuppfattning från Hälsa Stockholm, den longitudinella delen av Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter.

Analyserna pekar på en förekomst av anorexia nervosa på 1,0 procent bland vuxna kvinnor och 0,4 procent bland män. I absoluta tal motsvarar det fler än 10 000 personer i Stockholms län. Om de individer som bara uppfyllt två av tre kriterier på anorexia nervosa, de atypiska anorektikerna, inkluderas är den samlade förekomsten av AN-problematik 3,2 procent för kvinnor och 1,8 procent för män. Totalt handlar det om nästan 40 000 personer.

I vårt material är de flesta former av AN-problematik samt undervikt ($BMI < 18,5$) utan andra symtom lika vanliga bland de yngsta deltagarna i materialet (22–32 år) som bland de äldsta (80+ år) med en lägre förekomst i åldersgrupperna mitt emellan. Sambandet med ålder är alltså U-format. Den atypiska form av anorexia nervosa som innebär att individen har ett viktkontrollerande beteende och skev kroppsuppfattning men fortfarande (trots viktminskning) är normalviktig har ett annorlunda åldersmönster med en relativt låg förekomst i åldrarna upp till och med 46–65 år. Den formen av AN-problematik utmärker sig också som den enda som är vanligare bland män än bland kvinnor.

Av de som helt uppfyller kriterierna för AN i urvalet var det 1 på 42 som hade en ätstörningsdiagnos i vårdregister och/eller hade vårdats vid en ätstörningsklinik under perioden 2005–2011. Detta trots att det i urvalet fanns en relativt stor grupp med än allvarligare undervikt och ett BMI under 17 (22 % av alla med AN) samt sex procent som led av en extrem form av anorexia ($BMI < 15$). Endast en av tolv individer med den extrema formen hade en registerad ätstörningsdiagnos i vården och/eller hade vårdats vid en ätstörningsklinik.

En mycket liten andel av alla med AN verkar alltså få vård för sitt problem. Andelarna är ännu lägre för de med atypisk anorexia nervosa. En trolig bidragande förklaring till detta är att personerna med anorexia nervosa inte upplever annan psykisk ohälsa i högre grad än normalbefolkningen. Det hindrar dock inte att de drabbade riskerar somatiska komplikationer eller i extremfallet en förtida död.

Mer än en tredjedel av de som var underviktiga i urvalet uppfyllde samtliga diagnoskriterier för anorexia nervosa. Till dessa tillkommer mer än varannan underviktig som uppfyllde det ena av de två återstående kriterierna och lider av atypisk anorexia nervosa. Endast var sjätte individ med undervikt uppfyllde inte något av de två återstående kriterierna för anorexia nervosa, vilket innebär att det är ovanligt med undervikt utan andra tecken på anorexia nervosa. Om en naturlig förklaring till undervikt saknas hos en patient kan det därför vara rimligt att överväga AN-problematik.

Introduktion

Ätstörningar är ett sammanfattande begrepp som beskriver en grupp psykiska hälsoproblem som kännetecknas av ett komplicerat förhållande till mat och vikt. Ätstörningar har länge betraktats som eftersatta inom epidemiologisk forskning (1). Merparten av den forskning som finns på området genomförs på kliniska urval, det vill säga baseras på individer som har sökt hjälp för sin ätstörning och därmed finns med i sjukvårdsregister eller återfinns som patienter på en viss klinik. Utifrån befintlig forskning kan vi därmed uttala oss ganska säkert om vad som kännetecknar patienter inom ätstörningsvården, men mindre säkert om ätstörningsproblematik i övriga befolkningen. Det utgör ett problem eftersom det är känt att den som drabbas av en ätstörning ofta undviker att söka sig till vården.

Psykiatriska tillstånd klassificeras både med hjälp av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* som ges ut av American Psychiatric Association och av Världshälsoorganisationens *International Classification of Diseases (ICD)*. För de psykiatriska tillstånden fungerar ICD i allmänhet som en mindre utförlig version av DSM. I maj 2013 lanserades den nya versionen av handboken DSM-5 (2) och 2014 kom den svenska översättningen, i en kortare version; Mini-D 5 (3).

Tre huvudsakliga ätstörningsdiagnoser ingår i DSM-5; *anorexia nervosa, AN* (självsvält), *bulimia nervosa, BN* (hetsätande med kompensatoriskt beteende som kräkningar eller överdrivet bruk av laxermedel) och den nyligen tillkomna diagnosen *hetsätningstörning* (hetsätning utan kompensatoriska beteenden).

Den här rapporten behandlar anorexia nervosa (AN) och tre former av atypisk anorexia nervosa (AAN-1, AAN-2 och AAN-3), se faktaruta 1 för kriterier. Anorexia nervosa karakteriseras av undervikt, beteenden som motverkar viktökning och en skev kroppsuppfattning ('tjockkänsla'). Kopplingen mellan AN och annan psykiatrisk sjuklighet är sammansatt men det är tydligt att AN kan medföra sociala problem eftersom samvaro ofta inkluderar gemensamma måltider (4). På sikt inträder även somatiska komplikationer till följd av undernäringen. Alla organsystem påverkas negativt och dödligheten i anorexia nervosa är bland den högsta för alla psykiska sjukdomar, med medicinska komplikationer och självmord bakom de flesta dödsfallen (5).

De få studier som rapporterar förekomst av AN i befolkningen rapporterar varierande prevalenser beroende på vilka diagnoskriterier som använts och vilka grupper som har studerats. En studie från det svenska tvillingregistret (N=31 406) som omfattar individer i åldrarna 40–70 år pekar på en prevalens av AN på 1,20 procent för kvinnor och 0,29 procent för män (6). Resultat från det finska tvillingregistret tyder på en livstidsprevalens på 2,2 procent för AN hos vuxna kvinnor (7). Studier från andra delar av världen rapporterar en livstidsprevalens för AN i den restriktiva formen på upp till 2,2 procent för kvinnor respektive 0,24–0,3 procent för män (8, 9). I en tvillingstudie från Australien rapporteras förekomsten till 4,3 procent för AN enligt en bredare definition (AN utan närmare specifikation, UNS) (10). Det är få sjukdomar som har en så skev könsfördelning som ätstörningar, men detta är sannolikt delvis ett resultat av att mörkertalet är större bland män än hos kvinnor (7, 11, 12).

Diagnostiska kriterier för anorexia nervosa i DSM-5 (ICD-9-kod 307.1)

- A. Otillräckligt energiintag i förhållande till behoven vilket medför en signifikant låg kroppsvikt med beaktande av ålder, kön, tillväxtkurva och kroppslig hälsa. Med signifikant låg kroppsvikt avses en vikt som understiger lägsta normalnivå, eller, för barn och ungdomar, understiger den lägsta normalt förväntade kroppsvikten.
- B. Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots att personen är klart underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten.

Andra specificerade ätstörningar (ICD-9-kod 307.59) i DSM-5 och i den här rapporten

Om inte alla kriterier för en ätstörningsdiagnos (ex anorexia nervosa) uppfylls kan klinikern istället för att sätta en ätstörningsdiagnos utan närmare specifikation (UNS) specificera vilka kriterier som uppfylls under beteckningen *andra specificerade ätstörningar* i DSM-5. Manualen DSM-5 ger ett antal exempel, bland annat på vad som betecknas som atypisk anorexia nervosa: alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda, förutom att vikten, trots påtaglig viktnedgång, fortfarande ligger inom ett normalintervall. Detta tillstånd, dvs när kriterium B och C ovan är uppfyllda, betecknas i den här rapporten som atypisk anorexia nervosa 1 (AAN-1). De andra två kombinationerna, kriterium A och B ovan respektive kriterium A och C uppfyllda, betecknas som atypisk anorexia 2 (AAN-2). respektive 3 (AAN-3).

Faktaruta 1. Kriterier för olika former av anorexia nervosa i DSM-5 och i den här rapporten.

Syfte

Studien syftar till att skatta prevalenser av anorexia nervosa (AN), tre former av atypisk anorexia nervosa (AAN-1, AAN-2 och AAN-3) samt att beräkna hur stor andel som är underviktiga utan andra symtom på anorexia nervosa bland män och kvinnor i åldrarna 22 år och uppåt, i Stockholms län. Vidare undersöks hur stor andel av dessa personer som har en ätstörningsdiagnos i vårdregister och/eller vårdats på en ätstörningsklinik, för att på så sätt ge en uppfattning om hur många som får vård för sitt problem. Slutligen undersöks i vilken utsträckning individerna med en trolig AN, AAN respektive undervikt utan andra symptom på anorexia nervosa rapporterar annan psykisk ohälsa jämfört med normalpopulationen.

Material och metod

Materialet utgörs av *Hälsa Stockholm*, en longitudinell studie baserad på Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter (13). Alla individer som deltagit både år 2006/2007 och 2010 ingår i studien. Totalt omfattar materialet nära 44 500 kvinnor och män i åldrarna 22 och äldre, boende i Stockholms län.

Operationalisering

Självrapporterade uppgifter har använts för att möta kriterierna från DSM-5 för diagnosen anorexia nervosa (AN) och för den form av atypisk anorexia nervosa som exemplifieras i DSM-5: beteende som motverkar viktökning och skev kroppsuppfattning, men normalvikt trots viktnedgång (betecknas här som AAN-1), se faktaruta 1. Därtill studeras ytterligare två former av atypisk anorexia nervosa: undervikt och beteende som motverkar viktökning men utan skev kroppsuppfattning (AAN-2) respektive undervikt och skev kroppsuppfattning men utan beteende för att motverka viktökning (AAN-3). Dessutom beskrivs gruppen med undervikt utan vare sig beteende som motverkar viktökning eller skev kroppsuppfattning. Tabell 1 visar hur de olika grupperna har definierats utifrån frågorna i enkäten.

Kroppsmasseindex

Med hjälp av längd och vikt har kroppsmasseindex (BMI, body mass index) beräknats. Indexet är ett sätt att mäta kroppssammansättning och delas in i kategorierna undervikt, normalvikt och övervikt enligt definitioner från Världshälsoorganisationen (faktaruta 2). Gränsen för undervikt är 18,5 och intervallet 18,5–25,0 definierar normalvikt. För att erhålla ett BMI inom normalintervallet behöver en medellång kvinna i Stockholms län (165,7 cm) väga 50,8 – 68,6 kg. För en man (medellängd=179,4 cm) ligger normalvikten mellan 59,5 och 80,5 kg (14).

Kroppsmasseindex (body mass index, BMI)

under 18,5	Undervikt
18,5 – 24,9	Normalvikt
25,0 – 29,9	Övervikt
30,0 – 34,9	Fetma, grad I
35,0 – 39,9	Fetma, grad II
över 40,0	Fetma, grad III

Exempel på hur BMI beräknas (för en 166 cm lång person som väger 60 kg):

$$\frac{60 \text{ kg}}{(1.66 \text{ m} \times 1.66 \text{ m})} = 21,8 \text{ kg/m}^2 = \text{BMI } 21,8$$

Faktaruta 2. Gränser för viktgrupper efter BMI (15)

Tabell 1. Definitioner av anorexia nervosa (AN), de tre formerna av atypisk anorexia nervosa (AAN) respektive undervikt utan andra symtom på anorexia nervosa bland kvinnor (n=23 295) och män (n=17 728) i Hälsa Stockholm, år 2010.

	AN		AAN-1					AAN-2		AAN-3		Undervikt utan andra symtom	
Undervikt kvinnor (BMI)	Ja ($<17,2$)	Ja (17,2-18,5)	Nej (18,5-20,1) ^{a)}	Nej (20,1-21,9) ^{a)}	Nej (21,9-23,3) ^{a)}	Nej (23,3-25,0) ^{a)}	Ja ($<17,2$)	Ja (17,2-18,5)	Ja ($<17,2$)	Ja (17,2-18,5)	Ja ($<17,2$)	Ja (17,2-18,5)	
Undervikt män (BMI)		Ja ($<18,5$)	Nej (18,5-18,9) ^{a)}	Nej (18,9-21,1) ^{a)}	Nej (21,1-22,6) ^{a)}	Nej (22,6-23,5) ^{a)}	Nej (23,5-25,0) ^{a)}	Ja ($<18,5$)		Ja ($<18,5$)		Ja ($<18,5$)	
Skev kroppsuppfattning kvinnor (siluettnummer)	Ja (≥ 2)	Ja (≥ 3)	Ja (≥ 4)	Ja (≥ 5)	Ja (≥ 6)	Ja (≥ 7)	Nej (< 2)	Nej (< 3)	Ja (≥ 2)	Ja (≥ 3)	Nej (< 2)	Nej (< 3)	
Skev kroppsuppfattning män (siluettnummer)		Ja (≥ 2)	Ja (≥ 3)	Ja (≥ 4)	Ja (≥ 5)	Ja (≥ 6)	Ja (≥ 7)	Nej (< 2)		Ja (≥ 2)		Nej (< 2)	
Tar små portioner för att hålla vikten nere (svarsalternativ)	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Nej (> 2)	Nej (> 2)	Nej (> 2)	Nej (> 2)
Undviker mat för att den gör mig fet (svarsalternativ)	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Nej (> 2)	Nej (> 2)	Nej (> 2)	Nej (> 2)
Håller igen för att inte gå upp i vikt (svarsalternativ)	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Ja (≤ 2) ^{b)}	Nej (> 2)	Nej (> 2)	Nej (> 2)	Nej (> 2)
Äter mindre än du vill ha (svarsalternativ)	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Ja (≥ 3) ^{b)}	Nej (< 3)	Nej (< 3)	Nej (< 3)	Nej (< 3)
Återhållsam med maten (svarsalternativ)	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Ja (≥ 2) ^{b)}	Nej (1)	Nej (1)	Nej (1)	Nej (1)
Överdriven gång/cykling/motion (MET-h/vecka)	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Ja ($> 22,5$) ^{b)}	Nej ($\leq 22,5$)	Nej ($\leq 22,5$)	Nej ($\leq 22,5$)	Nej ($\leq 22,5$)

a) Och minst 0,5 enheter lägre BMI än senaste undersökningstillfället (enkät 2006/2007)

b) Minst ett av dessa kriterier måste vara uppfyllt för att man ska anses ha ett viktkontrollerande beteende

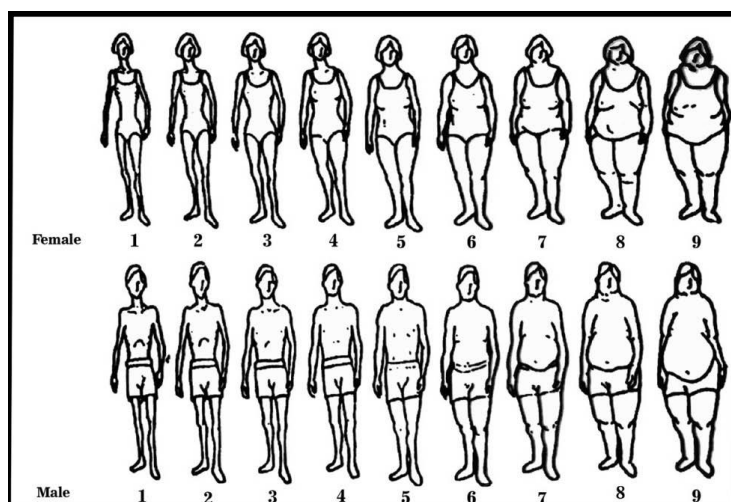
Skev kroppsuppfattning

För att mäta skev kroppsuppfattning har en variabel skapats utifrån individernas självrapporterade längd, vikt och egna skattningar av kroppsform.

Stunkards kroppsfigurer

Kroppsuppfattning har mätts med *Figure Rating Scale* (FRS), se bild 2 (17). Mätinstrumentet består av nio kroppssiluetter av kvinnor respektive män. Varje siluett motsvaras av en siffra mellan 1 och 9, där 1 motsvarar den minsta figuren, och 9 den största figuren. Till bilderna av siluetterna ställs frågor om hur individen skattar sin kroppsform idag, vid 7 års ålder respektive vid 18 års ålder. För den här studien används skattningen av kroppsform idag.

Individernas skattningar av kroppsform har jämförts med deras BMI. De som har ett BMI under BMI-värdet för den femte percentilen av alla svarande för den figur de angett har ansetts ha skev kroppsuppfattning. Gränserna är olika för kvinnor och män. I tabell 1 beskrivs gränserna per kön, figur och eget BMI.



Figur 1. Siluetskala med nio olika figurer av varierande kroppsstorlek för kvinnor och män (17).

Viktkontrollerande beteende

Återhållsamhet med maten

Återhållsamhet med maten har sammanställts utifrån frågor från Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ-r21 (16), se *Tabell 1*. Skalan *Cognitive Restraint (CR)* mäter begränsning av matintaget för att kontrollera kroppsvikten. Här används de frågor i skalan som bäst reflekterar de diagnostiska kriterierna och uppvisar statistiska tecken på att mäta samma underliggande fenomen i faktoranalyser av vårt material.

Överdriven motion

Världshälsoorganisationens rekommendation för fysisk aktivitet är 150 minuter aktivitet med måttlig intensitet eller 75 minuter med hög intensitet under en vecka. En vuxen kan få ytterligare positiva hälsoeffekter genom att öka mängden fysisk aktivitet till 300 minuter med måttlig intensitet respektive 150 minuter med hög intensitet. I den här studien har överdriven motion för gruppen som är underviktiga definierats som

motsvarande över 300 minuter fysisk aktivitet med måttlig intensitet per vecka. Information om fysisk aktivitet har sammanställts utifrån svaren på de frågor i enkäten som mäter antal minuter gång/cykling respektive övrig motion och gränsen motsvarar mer än 6 timmar och 15 minuter gång/cykling i veckan om man inte motionerar alls, eller mer än 4 timmar och 30 minuter motion i veckan om man inte går eller cyklar alls.

Uppgifter om vårdkontakt och registrerad diagnos i vården

Vårdkontakter med ätstörningskliniker, samt ätstörningsdiagnoser enligt ICD-10 (F50) har hämtats från patientregistret och landstingets VAL-data, omfattande åren 2005–2011.

Annan psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa mäts genom ett antal olika frågor i enkäten Hälsa Stockholm. De mått som använts i den här rapporten baseras på följande instrument och frågor:

General Health Questionnaire (GHQ-12)

Frågeformuläret GHQ-12 användes för att identifiera psykisk ohälsa. Varje fråga har fyra svarsalternativ; två positiva och två negativa. En summa beräknas utifrån svaren på det tolv frågorna; ett negativt svar ger 1 poäng, maximalt antal poäng är 12 (se bilaga 1). En hög poäng visar att det finns risk för psykiatrisk problematik. Även om GHQ-12 inte är ett diagnostiskt instrument har det visat goda resultat vad gäller att identifiera individer med depression och/eller ångest (18). I den här rapporten har tröskelvärdet satts till över 3 för att indikera psykisk ohälsa.

WHO-5

WHO-5 Well Being Index består av fem frågor (se bilaga 2) och används för att mäta psykisk hälsa snarare än ohälsa. Det har översatt till ett flertal språk och används internationellt. WHO-5 Wellbeing index används i primärvården för att screena för depression (19, 20).

Allmänt hälsotillstånd

Allmänt hälsotillstånd mäts med frågan *"Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?"*. Svaren anges på en skala med fem svarsalternativ; *"Mycket bra"*, *"Gott"*, *"Någorlunda"*, *"Dåligt"* och *"Mycket dåligt"*. Svaren på frågan har tidigare visats predicera en rad hälsoutfall (21).

Svår oro

Svår oro mäts med frågan *"Har du något/några av följande besvär eller symtom? Ångslan, oro eller ångest?"* och svarsalternativet *"Ja, svåra besvär"*.

Själv mordstankar och självmordsförsök

Två frågor i enkäten handlar om självmordstankar och självmordsförsök och härrör från en undersökning i USA (22) som också har använts internationellt. Frågorna lyder: *"Har du någon gång allvarligt övervägt att ta ditt liv, kanske till och med planerat hur du i så fall skulle göra?"* och *"Har du någon gång försökt ta ditt liv?"*. De tillgängliga svarsalternativen är: *"Nej, aldrig"*, *"Ja, för mer än ett år sedan"*, *"Ja, under det senaste året"*, *"Ja, under den senaste veckan"*. Svaren har i den här studien kodats som "nej" eller "ja".

Statistiska analyser

Logistisk regression har använts för att beräkna oddskvoter. Alla värden i den logistiska regressionen är justerade för självrapporterade uppgifter om annan sjuklighet som kan förklara undervikten (Chrons sjukdom, celiaki, diabetes eller annan långvarig sjukdom), föräldrars utbildningsnivå, samt uppgifter från register vad gäller socioekonomisk grupp, födelseland, kön och ålder. Kalibreringsvikter har använts för att justera för snedvridet bortfall i enkäten. Alla analyser har utförts med statistikprogrammet SAS 9.4.

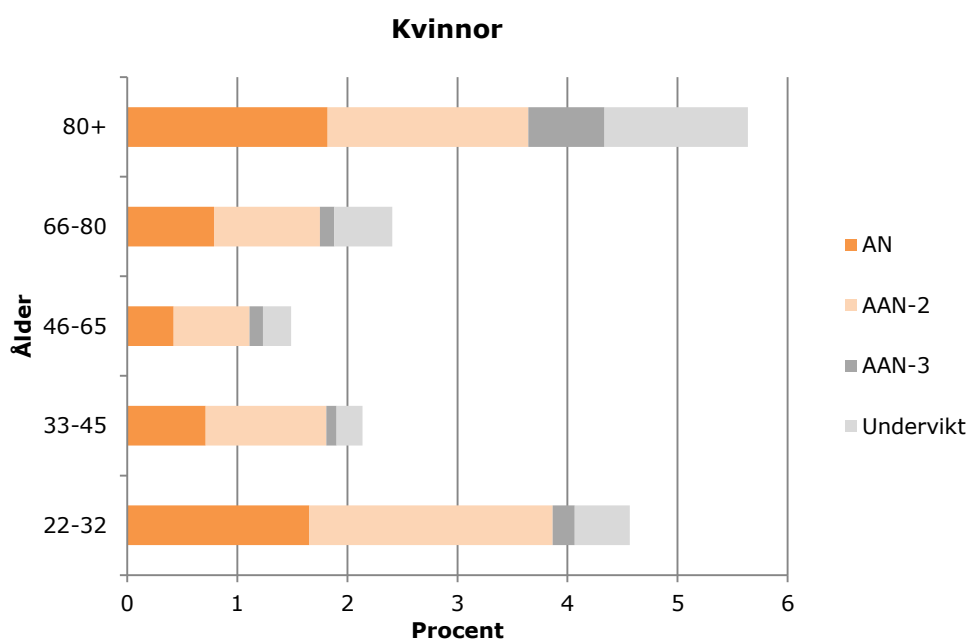
Resultat

Materialet omfattar totalt 41 023 individer, varav 23 295 kvinnor och 17 728 män. Totalt uppfyller 0,75 procent (n=174) av kvinnorna i urvalet samtliga tre kriterier för anorexia nervosa vilket efter viktning för bortfall ger en skattad förekomst bland kvinnor i befolkningen 22 år och äldre i Stockholms län på 1,0 procent, se tabell 2. I absoluta tal motsvarar det nästan 8 000 personer. Av männen i urvalet är det 0,2 procent (n=38) som uppfyller kriterierna för AN vilket ger en skattad förekomst i länet på 0,37 procent, eller nästan 3 000 personer i absoluta tal. Den skattade könsskillnaden för AN i befolkningen 22 år och äldre visar således på cirka tre gånger högre förekomst bland kvinnor än bland män. Av alla med AN i urvalet så har 22 procent (n=47) ett BMI som ligger under 17 och 5,7 procent (n=12) har ett BMI under 15 (ej i tabell).

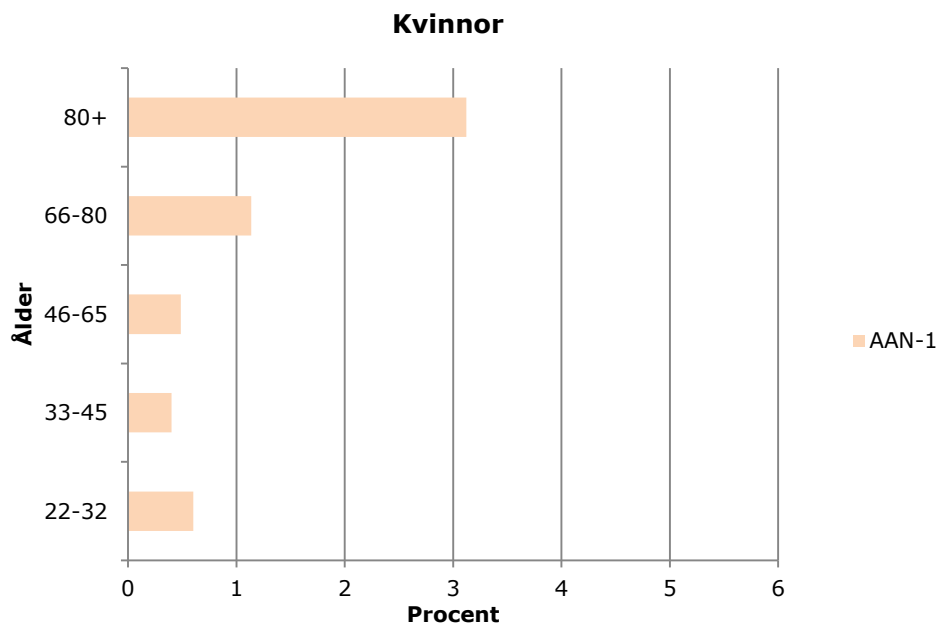
Totalt för samtliga grupper av anorexia nervosa, det vill säga inklusive de tre atypiska formerna, uppgår den skattade prevalensen i länet till 3,2 procent för kvinnor och 1,8 procent för män, och könsskillnaden är knappt två gånger högre förekomst bland kvinnor än bland män. I absoluta tal motsvarar detta nästan 25 000 kvinnor och drygt 13 000 män, 22 år eller äldre, i länet, som uppfyller minst två av tre kriterier för anorexia nervosa.

Andelen av de *underviktiga* i urvalet som *inte* uppfyller *något* av de två återstående kriterierna för anorexia nervosa är liten, både bland kvinnor (16 procent) och män (14 procent).

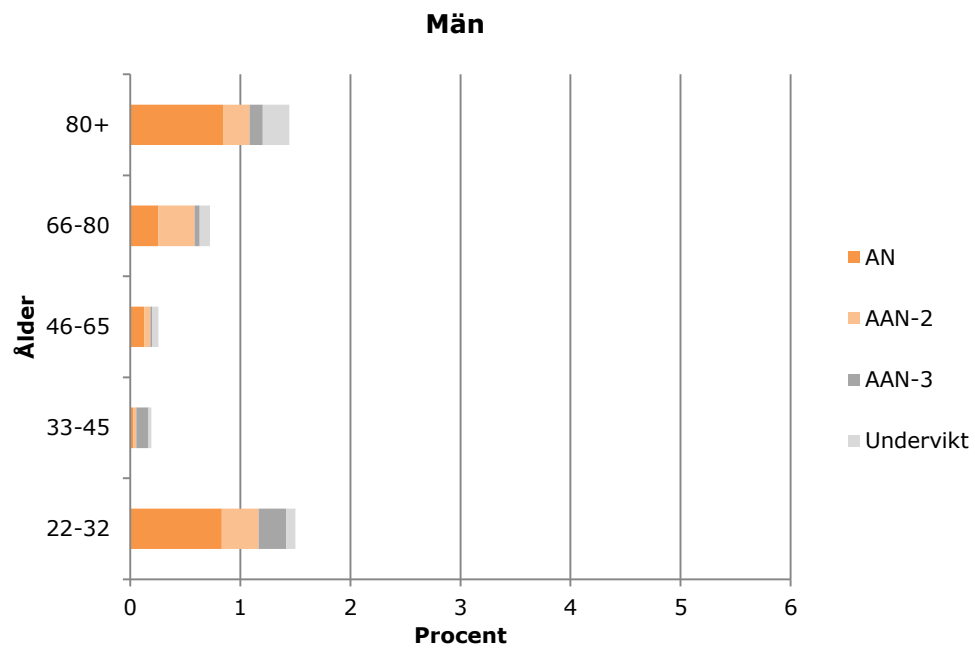
För alla fem kategorier minskar förekomsten från tjugooårsåldern till medelåldern, för att därefter öka igen. Fördelningen över ålder för män ska tolkas med försiktighet eftersom antalet observationer är lågt för alla grupper utom för AAN-1 (viktkontrollerande beteenden och skev kroppsuppfattning men normalvikt). Den atypiska gruppen AAN-1 utmärker sig, både bland kvinnor och män, som en form med relativt låg förekomst i unga år.



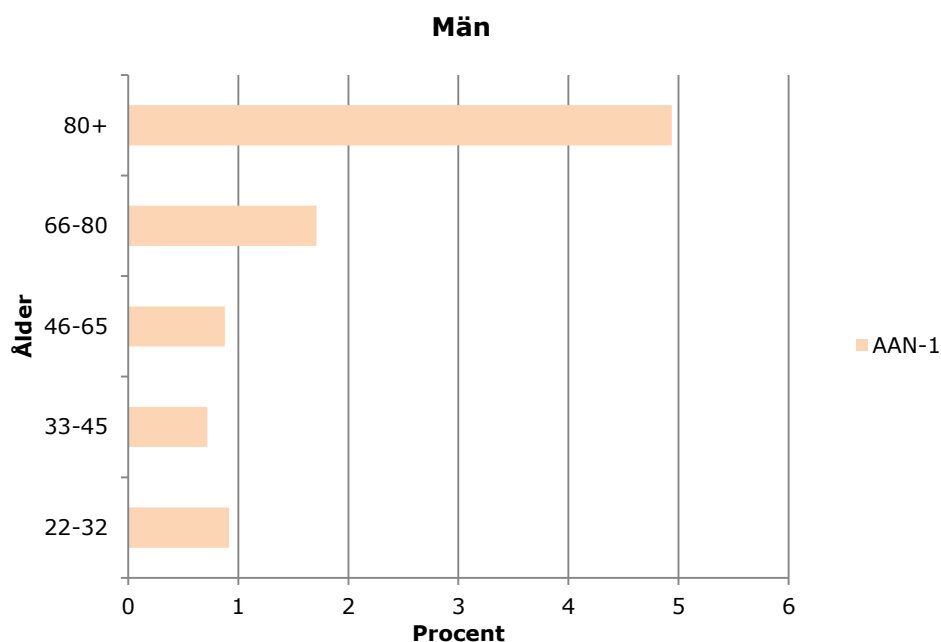
Figur 1. Förekomst (%) per åldersgrupp av anorexia nervosa (AN), atypisk anorexia nervosa med undervikt (AAN-2, AAN-3) och undervikt bland kvinnor, 22–92 år (n=23 295) i Hälsa Stockholm, år 2010.



Figur 2. Förekomst (%) per åldersgrupp av atypisk anorexia nervosa med normalvikt (AAN-1) bland kvinnor, 22–92 år (n=23 295) i Hälsa Stockholm, år 2010.



Figur 3. Förekomst (%) per åldersgrupp av anorexia nervosa (AN), atypisk anorexia nervosa med undervikt (AAN-2, AAN-3) och undervikt bland män, 22–92 år (n=17 728) i Hälsa Stockholm, år 2010.



Figur 4. Förekomst (%) per åldersgrupp av *anorexia nervosa med normalvikt (AAN-1)* bland män, 22–92 år (n=17 728) i Hälsa Stockholm, år 2010.

Andelen individer med AN, eller de atypiska formerna, som har en ätstörningsdiagnos registrerad i vården och/eller vårdats på en ätstörningsklinik är mycket låg, se tabell 3. *Inga* av männen med AN, AAN, eller undervikt utan andra symtom på anorexia, i urvalet återfinns på detta sätt i vårdregister. Bland de kvinnor som uppfyller alla kriterier för AN har 5 av 174 (2,9 procent) en ätstörningsdiagnos från vården och/eller har vårdats på en ätstörningsklinik. Det motsvarar 1 på 35. En av 47 individer som uppfyller kriterierna för AN med ett BMI under 17 och en av tolv individer som uppfyller kriterierna för AN med ett BMI under 15 har en diagnos registrerad i vården och/eller har vårdats på en ätstörningsklinik (ej i tabell).

Tabell 2. Skattad förekomst av anorexia nervosa (AN), atypisk anorexia nervosa med normalvikt trots viktnedgång (AAN-1), atypisk anorexia nervosa med undervikt (AAN-2 och AAN-3) och undervikt utan andra symtom på anorexia i Stockholms län år 2010.

	Skattad andel av alla kvinnor 22+ år i länet (%)	Skattad andel av alla män 22+ år i länet (%)	Skattat antal kvinnor 22+ år i länet	Skattat antal män 22+ år i länet
AN	1,0	0,4	7 800	2 700
AAN-1	0,8	1,1	6 300	8 600
AAN-2	1,2	0,1	9 500	1 400
AAN-3	0,2	0,2	1 300	700
Undervikt av andra skäl	0,5	0,07	3 700	500
Normalgrupp (varken AN, AAN-1, AAN-2, AAN-3 eller undervikt av andra skäl)	96,3	98,1	739 800	719 700

Tabell 3. Grupper efter diagnoskriterier i Hälsa Stockholm år 2010 (antal kvinnor; antal män i urvalet) och andelen av varje grupp som vården har noterat ätstörningsproblematik för, år 2005–2011.

	Andel av kvinnorna i Hälsa Stockholm som vården har noterat ätstörningsproblematik för (antal i urvalet)	Andel av männen i Hälsa Stockholm som vården har noterat ätstörningsproblematik för (antal i urvalet)	Andel av alla i Hälsa Stockholm som vården har noterat ätstörningsproblematik för (antal i urvalet)
AN (n=174; n=38)	1 på 35 (n=5)	Ingen (n=0)	1 på 42 (n=5)
AAN-1 (n=173; n=222)	1 på 173 (n=1)	Ingen (n=0)	1 på 395 (n=1)
AAN-2 (n=241; n=26)	1 på 34 (n=7)	Ingen (n=0)	1 på 38 (n=7)
AAN-3 (n=36; n=12)	Ingen	Ingen (n=0)	Ingen (n=0)
Undervikt av andra skäl (n=85; n=12)	1 på 85 (n=1)	Ingen (n=0)	1 på 97 (n=1)
Normalgrupp (varken AN, AAN-1, AAN-2, AAN-3 eller undervikt av andra skäl; n=22586; n=17418)	1 på 337 (n=67)	1 på 4355 (n=4)	1 på 563 (n=71)

Det finns inga skillnader mellan gruppen med AN och normalbefolkningen vad gäller förekomst av annan psykisk ohälsa, se tabell 4 och 5. Kvinnor med atypisk anorexia nervosa och normalvikt (AAN-1) har oftare lägre psykiskt välbefinnande (OR=3,02, 95% CI 1.72-5.29), dåligt allmänt hälsotillstånd (OR=2,70, 95% CI: 1.02-7.11) och högre förekomst av svår oro (OR=2,98, 95% CI:1.11-7.98) än normalbefolkningen. Även hos män skiljer sig AAN-1-gruppen från normalbefolkningen. De har mer psykisk ohälsa (OR=2,16, 95% CI: 1,01-4,65) och oftare lågt psykiskt välbefinnande (OR=2,02, 95% CI:1,12-3,62).

Tabell 4. Oddskvoter och 95% konfidensintervall för associationer mellan *anorexia nervosa* (AN); *atypisk anorexia nervosa med normalvikt* (AAN-1); *atypisk anorexia nervosa med undervikt* (AAN-2 och AAN-3); *undervikt* (bmi<18,5) och annan psykisk ohälsa bland kvinnor, 22–92 år (n=23 295) i Hälsa Stockholm år 2010.

	Psykisk ohälsa enligt GHQ-12	Lågt psykiskt välbefinnande enligt WHO-5	Dåligt allmänt hälsotillstånd	Svår oro	Självmonds-tankar	Självmonds-försök
AN	0,99 (0,52-1,89)	0,96 (0,55-1,68)	0,53 (0,11-2,63)	0,41 (0,10-1,70)	1,13 (0,61-2,11)	1,21 (0,39-3,76)
AAN-1	1,34 (0,66-2,73)	3,02 (1,72-5,29)***	2,70 (1,02-7,11)*	2,98 (1,11-7,98)*	1,70 (0,88-3,28)	1,22 (0,38-3,96)
AAN-2	0,89 (0,54-1,47)	0,83 (0,55-1,28)	1,31 (0,55-3,14)	1,72 (0,75-3,91)	1,23 (0,67-2,27)	0,96 (0,37-2,48)
AAN-3	1,05 (0,36-3,09)	1,17 (0,39-3,57)	3,31 (0,61-17,89)	0,82 (0,14-4,75)	0,57 (0,13-2,53)	Inga observationer
Undervikt av andra skäl	0,59 (0,26-1,40)	0,71 (0,24-2,12)	1,21 (0,41-3,57)	1,71 (0,55-5,37)	0,95 (0,27-3,39)	0,13 (0,03-0,62)*
Normalgrupp (varken AN, AAN-1, AAN-2, AAN-3 eller undervikt av andra skäl)	1	1	1	1	1	1

Alla värden är justerade för ålder, socioekonomisk grupp, föräldrars utbildningsnivå, födelseland, celiaki, diabetes, Chrons sjukdom och annan långvarig sjukdom

*** p<0,001, **p<0,01, *p<0,05

Tabell 5. Oddskvoter och 95% konfidensintervall för associationer mellan skattad *anorexia nervosa* (AN); *atypisk anorexia nervosa* med normalvikt (AAN-1); *atypisk anorexia nervosa* med undervikt (AAN-2 och AAN-3); *undervikt* (bmi<18,5) och annan psykisk ohälsa bland män, 22–92 år (n=17 728) i Hälsa Stockholm år 2010.

	Psykisk ohälsa (GHQ-12)	Lågt psykiskt välbefinnande (WHO-5)	Dålig hälsa	Svår oro	Självmonds-tankar	Självmonds-försök
AN	0,86 (0,18-4,17)	1,46 (0,49-4,33)	1,97 (0,53-7,29)	2,23 (0,26-19,35)	0,62 (0,14-2,80)	Inga observationer
AAN-1	2,16 (1,01-4,65)*	2,02 (1,12-3,62)*	0,63 (0,25-1,63)	0,26 (0,06-1,06)	1,48 (0,51-4,34)	Inga observationer
AAN-2	2,09 (0,43-10,09)	1,53 (0,36-6,52)	9,95 (2,10-47,01)**	4,68 (1,15-19,01)*	0,52 (0,08-3,32)	0,25 (0,03-1,9)
AAN-3	7,09 (1,35-37,16)*	2,12 (0,48-9,26)	Inga observationer	Inga observationer	Inga observationer	Inga observationer
Undervikt av andra skäl	0,18 (0,02-1,56)	0,72 (0,11-4,62)	1,18 (0,11-12,41)	Inga observationer	1,76 (0,17-18,47)	11,13 (0,80-153,65)
Normalgrupp (varken AN, AAN-1, AAN-2, AAN-3 eller undervikt av andra skäl)	1	1	1	1	1	1

Alla värden är justerade för ålder, socioekonomisk grupp, föräldrars utbildningsnivå, födelseland, celiaki, diabetes, Chrons sjukdom och annan långvarig sjukdom

*** p<0,001, **p<0,01, *p<0,05

Diskussion

Huvudsakliga fynd

Den skattade förekomsten av anorexia nervosa är drygt 1 procent bland kvinnor och nästan 0,4 procent bland män i åldrarna 22 år och uppåt, i Stockholms län, år 2010. Det motsvarar fler än 10 000 personer i absoluta tal. Inkluderas de personer som uppfyller två av tre kriterier för anorexia nervosa, de med atypisk anorexia nervosa, är den samlade skattade förekomsten över tre procent för kvinnor och nästan två procent för män. Totalt motsvarar det nästan 40 000 personer.

Av alla individer som kan klassificeras som underviktiga i urvalet ($n=624$) uppfyller mer än en tredjedel ($n=212$) diagnoskriterierna för AN. Mer än 50 procent ($n=315$) av individerna med undervikt uppfyller ett av de återstående kriterierna (dvs tillhör gruppen AAN-2 eller AAN-3). Det är bara knappt var sjätte underviktig person ($n=97$); 15,5 procent som inte uppfyller något av de två återstående kriterierna för anorexia nervosa.

De former av AN-problematik som inkluderar undervikt (AN, AAN-2 och AAN-3), samt undervikt utan andra symtom, är ungefär lika vanliga i den yngsta åldersgruppen (22–32 år) som i den äldsta (80+ år) med en lägre förekomst i ålderskategorier mitt emellan, ett samband som gäller för både män och kvinnor i materialet. För AN bland kvinnor, där antalet observationer är större än för männen (och skattningarna därför mer tillförlitliga), är den skattade förekomsten 1,6 procent bland 22–32-åringarna, 0,56 procent i åldern 46–65 år, och 1,8 procent i åldern 80 år och äldre.

Den atypiska form av anorexia nervosa som innebär viktcontrollerande beteende och skev kroppsuppfattning men normalvikt, trots viktninskning (AAN-1) har delvis ett annorlunda åldersmönster med relativt låg förekomst i åldrarna upp till och med 46–65 år. Den här formen särskiljer sig också som den enda som är vanligare bland män än bland kvinnor.

Av de som uppfyller kriterierna för anorexia nervosa i urvalet ($n=212$) är det bara knappt 2,4 procent, eller 1 på 42, som har en ätstörningsdiagnos registrerad i vården och/eller vårdats vid en ätstörningsklinik år 2005–2011. Av personerna med AN i urvalet är det drygt tjugo procent ($n=47$) som har en allvarligare form av anorexia nervosa ($BMI<17$). Nästan sex procent ($n=12$) av personerna med AN har en extrem form ($BMI<15$). Endast en av tolv individer med den extrema formen av AN har en ätstörningsdiagnos från vården och/eller vård vid en ätstörningsklinik registrerad.

Det finns inga skillnader mellan gruppen med AN och normalbefolkningen vad gäller förekomst av psykisk ohälsa medan gruppen med atypisk anorexia nervosa och normalvikt (AAN-1) oftare har lågt psykiskt välbefinnande. Övriga signifikanta samband är baserade på få observationer och svåra att tolka.

Styrkor och svagheter

Resultaten baseras på ett stort, befolkningsrepresentativt urval och det tillgängliga frågebatteriet kan anses lämpat för att bedöma om kriterierna för anorexia nervosa i DSM-5 uppfylls eller ej. I materialet saknas möjlighet att identifiera de personer som enbart uppfyller kriteriet om viktcontrollerande beteende genom självrensning. Detta innebär att förekomsten av anorexia nervosa kan underskattas något.

Urvalet inkluderar personer i åldrarna 22 år och uppåt, vilket innebär att det saknas uppgifter om den åldersgrupp där förekomsten vanligen beskrivs som allra högst. Å andra sidan är anorexia nervosa i åldrarna efter tonåren och de tidiga vuxenåren än mindre studerat, vilket innebär att studien bidrar till att fylla en påtaglig kunskapslucka.

Studien bygger på enkätdata med stora bortfall. I den mån bortfallet inte är systematiskt med avseende på andra variabler än bakgrundsvariabler som Statistiska centralbyrån har tillgång till, så kompenseras detta dock av så kallad viktning.

Många uppgifter i studien bygger på självrapporterade data. För längd och vikt, där brister i mätningen vore särskilt allvarliga för syftena i den här studien, anses dock självrapporter i allmänhet ha en relativt god överensstämmelse med objektiva mätningar. För de två återstående kriterierna på anorexia nervosa är fenomenen mer eller mindre till sin natur sådana att det knappast finns alternativ till självrapporter. Det gäller tydligen för kroppsuppfattningen – men även för det viktkontrollerande beteendet är det svårt att i praktiken identifiera vad som skulle vara alternativet till att fråga respondenter om de till exempel ”äter mindre än de vill ha”.

Måttet BMI har vissa begränsningar. Det tar exempelvis inte hänsyn till ålder, eller fördelningen muskel- respektive fettmassa. Men det är ett enkelt mått som ofta används i studier. Det kan dock diskuteras hur BMI ska tillämpas på män respektive kvinnor. I nuläget är ett BMI under 18,5 gränsen för undervikt för båda könen, trots att män möjligen kan bedömas som underviktiga vid ett högre BMI.

Stunkards kroppssiluetter har ofta använts i olika studier av självbild, självskattning av figur och missnöje med kroppen. Svartalternativen har kritiserats för att de är grova och för få samt att det finns inkonsekvenser i skillnaderna mellan olika storlekar (23). Kritiken har också handlat om att den största figuren inte längre är stor nog, i takt med att övervikt i västvärlden ökat (24). I den här studien ser vi istället en begränsning i att figur 1 är den minsta som finns tillgänglig. För personer med ett BMI under 18,5 kan det behövas ännu smalare figurer för att återspegla skev kroppsuppfattning.

De uppgifter om vårdkontakt och registrerad diagnos i vården som används har brister men täckningsgraden förbättras över tid och här används data för sju hela år (år 2005–2011). Att någon större del av mörkertalet i den här studien skulle bero på ofullständig täckning i registeruppgifterna är därför osannolikt.

Tolkningar och implikationer

Studien pekar på en relativt hög förekomst av anorexia nervosa i åldrarna 22 år och uppåt. Endast en mycket liten andel av dessa individer (1 på 42) har en diagnosticerad ätstörning i vården och/eller vårdkontakt med en ätstörningsklinik. Andelen personer som inte får vård för sitt problem tycks således vara mycket stort.

Det finns studier som visar att individer med AN avstår från att söka hjälp av rädsla för vad familj, vänner och vårdpersonal ska tycka (25). Andra studier visar att många avstår från att söka hjälp som en konsekvens av den rådande uppfattningen att ätstörningar är svåra att bota (26). En annan delförklaring kan vara att personerna med anorexia nervosa inte tycks må sämre än normalbefolkningen, och möjligen är självsvälten i sig självt faktiskt ett verkningsfullt medel för att hålla ångest och nedstämdhet i schack. Men det hindrar tyvärr inte att de drabbade riskerar somatiska komplikationer eller till och med en förtida död.

Förekomsten av anorexia nervosa är betydligt högre bland kvinnor än bland män, men skillnaden är inte tiofaldig, vilket ibland hävdas med hänvisning till kliniska material. I det här materialet är skillnaden knappt 3:1, vilket ligger i linje med resultat från studien från det svenska tvillingregistret (6). En förklaring till mörkertalen bland män kan vara att de avstår från att söka vård för att AN ofta framställs som en kvinnosjukdom. En brittisk studie av medias rapportering kring ätstörningar under de senaste tio åren visade att artiklarna framför allt handlade om tonårsflickor (27).

Den atypiska form av anorexia nervosa som omfattar individer med normalvikt (AAN-1) visar på en ökad förekomst med ålder. Dessa personer anger också psykisk ohälsa i högre grad än normalbefolkningen. Givet att många ökar i vikt i takt med att de blir äldre kan detta samband kanske delvis förklaras med en upplevd kontrollförlust hos de individer som tidigare har använt viktkontrollerande medel för att hålla ångest borta.

Ätstörningsvården är i dagsläget tydligt inriktad på barn och ungdomar, vilket är motiverat från ett förebyggande perspektiv. Men i absoluta tal är det totala vårdbehovet troligen större i åldrarna från tjugooårsåldern och uppåt. Analyserna visar också att endast en liten minoritet av de underviktiga helt saknar tecken på anorexia nervosa (trots att uppgifter om eventuell självrensning saknas i vår studie). Om en naturlig förklaring till undervikt saknas hos en patient kan det därför vara rimligt att överväga AN-problematik.

Tack

Värdefulla synpunkter på texten har lämnats av Susanne Wicks.

Referenser

1. Mitchison D, Hay P (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, 6, 89–97.
2. American Psychiatric Association. Tillgänglig 2015-05-30
www.dsm5.org/Pages/Default.aspx
3. Herlofson J (2014). Mini-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Halmstad: Pilgrim press.
4. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the National comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723.
5. Fairburn CG, Harrison PJ (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407–416.
6. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstien P, Pedersen NL (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry* 63, 305–312.
7. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik CM, Kaprio J, Rissanen A (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry* 164(8), 1259–1265.
8. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61, 348–358.
9. Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 4(2).
10. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 121–128.
11. Lock JD (2009). Trying to fit square pegs in round holes: eating disorders in males. *Journal of Adolescent Health*, 44, 99–100.
12. Muis AM, Stein D G, Arbess G (2003). Eating Disorders in Adolescent Boys: A Review of the Adolescent and Young Adult Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427–435.
13. Svensson AC, Fredlund P, Laflamme L, Hallqvist J, Alfredsson L, Ekblom A, Feychting M, Forsberg B, Pedersen NL, Vågerö D, Magnusson C (2013). Cohort profile: The Stockholm Public Health Cohort. *International journal of epidemiology*, 42, 1263–1272.
14. Statistiska Centralbyrån. Tillgänglig 2015-05-28
www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Vi-vaxer-pa-bredden/
15. Världshälsoorganisationen. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-BMI, tillgänglig 2015-05-30.

16. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, 24, 1715–1725.
17. Stunkard AJ, Sorensen T, Schulsinger F (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. 115–120). New York: Raven press.
18. McDowell I, Newell C (1996). *Measuring Health - A guide to rating Scales and Questionnaires*. Second edition. Oxford University Press.
19. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller HJ, Hegerl U (2003). Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*, 25;326(7382):200–201.
20. Newnham EA, Hooke GR, Page AC (2010). Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care. *Journal of Affective Disorder*, 122(1-2), 133–138.
21. Boström G, Nykvist K (Red Katarina Paulsson). Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella enkäten. Statens folkhälsoinstitut. A2008:6.
22. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J (1974). Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study. *British Journal of Psychiatry* 124:460-69.
23. Bulik CM, Wade TD, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians.
24. Gardner RM, Friedman BN, Jackson NA (1998). Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Percept Motor Skills*, 86, 387–395.
25. Maier A, Ernst JP, Müller S, Gross D, Zepf FD, Herpertz-Dahlmann B, Hagenah U (2014). Self-perceived stigmatization in female patients with anorexia nervosa – results from an explorative retrospective pilot study of adolescents. *Psychopathology*, 47(2), 127–132.
26. Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J (2014). Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 65–75.
27. MacLean A, Sweeting H, Walker L, Patterson C, Räisänen U, Hunt K (2015). "It's not healthy and it's decidedly not masculine": a media analysis of UK newspaper representations of eating disorders in males. *BMJ Open*, doi: 10.1136/bmjopen-2014-007468.

Bilagor

Bilaga 1. Frågor från General Health Questionnaire, GHQ-12

Bilaga 2. Frågor från WHO-5

Bilaga 1

Frågor från Hälsa Stockholm ur formuläret GHQ12 med olika svarsalternativ:

1. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du gjort?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

2. Har Du haft svårt att sova på grund av oro de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

3. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

4. Har Du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

5. Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

6. Har Du de senaste veckorna känt att Du inte kunnat klara Dina problem?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

7. Har Du de senaste veckorna känt att Du kunnat uppskatta det Du gjort om dagarna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

8. Har Du de senaste veckorna kunnat ta itu med Dina problem?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

9. Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

10. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

11. Har Du tyckt att Du varit värdelös de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

12. Har Du på det hela taget känt Dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

Bilaga 2

Fråga 44

Hur har du mått under *de senaste 2 veckorna*?
Markera ett alternativ på varje rad

Fråga 44 a

Jag har känt mig glad och på gott humör

Svarsalternativ

- Hela tiden
- Mestadels
- Mer än halva tiden
- Ibland
- Aldrig

Fråga 44 b

Jag har känt mig lugn och avslappnad

Svarsalternativ

- Hela tiden
- Mestadels
- Mer än halva tiden
- Ibland
- Aldrig

Fråga 44 c

Jag har känt mig aktiv och kraftfull

Svarsalternativ

- Hela tiden
- Mestadels
- Mer än halva tiden
- Ibland
- Aldrig

Fråga 44 d

Jag har känt mig pigg och utvilad när jag vaknat

Svarsalternativ

- Hela tiden
- Mestadels
- Mer än halva tiden
- Ibland
- Aldrig

Fråga 44 e

Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig

Svarsalternativ

- Hela tiden
- Mestadels
- Mer än halva tiden
- Ibland
- Aldrig

ISBN 978-91-87691-36-2



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING