

Forstyrret spiseadferd blant ungdom¹

Einar Vedul-Kjelsås

Introduksjon

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere beslektede tilstander med varierende alvorlighetsgrad. Felles for spiseforstyrrelser er en forstyrret kroppsopplevelse, med en subjektiv opplevelse av fedme, og en sterk drivkraft for å gå ned i vekt. Det er funnet en rekke risikofaktorer knyttet til personlig sårbarhet når det gjelder å utvikle en spiseforstyrrelse. En sterk risikofaktor er slanking. Spiseforstyrrelser opptrer i hovedsak hos unge kvinner i alderen 15-40 år, men forekommer også blant gutter og menn, samt yngre og eldre enn 15-40 år hos begge kjønn.

Anorexia nervosa (AN)

Motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde som resulterer i 15 % vekttap under forventet normalvekt. Intens frykt for fedme eller for å legge på seg, selv ved undervekt. Forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form, benektelse for at vekttapet er alvorlig, eller at man sterkt knytter selvfølelse til vekt og utseende. Fravær av menstruasjon hos jenter og kvinner.

Bulimia nervosa (BN)

Gjentatte episoder med overspising. Overspising defineres som både 1) spising innefor et avgrenset tidsrom, innenfor hvilket matmengden er større

¹ Artikkelen er skrevet med bakgrunn i forfatterens dr.philos.-avhandling "Eating disorders and physical activity in non-clinical samples", NTNU, Trondheim, 2003.

enn det som kan oppfattes som vanlig, og 2) kontrolltap over spisingen i dette tidsrom, slik at man føler at man ikke kan stoppe spisingen eller regulere mengden av mat. For å forhindre vektøkning eller for å redusere vekten brukes oppkast, avførende midler eller vanndrivende medisiner, eventuelt i kombinasjon med streng faste eller vanndrivende medisiner eller fysisk aktivitet. Selvfølelse er svært knyttet til vekt og utseende.

Binge eating disorder (BED)

Dette dreier seg om overspising uten rennselse, og overvekt er en vanlig konsekvens. Episodene med overspising har mye av den samme karakteren som ved bulimi. På norsk blir denne lidelsen omtalt som patologisk overspising.

Eating disorder not otherwise specified (EDNOS)

Spiseforstyrrelser som ikke oppfyller kriterier for noen spesifikk spiseforstyrrelse.

Kvinner vs. menn

Selv om det er en markert lavere forekomst av spiseforstyrrelser hos menn, så kan fokuseringen på kvinner og spiseforstyrrelser gjøre sitt til at tilstanden overses hos menn. En annen grunn til at menn med spiseforstyrrelser blir underdiagnostisert, er at de uttrykker sin spiseforstyrrelse på en annen måte enn kvinner. Mange er mer opptatt av å få større muskler, heller enn å redusere mengden fett på kroppen, og har ofte en kroppsmasseindeks i øvre normalområde før de slanker seg. Koblingen med kvinner og spiseforstyrrelser, kan ha gjort at menn med disse lidelsene kan nøle lenger med å oppsøke helsevesenet. Dette understreker betydningen av å forbedre diagnostiseringen, da menn kan oppleve skam og stigmatisering fordi de har en kvinnelidelse (Statens Helsetilsyn 2000). Selv om mannsrollen i dag kanskje inneholder flere myke verdier enn tidligere, er det nok fortsatt vanskeligere for menn enn kvinner å vise følelser og svakheter.

Spiseforstyrrelser ser ut til å være et økende problem i den vestlige verden i dag (O'Dea og Abraham 2002). McCallum (1993) har i en review-artikkel referert til en forekomst av anoreksi (AN) på ca 1 % blant unge jenter i vestlige land, og 2-4 % for bulimi (BN). Forekomsten av BN blant unge menn ble satt til ca 0.2 %. Patton m.fl. (1999) har funnet tall for BN på 2.7 % og AN 0.5 % blant 14-15-årige jenter, og BN 0.3 % for gutter

i den alderen. Forekomsten av patologisk overspising vet man lite om, imidlertid har enkelte befolkningsstudier funnet tall fra 0.7-10 % (APA 1994, Bruce og Agras 1992, Drewnowski, Yee og Krahn 1988, Götestam og Agras 1995, Spitzer m.fl. 1993).

Det er viktig å oppdage spiseforstyrrelser tidlig, og prognosen er best for de som kommer tidlig til behandling (Lock m.fl. 2001).

Studier har vist at ca 10 % av de som får anoreksi (AN) eller bulimi (BN) og 25 % av de som får en overspisingslidelse (BED) er menn (APA 1994, Fairburn og Beglin 1990). Videre viser tall at spiseforstyrrelser kan være et økende problem blant unge menn i den vestlige verden (Andersen 1990, O'Dea og Abraham 2002). Studier av ungdom har funnet at selv om gutter oppgir mindre kroppsmisnøye enn jenter, er det relativt mange gutter (5-20 %) som rapporterer begrenset matinntak, oppkast, bruk av avføringsmidler eller røyking for å kontrollere vekten (O'Dea og Abraham 1996).

Nyere studier har hevdet at kvinner og menn med en spiseforstyrrelse viser samme psykososiale symptomer, så vel som forløp og utfall (Woodside 2001, Eliot og Baker 2001). Forstyrret spiseadferd ser ut til å ha liknende mønstre for begge kjønn, men kanskje er det slik at kvinner og menn utvikler lidelsen på forskjellige måter (Andersen og DiDomenico 1992).

Det er flere fordeler og ulemper ved å bruke selvutfyllingsskjema versus intervju når man skal screene en populasjon for å identifisere personer med risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse. Et spørreskjema er økonomisk og relativt raskt å administrere sammenliknet med et klinisk intervju utført av skolert personale (Fichter m.fl. 1998). Skjema kan gi mer nøyaktige data om sensitive og sjenerende temaer, og er mer anonymt.

På den annen side vil flere begreper være vanskelige å måle ved selvutfylling vedrørende spiseadferd. For eksempel kan spørsmål om "en stor mengde mat" og "bekymringer rundt vekt og kroppsform" bli tolket forskjellig, og på samme måte kan det bli uklart hva som ligger i "tap av kontroll" og "overspising". I tillegg kan spørsmål som står ubesvarte gi problemer i forhold til analyse og videre tolking av resultater. Disse aspektene må man være klar over når man forsøker å klassifisere forstyrret spiseadferd basert på spørreskjemadata. Tall fra intervjubaserte studier bekrefter stort sett resultatene fra spørreskjemastudier, men tenderer til å gi noe lavere forekomster (Fairburn og Beglin 1990).

Målsetningen med denne studien var å samle inn spørreskjemadata for gutter og jenter 14-15 år, og presentere DSM-IV (APA 1994) baserte diagnoser for AN, BN, BED og EDNOS. Svært få andre studier har vist tall for begge kjønn i denne aldersgruppen. I tillegg var vi interessert i å studere ulike mønster for forstyrret spiseadferd, så vel som sammenhengen mellom kroppsoppfatning og selvrapportert vekt. I og med at studien omfattet unge deltakere, ble det spesielt fokusert på metodologiske og diagnostiske aspekter.

Metode

Deltakere og prosedyre

Totalt fikk 1987 ungdommer (1034 jenter og 953 gutter) mellom 14 og 15 år utdelt et spørreskjema i klasserommet i skoletiden i 13 ulike ungdomsskoler (9. og 10. klasse) i Sør-Trøndelag fylke (10 skoler var i Trondheim). En forskningsrepresentant var til stede under utfyllingen.

Tillatelser og tilrådninger

Regional komité for medisinsk forskningsetikk ble søkt og tilråding ble gitt. Etter ønske av komiteen ble undersøkelsen også gjennomført blant gutter, for å minske fokuseringen på jentene. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste ble søkt om tillatelse til innsamling, det ble konkludert med at undersøkelsen ikke utløser konsesjonsplikt etter personregisterloven da den er anonym. Dermed trengte en bare passiv tilbakemelding fra foresatte om barnas deltagelse i undersøkelsen.

Kommunale skolemyndigheter ble søkt om tillatelse til gjennomføring av undersøkelsen, og hvis denne ble gitt, ble hver enkelt skole i kommunen tilskrevet med anmodning om å delta. Hvis skolen sa seg villig til å delta ble foresatte orientert gjennom skriftlig informasjon tilsendt hver enkelt skole. Denne ble delt ut av lærer til elevene. Dette var en skriftlig orientering om at en spørreundersøkelse skulle gjennomføres, dens hensikt, fremgangsmåte og hvordan en skulle gå fram for å reservere sine barn mot deltagelse. Alle elever ble gitt samme informasjon om undersøkelsens frivillighet.

Elleve barn fikk ikke lov av foreldrene til å delta i undersøkelsen, og 16 returnerte ufullstendige skjema. Totalt 1960 deltakere (respons rate 98.6%) (1026 jenter (99.2 %) og 934 gutter (98.0 %)) returnerte ferdige

skjema. Dette utvalget representerer 64.2 % av det totale antallet 14- og 15-årige jenter i Trondheim. Tilsvarende tall for hele Sør-Trøndelag fylke var 34.0 %. For guttene var disse tallene henholdsvis 59.3 % og 30.7 %. Av det totale antallet 14-15-åringer i Norge (N =105,619 (2002)), var 1.9% representert i studien.

Måleinstrumenter

En modifisert utgave av den originale Survey for eating disorder (SEDs) ble benyttet. Den modifiserte versjonen består av 28 spørsmål om spisevaner og spiseproblemer, samt fem demografiske spørsmål, høyde og vekt. SEDs gir skjemabaserte diagnoser basert på DSM-IV (APA 1994): anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), og eating disorder not otherwise specified (EDNOS). Versjonen av SEDs brukt i denne studien inkluderte ikke alle spørsmålene som trengs for en full diagnose av binge eating disorder (BED) som er foreslått i DSM-IV.

Den modifiserte versjonen inneholder ikke ”inngangsspørsmålet” i originalversjonen, som kunne ha ført til en underrapportering av AN, restriktiv type (Götestam og Agras 1995). SEDs er blitt brukt i flere tverrsnittsstudier av ulike populasjoner av begge kjønn, og en preliminær validering av skjemaet er gjort på et svensk materiale (Ghaderi og Scott 2002).

Klassifisering av spiseforstyrrelser

Alle diagnoser for spiseforstyrrelser (AN, BED, BN og EDNOS) ble klassifisert, utelukkende basert på deltakernes responser på SEDs. EDNOS ble klassifisert dersom alle kriterier minus ett var oppfylt for AN eller BN. Alle nødvendige kriterier for BED var ikke inkludert i den versjonen av SEDs som ble brukt. Derfor ble det satt en BED for dem som oppfylte kriteriene for BN, men som ikke oppga kompensatorisk adferd (oppkast, avføringsmidler, ekstrem fysisk aktivitet) (Bruce og Agras 1992).

Kroppsvekt og høyde

Selvrapportert høyde og vekt ble omregnet til BMI². BMI-indeksen ble videre delt inn i fire grupper delvis basert på Van Itallie (1985): undervektig (BMI < 21), normalvektig (BMI 21-27.29), overvektig (BMI 27.3-32.29), og ekstremt overvektig (BMI ≥ 32.3). Det ble brukt modifiserte verdier for undervektig (BMI < 19) og normalvektig (BMI 19-

² Body Mass Index: vekt i kilogram delt på kvadratet av høyden.

24.9) som kan være mer passende for unge mennesker (Rosenvinge, Sundgot-Borgen og Børresen 1999). Selv om jenter generelt er funnet å underrapportere egen høyde og vekt (Paxton m.fl. 1991), er det rapportert en korrelasjon på 0.97 mellom faktisk vekt og selvrapportert vekt (Brooks-Gunn m.fl. 1989).

Statistikk

Statistiske analyser ble gjort ved hjelp av SPSS (versjon 10.0, og 11.0). Analyser ble utført med t-test og χ^2 . Signifikansnivået ble satt til $p < 0.05$.

Resultater

Demografiske data for alle deltakerne ($n = 1960$, 1026 jenter, 934 gutter) og gruppene med forstyrret spiseadferd for begge kjønn (FS, $n = 245$, 184 jenter, 61 gutter) er vist i Tabell 1 (se neste side).

Livstids- og punktprevalens av forstyrret spiseadferd

Basert på DSM-IV var total livstidsprevalens av forstyrret spiseadferd for hele utvalget 245 (12.5 %). Blant jentene var tallene 17.9 %: AN 0.7 %, BN 1.2 %, BED 1.5 % og EDNOS 14.6 %. Tilsvarende tall for gutter var 6.5 %, AN 0.2 %, BN 0.4 %, BED 0.9 % og EDNOS 5.0 %. Disse tallene ble beregnet ved hjelp av konservative kriterier for AN. Dette vil si positivt svar på spørsmålet "Har du noen gang veid mindre enn det andre synes du burde", og samtidig skal personen ha en BMI på 17.5 eller lavere (Tabell 2, s. 28).

Beregninger vedrørende menstruasjon

Alle jentene som ble klassifisert med AN (inkl. AN+BN) hadde hatt sin første menstruasjon. Av alle i utvalget hadde 90 (8.77 %) av jentene ikke hatt sin første menstruasjon. Ingen av disse oppfylte de øvrige tre kriteriene for AN. Et totalt antall på 284 jenter (27.8 %) hadde hatt sin første menstruasjon for mindre enn ett år siden, og 198 (19.3 %) oppga ikke denne informasjonen. Av de syv jentene som ble klassifisert med AN, hadde tre (42.9 %) hatt sin første menstruasjon for under ett år siden, og 2 (28.6 %) oppga ikke denne informasjonen.

Forstyrret spiseadferd blant ungdom
Einar Vedul-Kjelsås

Forstyrret spiseadferd blant ungdom
Einar Vedul-Kjelsås

Anoreksi klassifisert uten kriterie D (amenorré) (DSM-IV)

Ytterligere elleve jenter ble klassifisert med en anoreksi dersom kriterie D (amenorré) ble ignorert i beregningene, slik Garfinkel m.fl. (1996) foreslo. Dette ville gitt et totalt antall av 18 jenter med AN (1.8 %). Alle de ytterligere elleve jentene med en anoreksi hadde hatt sin første menstruasjon, og 3 (27.3 %) hadde fått sin første menstruasjon for under ett år siden.

Forekomst av aldersrelatert forstyrret spiseadferd

Flere 15-årige jenter (20.4 %) ble klassifisert med forstyrret spiseadferd, enn 14-årige jenter (15.4 %) ($\chi^2 = 4.04$, $p < 0.05$). Blant guttene ble 7.6 % av 14-åringene klassifisert med forstyrret spiseadferd, sammenliknet med 5.6 % blant 15-åringene ($\chi^2 = 1.09$, $p = 0.29$). Flere 15-årige jenter ($n = 28$, 5.6 %) enn 14-årige jenter ($n = 15$, 2.9 %) drev med overspising ($\chi^2 = 4.01$, $p < 0.05$). Totalt var det 228 jenter (22.4 %) som drev med slanking, og ytterligere 224 (22.0 %) syntes de burde ha slanket seg. Blant guttene var tilsvarende tall henholdsvis 53 (5.7 %), og 93 (10.1 %) (Tabell 3, s. 30).

Blant jentene var det forskjeller mellom de ulike subgruppene av forstyrret spiseadferd i forhold til overspising ($\chi^2 = 28.42$, $p < 0.001$), overspisingsfrekvens ($\chi^2 = 46.82$, $p < 0.001$), oppkast ($\chi^2 = 14.53$, $p < 0.05$) og kompensatorisk adferd ($\chi^2 = 30.87$, $p < 0.001$). De ulike undergruppene for forstyrret spiseadferd blant guttene viste forskjeller i overspising ($\chi^2 = 15.77$, $p < 0.05$), overspisings-frekvens ($\chi^2 = 44.22$, $p < 0.001$), oppkast-frekvens ($\chi^2 = 38.86$, $p < 0.01$), og kompensatorisk adferd ($\chi^2 = 13.39$, $p < 0.01$).

Kroppsoppfatning

Av det totale antallet jenter syntes 331 (32.3 %) de var overvektige (svært/litt). Samtidig ble bare 27 (2.6 %) jenter klassifisert som overvektig (BMI >25). Videre ble 372 (36.3 %) jenter klassifisert som undervektig (BMI < 19) og 470 (45.8 %) som normalvektig (BMI = 19-24.9). Blant guttene så 148 (15.9 %) på seg selv som overvektige, mens 47 (5.1 %) ble klassifisert som overvektig. I tillegg ble 364 (28.3 %) klassifisert som undervektig, og 453 (48.6 %) som normalvektig.

Forstyrret spiseadferd blant ungdom
Einar Vedul-Kjelsås

Av de 331 jentene som så på seg selv som overvektige, ble 243 (73.4 %) klassifisert som normalvektig. For guttene ble 92 (62.1 %) av de 148 som vurderte seg selv som undervektige, klassifisert som normalvektig.

Diskusjon

Forekomstene av AN, BN og BED i denne studien er i hovedsak i overensstemmelse med tidligere ikke-kliniske skole/samfunnsbaserte studier. Imidlertid er tallene for EDNOS relativt høye. Det ble funnet generelt høye tall for gutter med forstyrret spiseadferd, hvorav kjønnsratene (kvinne-mann) for total forstyrret spiseadferd var 1:2.8: AN 1:3.5, BN 1:3, BED 1:1.7 og EDNOS 1:2.9.

Tolkning av resultater

Det er få befolkningsstudier som retter søkelyset på forekomst av spiseforstyrrelser blant unge, og The Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revisjon) (Yager m.fl. 2000) har slått fast at forekomsten av AN og BN blant barn og ungdom er ukjent.

De foreliggende tall på BN er noe lavere enn Drenowski, Yee og Krahn (1988) i college populasjon (BN 2.9-3.3 %). Imidlertid brukte disse forfatterne DSM-III-R (APA 1987), som vil kunne gi noe høyere tall. Tallene på BN i denne studien er svært lik de som tidligere er funnet i eldre kohorter (1 %) (Fairburn og Beglin 1990, Hoek 1993), og er høyere enn de fleste forekomstene som er vist i studier hvor aldersgruppen 11-16 år er studert (Steinhausen, m.fl. 1997). Dette indikerer at BN ser ut til å være et større problem blant ungdom enn tidligere antatt. Resultatene på BED stemmer godt overens med Spitzer m.fl. (1993), men er mye lavere enn Drenowski m.fl. (1988), som brukte mer liberale kriterier ved klassifisering av BED (10 %). AN-tallene i den foreliggende studien er lik den som er funnet i skolebaserte utvalg (Råstam, Gillberg og Garton 1989, Patton m.fl. 1999), men er noe høyere enn tall fra to-steps design studier (0.3 %) (Rosenvinge m.fl. 1999, Hoek 1993). Forekomsten av AN funnet i denne studien ligger nært opptil den som er rapportert i USA (0.48 %) blant 15-19-årige jenter (Lucas m.fl. 1991).

En forekomst av EDNOS på nesten 15 % blant jenter, og 5 % for gutter er betydelig høyere enn tidligere studier på subklinisk forstyrret spiseadferd (3-5 %) (Patton m.fl. 1999, Rosenvinge m.fl. 1999). I den

foreliggende studien ble det brukt spørreskjema, mens de to andre studiene benyttet henholdsvis intervju (Patton m.fl. 1999) og to-steps-design (Rosenvinge m.fl. 1999). Eldre spørreskjema-studier har funnet at 20 % av jenter fra 7-årsalder (Edlund m.fl. 1996), samt 40-80 % av jenter i 12-16-årsalderen (Gresko og Rosenvinge 1998) oppga slanking og et forstyrret tankemønster knyttet til spiseadferd. Eksempler på "forstyrret tankemønster" kan være at noen matvarer er "forbudt å spise", eller at man er overdrevent opptatt av å telle kalorier. Heatherton m.fl. (1995) har funnet høyere forekomst av regelmessig overspising (kvinner 19 %, menn 6 %), og fasting (kvinner 12.4 %, menn 3 %) blant college-studenter.

Nyere studier har vist til at 6 % av laveregradsstudenter har symptomer på bulimi og anoreksi. I tillegg viste 25-40 % av disse unge kvinnene mildere problemer, som bekymring for kroppsbilde, slanking og engstelse for at spisingen deres var ute av kontroll (Tsai, Hoerr og Song 1998).

Resultatene indikerer et relativt høyt antall gutter med forstyrret spiseadferd. Dette er i overensstemmelse med nyere forskning (Woodside m.fl. 2001) som viser til en høyere forekomst av AN blant menn (15 år og eldre) (0.16 %) enn estimerer basert på klinisk virksomhet (0.05 %-0.10 %). En mulig tolkning av dette er at det finnes en god del gutter og menn med spiseproblemer som ikke blir fanget opp. I den foreliggende studien var kjønnsraten for livstidsprevalens av alle typer forstyrret spiseadferd samlet 1:2.8: AN var 1:3.5, BN 1:3, BED 1:1.7 og EDNOS 1:2.9. Dette er høyere enn kliniske funn, samt tidligere studier (APA 1994, Hawley 1985). På den annen side er tallene i den foreliggende studien bedre i overensstemmelse med nyere studier (Woodside m.fl. 2001) som har vist til svært like kjønnsrater for subklinisk BN (menn versus kvinner 1:1.8) og i grupper med subklinisk AN (menn versus kvinner 1:1.5). Kinzl m.fl. (1998) har videre funnet at forekomsten av spiseforstyrrelser er jevnere fordelt på kvinner og menn enn mange tror. Dette funnet hevder Westenhoefer (2001) å kunne underbygge i en studie hvor forekomsten av spiseforstyrrelser blant menn faktisk var sammenliknbar med den for kvinner. Videre har Woodside m.fl. (2001) kommet fram til at kvinner og menn med spiseforstyrrelser er svært like hverandre, noe som kan være betryggende med tanke på diagnosesetting og behandling.

Flere 15-årige jenter enn 14-årige jenter ble klassifisert med forstyrret spiseadferd. Blant guttene var det motsatte tilfellet, noe som står i kontrast

til tidligere forskning som har foreslått en senere debut blant menn (Braun m.fl. 1999).

I den foreliggende studien var de fleste jenter og gutter som ble klassifisert med BED normalvektige. Det var forventet å finne flere overvektige ungdommer i denne gruppen, imidlertid viser andre studier at personer som klassifiseres med BED i befolkningsstudier har mindre sannsynlighet for å være overvektige (Bruce og Agras 1992, Fairburn m.fl. 1998).

Videre var det et betydelig antall deltakere som viste bekymringer for egen kroppsvekt: 70 % av jentene og over 60 % av guttene som vurderte seg selv som overvektige var faktisk undervektige eller normalvektige basert på BMI. I tillegg oppga 44.4 % av jentene at de slanket seg eller at de følte de burde slanke seg. Dette er urovekkende, og kan være et uttrykk for et sosiokulturelt press i forhold til tynnhet og fysisk utseende i den vestlige verden. Ulike signaler og budskap i massemedia kan også være med å påvirke unge menneskers kroppsilde og ønske om å være slank. Det er sannsynlig at instanser som massemedia og moteindustri kan forsterke en allerede begynnende lav selvtillit knyttet til kropp og utseende. Det er behov for studier som kan gi oss flere svar på de komplekse sammenhengene som gjør at både gutter og jenter oppgir overvekt når de blir klassifisert som undervektig eller normalvektig.

Metodologiske aspekter

I og med at klassifiseringen i denne studien er kalkulert uten bruk av intervjuer, bør man tolke resultatene med forsiktighet. Dessuten var deltakerne ungdommer mellom 14 og 15 år, slik at enkelte temaer knyttet til klassifiseringen ble viet spesiell oppmerksomhet. I alt hadde 90 (8.77 %) av jentene i studien ikke opplevd sin første menstruasjon. Ingen av disse oppfylte alle de øvrige kriteriene for AN. I tillegg var det 7 (42.9 %) av jentene som ble klassifisert med AN, som hadde hatt sin første menstruasjon for under ett år siden, og 2 (28.6 %) hadde ikke gitt denne informasjonen. Unge jenter menstruerer uregelmessig som en naturlig del av utviklingen de første 1-2 årene etter debut av menstruasjon (Emans og Goldstein 1990). Som en følge av dette skal man vise forsiktighet ved bruk av amenorré-kriteriet for AN. Følgelig kan det foreslås at dette kriteriet er tentativt på materialer med unge jenter.

Garfinkel m.fl. (1996) har reist tvil om amenorré-kriteriet er nødvendig for diagnostisering av AN. Disse forfatterne klassifiserte en

gruppe kvinner som oppfylte alle AN kriteriene, og en som fylte alle bortsett fra amenorré-kriteriet. Ved videre analyser fant de at gruppene ikke skilte seg vesentlig fra hverandre på en rekke relevante variabler. Ved å ekskludere dette kriteriet fra AN-diagnosen, vil antallet individer som klassifiseres med AN øke. Dette kunne vises i den foreliggende studien ved at eksklusjon av amenorré-kriteriet førte til en økning av AN fra 0.7 % til 1.8 %.

For menn var det i denne studien bare tre kriterier tilgjengelig ved diagnosesetting. Dette kan være et problem, men samme metode er brukt av andre (Woodside m.fl. 2001). I tillegg vil diskusjonen rundt nødvendigheten av amenorré i klassifiseringen av kvinner kunne bli et argument for at 3 kriterier er tilstrekkelig for diagnosesetting i studier med spørreskjema. Man skal likevel være klar over at i en klinisk setting bør en se nærmere på tap av seksuell interesse, impotens og serum testosteron-nivåer ved diagnosesetting og behandling av menn med AN (Andersen 1990). Slike spørsmål bør også formuleres og legges til ved screening av forstyrret spiseadferd blant menn.

Klassifiseringen av BED inkluderte ikke alle nødvendige kriterier som er nevnt i DSM-IV, for eksempel mangler det data på kriteriet "regelmessig overspising 2 dager i uken i 6 måneder". På bakgrunn av dette kunne man hevde at BED-gruppene i denne undersøkelsen burde vært navngitt "subklinisk"-BED. Slik sett bør man vise forsiktighet når man sammenlikner forekomsten av BED i denne studien med andre studier. På den annen side har Striegel-Moore m.fl. (2000) vist til at en gruppe med full BED-diagnose ikke skilte seg fra en gruppe med subklinisk-BED (overspising en gang i måneden i 6 måneder) på følgende mål: vekt- og kroppsbekymring, slankeadferd, psykologisk stress, og i hvilken grad de hadde søkt behandling for et spise- eller vektproblem. Denne likheten er også vist i en ny multisenter studie (Crow m.fl. 2002). Flere eksperter på feltet har kritisert kriteriet om 2 overspisinger i uken i 6 måneder, og hevder det kan være arbitrært og for strengt (Bruce og Agras 1992, Hay og Fairburn 1998).

Ghaderi og Scott (2002) har validert SEDs på et klinisk kvinnelig materiale og har rapportert høy sensitivitet og positiv prediktiv verdi vedrørende klassifisering av personer med en spiseforstyrrelse. De samme forfatterne har også demonstrert god validitet og svært god test-retest reliabilitet for SEDs når den ble validert mot The Eating Disorders Inventory (EDI) i en gruppe studenter av begge kjønn. I populasjoner med

relativt sjeldne alvorlige lidelser (lav forekomst) som det finnes behandling for, er sensitivitet og positiv prediktiv verdi de viktigste egenskapene til en test (Williams, Hand og Tarnopolsky 1982, Hsu 1996).

Det er en utfordring å konstruere spørreskjema som er korte, lettforståelige, enkle å fylle ut, og som nøyaktig skiller mellom de med og uten en spiseforstyrrelse blant unge menn og kvinner. Forekomstene av 14-15-årige gutter i denne undersøkelsen burde tolkes med forsiktighet av flere grunner. En kan spekulere i at enkelte har vært fristet til å svare avvisende og fiktivt på temaer om forstyrret spiseadferd som ikke appellerer til dem. Imidlertid er alle skjemaene gått nøye igjennom med den hensikt å ekskludere inkonsistente utfyllinger.

Konklusjoner

Livstids- og punktprevalensene for AN, BN og BED var i overensstemmelse med tidligere studier blant ungdom referert i The American Psychiatric Association (APA 1994), med noe høyere tall for gutter. Tallene for EDNOS var oppsiktsvekkende, og selv om der er basert på spørreskjema, kan de indikere en økt risiko for utvikling av spiseforstyrrelser blant gutter i 14-15-årsalderen.

Kjønnsratene for livstidsprevalens av en eller annen type forstyrret spiseadferd samlet var 1:2.8: AN 1:3.5, BN 1:3, BED 1:1.7 og EDNOS 1:2.9. Et urovekkende antall jenter og gutter uttrykte følelser av overvekt, når de basert på BMI var klassifisert som undervektig eller normalvektig.

Litteratur

- American Psychiatric Association 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. rev. utgave). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. rev. utgave). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andersen, A.E., red. 1990. *Males with Eating Disorders*. New York: Brunnel/Mazel.
- Andersen, A.E. og DiDomenico, L. 1992. Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders* 11: 283-287.

- Braun, D.L., Sunday, S.R., Huang, A. og Halmi, K.A. 1999. More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 25: 415-424.
- Brooks-Gunn, J., Attie, I., Burrow, C., Rosso, J.T. og Warren, M. 1989. The impact of puberty on body and eating concerns in athletic and nonathletic contexts. *Journal of Early Adolescence* 9: 269-290.
- Bruce, B. og Agras, S. 1992. Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders* 1: 365-373.
- Crow, S.J., Agras, S., Halmi, K., Mitchell, J.E. og Kraemer, H.C. 2002. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders* 32 (3): 309-318.
- Drewnowski, A., Yee, D.K. og Krahn, D.D. 1988. Bulimia in college women: incidence and recovery rates. *American Journal of Psychiatry* 145: 753-755.
- Edlund, B., Halvarsson, K. og Sjöden, P.O. 1996. Eating behaviors, and attitudes to eating, dieting and body image in 7-year-old Swedish girls. *European Eating Disorders Review* 4: 40-53.
- Eliot, A.O. og Baker, C.W. 2001. Eating disordered adolescent males. *Adolescence* 36: 535-543.
- Emans, S.J. og Goldstein, D.P. 1990. *Pediatric and Adolescent Gynecology* (3. utgave). Boston/Toronto/London: Little, Brown and Company.
- Fairburn, C.G. og Beglin, S.J. 1990. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal Psychiatry* 147: 401-408.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.H., Davies, B.A. og O'Connor, M.E. 1998. Risk factors for Binge Eating Disorder. A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry* 55: 425-432.
- Fichter, M.M., Herpertz, S., Quadflieg, N. og Herpertz-Dahlmann, B. 1998. Structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10: Updated (Third) revision. *International Journal of Eating Disorders* 24: 227-249.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, S. og Woodside, D. 1996. Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *British Journal of Psychiatry* 168: 500-506.
- Ghaderi A. og Scott B. 2002. The preliminary reliability and validity of the Survey for Eating Disorders (SEDs): A self-report questionnaire for diagnosing eating disorders. *European Eating Disorder Review* 10: 61-76.
- Gresko, R.B. og Rosenvinge, J.H. 1998. The Norwegian school-based prevention model – development and validation. I: Vandereycken, W. og G. Noordenbos, red. *Prevention of Eating Disorders*. London: Athlone Press.
- Götestam, K.G. og Agras, W.S. 1995. A general population based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders* 1: 119-126.
- Hawley, R.M. 1985. The outcome of anorexia nervosa in younger subjects. *British Journal of Psychiatry* 146: 657-660.
- Hay, P. og Fairburn, C.G. 1998. The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 23: 7-15.
- Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F. og Keel, P. 1995. Body weight, dieting and eating disorder symptoms among college students, 1982-1992. *American Journal of Psychiatry* 152: 1623-1629.
- Hoek, H.W. 1993. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry* 5: 61-74.

- Hsu, L.K. 1996. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 19: 681-700.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E. og Biebl, W. 1998. Erstörungen bei Frauen: eine repräsentativerhebung. [Eating disorders in women: a representative study]. *Zeitschrift für Ernährungswissenschaft* 37: 23-30.
- Lock, J., LeGrange, D., Agras, W.S. og Dare, C. 2001. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa – a Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M. og Kurland, L.T. 1991. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry* 148: 971-922.
- McCallum, K. 1993. Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 6: 480-485.
- O'Dea, J.A. og Abraham, S. 2002. Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health* 50: 273-278.
- O'Dea, J.A. og Abraham, S. 1996. Food habits, body image and weight control practices of young male and female adolescents. *Australian Journal Nutritional Dietetics* 53: 32-38.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B., Wolfe, R. 1999. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal* 318: 765-768.
- Paxton, S.J., Wertheim, E.H., Gibbons, K., Szmukler, G.L., Hillier, L. og Petrovich, J.L. 1991. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence* 20: 361-379.
- Rosenvinge, J.H., Sundgot-Borgen, J. og Børresen, R. 1999. The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-year-old students: a controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review* 7: 382-391.
- Råstam, M., Gillberg, C. og Garton, M. 1989. Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *British Journal of Psychiatry* 155: 642-646.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. og Horne, R.L. 1993. Binge eating disorders: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders* 13: 137-153.
- Statens Helsetilsyn 2000. *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i Spesialisthelsetjenesten*, nr. 7.
- Steinhausen, H.C., Winkler, C. og Meier, M. 1997. Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders* 22: 147-151.
- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Solomon, E.E., Fairburn, C.G., Pike, K.M. og Wilfley, D.E. 2000. Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 27: 270-278.
- Tsai, C.Y., Hoerr, S.L. og Song, W.O. 1998. Dieting behavior of Asian college women attending a US university. *Journal of American College Health* 46: 163-168.
- Van Itallie, T.B. 1985. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Annals of Internal Medicine* 103: 983-988.
- Westenhoefer, J. 2001. Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders* 29 (4): 477-481.
- Williams, P., Hand, D. og Tarnopolsky, A. 1982. The problem of screening for uncommon disorders – a comment on the Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine* 12: 431-434.
- Woodside, D., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldbloom, D.S. og Kennedy, S.H. 2001. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men

without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry* 158: 570-574.

Yager, J.Y., Andersen, A., Devlin, M., Egger, H., Herzog, D., Mitchell, J., Powers, P., Yates, A. og Zerbe, K. 2000. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry* 157 (1), January, Supplement.

Einar Vedul-Kjelsås
Institutt for Nevromedisin
Det Medisinske Fakultet, NTNU
NO-7094 Trondheim, Norge
e-post: kjein@ntnu.no

Tabell 1. Demografiske variabler for hele utvalget (n= 1960, 1026 jenter (J), 934 gutter (G)), og gruppene med forstyrret spiseadferd (FS) for begge kjønn (n= 245, 184 jenter, 61 gutter).

Variabel	J (1)		G (2)		FS J (3)		FS G (4)		Signifikans	Signifikans ^a	Signifikans ^a
	n = 1026		n = 934		n = 184		n = 61		1 vs 2	1 vs 3	2 vs 4
Alder, år (SD)	14.49	(0.50)	14.50	(0.50)	14.61	(0.50)	14.42	(0.50)	t = 0.38 p<.07	t = 2.45*	t = -1.17 p =.24
BMI ^b (kg/m ²), M (SD)	19.67	(2.79)	20.42	(3.30)	20.09	(3.70)	21.37	(4.00)	t = 4.98***	t = 2.11*	t = 2.01*
Skoletype, no (%)											
By	774	(75.4)	706	(75.6)	131	(71.2)	44	(72.1)	χ ² = 0.00 p = .95	χ ² = 0.60 p = .44	χ ² = 0.11 p =.74
Land	210	(20.5)	194	(20.8)	41	(22.3)	14	(22.9)			
BMI klasse: no. (%)											
Undervekt (<19)	372	(36.3)	264	(28.3)	58	(31.5)	12	(19.7)	χ ² = 17.60**	χ ² = 4.64 p = .20	χ ² = 2.96 p =.39
Normalvekt (19-24.89)	470	(45.8)	453	(48.5)	94	(51.1)	29	(47.5)			
Overvekt (24.9-32.29)	22	(2.1)	36	(3.5)	3	(1.6)	4	(6.6)			
Ekstr. overvekt (≥ 32.3)	5	(0.5)	11	(1.2)	2	(1.1)	1	(1.6)			

^aGruppene i tabellen er total utvalg og FS utvalg (jenter og gutter). I analysene er FS utvalget, og de øvrige utvalget brukt (jenter n = 842, gutter n = 873).

^bBody mass indeks (kg*m²)

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Tabell 2. Livstids- og punktprevalens av anoreksi (AN)*, bulimi (BN), patologisk overspising (BED), uspesifikk forstyrret spiseadferd (EDNOS) blant jenter og gutter.

	Livstid		Punkt	
Kjønn	Jenter (n=1026)	Gutter (n=934)	Jenter (n=1026)	Gutter (n=934)
	(%)	(%)	(%)	(%)
BN (ekskl BN + AN)	12 (1.2)	4 (0.4)	5 (0.5)	3 (0.3)
Komorbiditet BN+AN	0	0	0	0
AN (inkl AN + BN)	7 (0.7)	2 (0.2)	6 (0.6)	2 (0.2)
BED	15 (1.5)	8 (0.9)	4 (0.4)	4 (0.4)
EDNOS	150 (14.6)	47 (5.0)	67 (6.5)	17 (1.7)
Total FS	184 (17.9)	61 (6.5)	82 (8.0)	26 (2.5)

Merknad. Dobbeltdiagnoser av BN + AN er inkludert i AN på en hierarkisk måte. Antallet dobbeltdiagnoser er derfor indikert separat i tillegg til det totale antallet av BN og AN.

* De engelske forkortelsene er brukt for subgruppene av forstyrret spiseadferd; anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge eating disorder (BED), eating disorders not otherwise specified (EDNOS) da disse er mest brukt i litteraturen.

Tabell 3. Forekomst av problematisk adferd knyttet til mat og måltider relatert til alder blant jenter og gutter.

	Jenter				Gutter			
	14 (n = 520)	15 (n = 500)	Signifikans		14 (n = 463)	15 (n = 461)	Signifikans	
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
Slanking	111 (21.3)	117 (23.4)	$\chi^2 = 0.51, p = 0.48$		29 (6.3)	24 (5.29)	$\chi^2 = 0.30, p = 0.58$	
Ønske om slanking	111 (21.3)	113 (22.6)	$\chi^2 = 0.17, p = 0.68$		46 (9.9)	47 (10.2)	$\chi^2 = 0.00, p = 0.98$	
Overspising (nå)	15 (2.9)	28 (5.6)	$\chi^2 = 4.01, p < 0.05$		8 (1.7)	14 (3.0)	$\chi^2 = 1.19, p = 0.28$	
Overspising (før)	53 (10.2)	71 (14.2)	$\chi^2 = 3.47, p = 0.06$		22 (4.8)	28 (6.1)	$\chi^2 = 0.55, p = 0.46$	
Kaste opp e. måltid (nå)	21 (4.0)	28 (5.6)	$\chi^2 = 1.04, p = 0.31$		4 (0.9)	4 (0.9)	$\chi^2 = 0.00, p = 1.00$	
Kaste opp e. måltid (før)	49 (9.4)	66 (13.2)	$\chi^2 = 3.27, p = 0.07$		10 (2.2)	7 (1.5)	$\chi^2 = 0.23, p = 0.63$	
Kompensatorisk adferd*	91 (18.2)	108 (21.8)	$\chi^2 = 1.81, p = 0.18$		25 (5.5)	22 (4.8)	$\chi^2 = 0.10, p = 0.75$	
Overdreven trening	141 (27.1)	132 (26.4)	$\chi^2 = 0.04, p = 0.85$		81 (17.5)	53 (11.5)	$\chi^2 = 6.23, p < 0.05$	
Sum alle typer FS	80 (15.4)	102 (20.4)	$\chi^2 = 4.04, p < 0.05$		35 (7.6)	26 (5.6)	$\chi^2 = 1.09, p = 0.29$	
BMI (kg/m ²), M (SD)	19.35 2.96	19.99 2.57	$t = -3.40, p < 0.05$		20.13 3.46	20.69 3.07	$t = -2.36, p < 0.05$	
Debutald. oppkast, M (SD)	12.74 1.42	13.48 1.25	$t = -3.50, p < 0.01$		10.77 1.92	12.36 1.63	$t = -2.17, p < 0.05$	

*Oppkast, laksativer, diuretika, streng diett, fasting, overdreven trening.

Merknad. Antall deltakere i hver analyse og derav prosentene vil variere avhengig av hvor mange som svarte de ulike spørsmålene. En person kan befinne seg i flere enn en av de forskjellige typene problematisk adferd.