

Psykisk og fysisk helbred og risikoadfærd for spiseforstyrrelser hos kvinder på 16-29 år

Overlæge Mette Waaddegaard, cand.stat. Michael Davidsen & cand.psych. Mette Kjølner

Statens Institut for Folkesundhed, København

Resume

Introduktion: Mulighederne for ved andre fysiske og psykiske helbredsdeleteranter at forbedre tidlig opsporing af spiseforstyret adfærd hos unge kvinder undersøges.

Materiale og metoder: Undersøgelsen er en repræsentativ tværsnitsundersøgelse af kvinder på 16-29 år og er en del af Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen i 2005. Efter et personligt interview besvarede 53,3% af deltagerne spørgsmål i et screeningsinstrument, RiBED-8, hvormed man kan identificere risikoadfærd for spiseforstyrrelser, og andre helbredsrelaterede spørgsmål. Relativ risiko (RR) for udvikling af risikoadfærd anvendes til at belyse effekten af de valgte variable på risikoadfærd for spiseforstyrrelse. Analyser af bortfaldet viste ingen effekt af dette på forekomst af risikoadfærd.

Resultater: 19% af kvinderne på 16-29 år havde risikoadfærd for spiseforstyrrelser. Øget RR for at have risikoadfærd for spiseforstyrrelser ses hos kvinder med sygefravær og psykiske gener såsom ængstelse, nervøsitet og tristhed det meste af tiden i de seneste 2-4 uger og selvmordstanker det seneste år. Ligeledes sås det, at overvægt, ønske om vægttab og intens motion også havde sammenhæng med øget forekomst af risikoadfærd.

Konklusion: Der er gode muligheder for tidlig identificering af risikoadfærd for spiseforstyrrelser hos unge kvinder, da de ofte henvender sig til de praktiserende læger med overvejende psykiske gener, overvægt og ønske om vægttab.

Unge kvinder med spiseforstyrrelser henvender sig oftere end andre til lægen, men de har oftest uspecifikke gener og har generelt større risiko for at have emotionelle og fysiske problemer end deres jævnaldrende [1-3]. Identifikation af spiseforstyrrelser må derfor ofte tage udgangspunkt i uspecifikke gener og symptomer [3], idet prognosen er afhængig af, om spiseforstyrrelsen opdages og behandles tidligt, eller om den når at blive manifest og evt. kronisk [4]. Desværre er det påvist, at f.eks. praktiserende læger kun opdager ca. 11% af tilfældene med bulimi og ca. 43% af tilfældene med anoreksi, og endnu færre henvises til specialbehandling [1]. Det er derfor nødvendigt at forbedre lægernes muligheder for at se de tidlige tegn på spiseforstyrrelser.

Risikoadfærd for spiseforstyrrelser er et samlet udtryk for tidlige tegn på spiseforstyret adfærd. Det drejer sig om adfærd og holdninger i forhold til selvfølelse, kropsofattelse, spisevaner og vægtkontrol, der øger risikoen for at få spisefor-

styrrelser, fysiske helbredsproblemer og nedsat psykosocial trivsel [5, 6].

Formål

Vi ønsker at identificere helbredsrelaterede fysiske og psykiske determinanter for forekomsten af risikoadfærd for spiseforstyrrelser hos unge kvinder på 16-29 år for således at øge mulighederne for tidligt at kunne opdage spiseforstyret adfærd hos unge kvinder, der har uspecifikke gener og symptomer.

Materiale

Data stammer fra den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2005 (SUSY-2005) [7] og omfatter kvinder på 16-29 år. Der indgik 913 kvinder, der alle blev inviteret til et personligt interview og efterfølgende blev bedt om at besvare et selvadministreret spørgeskema. I alt deltog 614 kvinder i interviewet (67,3%), og 487 returnerede spørgeskemaet (53,3%).

Metoder

I SUSY-2005 belyses en lang række indikatorer for livsstil og sundheds- og sygelighedstilstand. Baseret på undersøgelser om opsporing af spiseforstyret adfærd i almen praksis [2, 3] er følgende variable udvalgt: alder, skoleuddannelse, samlivsforhold, social status og fødested. Der blev spurgt om kontakter til egen læge i de seneste tre måneder, sygefravær fra arbejde de seneste 14 dage, selv vurderet helbred, langvarig sygdom samt psykiske og fysiske symptomer inden for de seneste to og fire uger, *body mass index* (BMI), fysisk aktivitet, ønske om vægttab, ønske om hjælp til vægtændring, daglig rygning, alkoholforbrug og brug af hash eller andre illegale stoffer inden for det seneste år, selvmordstanker det seneste år og selvmordshandlinger tidligere samt udsættelse for seksuelle eller voldelige overgreb inden for det seneste år [7].

Stikprøven blev opdelt i to aldersgrupper: 16-19 år og 20-29 år. BMI blev udregnet fra selvrapporeret højde og vægt. Idet BMI på 20,0-24,9 for voksne anses for at være klinisk ønskværdigt [8], blev BMI kategoriseret i fire grupper BMI < 20, BMI 20-24,9, BMI 25-29,9 og BMI ≥ 30. BMI baseret på selvrapporerede data i epidemiologiske studier er lavere end BMI baseret på objektive målinger, hvorfor forekomsten af overvægt underestimeres, men vurderes at være sufficient til vores formål [9].

Risk Behaviour related to Eating Disorders - 8 items (RiBED-8), et screeningsinstrument til identifikation af risikoadfærd for spiseforstyrrelser blandt kvinder, er valideret i et spørge-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

skemastudie med efterfølgende kliniske interview blandt 14-21-årige skole- og gymnasieelever i 1996 og i en opfølgingsundersøgelse i 1998 [5, 6]. Der er otte spørgsmål (**Table 1**) med fire svarmuligheder: meget ofte, ofte, sjældent, aldrig eller rigtigt, næsten rigtigt, kun lidt rigtigt, forkert. Tre positive besvarelser indikerer risikoadfærd. De psykometriske egenskaber er fundet tilfredsstillende (sensitivitet: 0,89, specificitet: 0,64). Personer med risikoadfærd har senere 5,6 gange øget forekomst af spiseforstyrrelser [5, 6].

Statistiske metoder

Kun personer, der havde besvaret alle otte spørgsmål i RiBED-8, blev inkluderet. Alle resultater blev vægtede for at kompensere for regional stratificering i dataindsamlingen [7].

Til at belyse betydningen af de valgte forklarende variable på risikoadfærd for spiseforstyrrelse blev der analyseret på relativ risiko (RR) ved brug af en generaliseret lineær model med log link-funktion (PROC GENMOD i SAS v9). RR for risikoadfærd vises for hver variabel med 95% sikkerhedsinter-

val (SI), kontrolleret for alder og BMI. Der er benyttet Wald-test til en samlet vurdering af hver enkelt forklarende variabel. Som signifikansniveau er anvendt 5%.

Bortfaldsanalyser

Effekten af bortfaldet på forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser blev undersøgt ved at kalibrere for bortfaldet [10]. I disse analyser kalibreredes forekomst af risikoadfærd i forhold til alder, BMI, uddannelse, fysisk aktivitet, rygning, alkoholforbrug, selv vurderet helbred og civilstand. Den totale forekomst af risikoadfærd var stort set konstant, idet kalibrering maksimalt ændrede forekomsten af risikoadfærd med 0,1 procentpoint. Et tilsvarende resultat blev fundet i undergruppen defineret ved alder og BMI (data er ikke vist).

Resultater

I alt 472 kvinder besvarede alle otte spørgsmål i RiBED-8. For hele aldersgruppen var forekomsten af risikoadfærd for spiseforstyrrelser 19% (SI: 15-22). **Table 2** viser de sociodemografiske data, hvor der ikke er forskel i RR for risikoadfærd for spiseforstyrrelser i aldersgrupper, socioøkonomisk status, skoleuddannelse, samlivsstatus og fødeland.

Table 3 viser en ikke-signifikant sammenhæng med mange lægebesøg og forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser, RR for risikoadfærd er 1,67 (SI: 0,97-2,90). Kvinder, der havde haft sygefravær fra arbejde i de seneste 14 dage, havde signifikant øget RR på 1,79 (SI: 1,13-2,83) for at have risikoadfærd for spiseforstyrrelser, men forskellen forsvandt ved kontrol for BMI. Kvinder, der i de seneste 14 dage havde gener med ængstelse og nervøsitet, havde en signifikant øget RR på 1,61 (SI: 1,06-2,45) for risikoadfærd for spiseforstyrrelser efter kontrol for såvel alder som BMI, ligesom kvinder, der følte sig

Table 1. De otte udsagn, der skal besvares i *Risk Behaviour related to Eating Disorders – 8 items*.

Nr.	Udsagn
1.	Jeg har dårlig samvittighed, når jeg spiser slik
2.	Jeg er på slankekur
3.	Jeg er tilfreds med mine spisevaner
4.	Jeg kaster op for at komme af med det, jeg har spist
5.	Det er ubehageligt for mig at spise sammen med andre
6.	Jeg er bange for, at jeg ikke kan holde op med at spise, når jeg først er begyndt
7.	Jeg føler, det er nødvendigt at følge en streng diæt eller overholde andre madritualer for at kontrollere, hvad jeg spiser
8.	Jeg føler, at mit ønske om at tabe mig har taget overhånd

Table 2. Forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser fordelt på sociodemografiske karakteristika. Relativ risiko (RR) for udvikling af spiseforstyrrelser, kontrolleret for alder og *body mass index* (BMI).

Variabel	% (n = 487)	% med risikoadfærd (95% SI)	RR kontrolleret for alder (95% SI)	p	RR kontrolleret for alder og BMI (95% SI)	p																																																																																				
<i>Alder</i>																																																																																										
16-19 år	24	17 (11-25)	0,89 (0,57-1,4)	0,61	1,1 (0,70-1,73)	0,67																																																																																				
20-29 år	76	19 (15-23)	1		1		<i>Socioøkonomisk status</i>							Uddannelsessøgende	49	20 (15-25)	1	0,61	1	0,60	Lønmodtager, selvstændig	43	17 (13-23)	0,80 (0,52-24)	0,80 (0,53-1,23)	Uden for arbejdsmarked, arbejdsløs	7	20 (10-36)	0,93 (0,45-1,92)	0,92 (0,45-1,85)	<i>Skolegang</i>							Går stadig i skole	8	15 (7-30)	1	0,76	1	0,98	Folkeskole 7-11 år	29	20 (15-28)	1,29 (0,54-3,07)	1,05 (0,44-2,49)	Studerer- hf-eksamen (inkl. HHX og HTX)	63	19 (15-23)	1,14 (0,48-2,73)	1,08 (0,45-2,57)	<i>Samlivsstatus</i>							Gift/samlevende	51	20 (15-25)	1,14 (0,73-1,77)	0,56	1,09 (0,73-1,65)	0,66	Enlig	49	17 (13-23)	1	1	<i>Født i Danmark</i>							Ja	95	18 (15-22)	0,60 (0,31-1,17)	0,18	0,61 (0,32-1,15)	0,18	Nej	5	30 (15-51)
<i>Socioøkonomisk status</i>																																																																																										
Uddannelsessøgende	49	20 (15-25)	1	0,61	1	0,60																																																																																				
Lønmodtager, selvstændig	43	17 (13-23)	0,80 (0,52-24)		0,80 (0,53-1,23)																																																																																					
Uden for arbejdsmarked, arbejdsløs	7	20 (10-36)	0,93 (0,45-1,92)		0,92 (0,45-1,85)																																																																																					
<i>Skolegang</i>																																																																																										
Går stadig i skole	8	15 (7-30)	1	0,76	1	0,98																																																																																				
Folkeskole 7-11 år	29	20 (15-28)	1,29 (0,54-3,07)		1,05 (0,44-2,49)																																																																																					
Studerer- hf-eksamen (inkl. HHX og HTX)	63	19 (15-23)	1,14 (0,48-2,73)		1,08 (0,45-2,57)																																																																																					
<i>Samlivsstatus</i>																																																																																										
Gift/samlevende	51	20 (15-25)	1,14 (0,73-1,77)	0,56	1,09 (0,73-1,65)	0,66																																																																																				
Enlig	49	17 (13-23)	1		1																																																																																					
<i>Født i Danmark</i>																																																																																										
Ja	95	18 (15-22)	0,60 (0,31-1,17)	0,18	0,61 (0,32-1,15)	0,18																																																																																				
Nej	5	30 (15-51)	1		1																																																																																					

SI = sikkerhedsinterval

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

nedtrykte/deprimerede, havde en RR på 1,64 (SI: 1,05-2,56) for risikoadfærd for spiseforstyrrelser.

Næsten halvdelen af de få kvinder, der gennem fire uger det meste af tiden følte sig meget nervøse, havde risikoadfærd for spiseforstyrrelser med en RR på 2,02 (SI: 1,24-3,29) ligesom kvinder, der følte sig nedtrykte havde RR for risikoadfærd for spiseforstyrrelser på 2,31 (SI: 1,07-4,98). Der sås tilsvarende signifikant højere forekomster og forhøjede RR for risikoadfærd hos kvinder, der kun sjældent var psykisk velbefindende, rolige, veloplagte eller fulde af energi. Derimod var der ingen statistisk signifikant effekt på risikoadfærd for spiseforstyrrelser af selvurderet helbred, langvarige sygdomme og fysiske gener og symptomer i de seneste 14 dage samt at føle sig trist til mode, udslidt eller træt i de seneste fire uger.

Kvinder med selvmordstanker i det seneste år havde en

signifikant øget RR på 1,58 (SI: 1,05-2,39) for risikoadfærd for spiseforstyrrelser, hvorimod tidligere selvmordsforsøg eller seksuelle eller fysiske overgreb inden for det seneste år ikke havde sammenhæng med risikoadfærd for spiseforstyrrelser.

Tabel 4 viser, at der ikke sås statistisk signifikant sammenhæng mellem daglig rygning, overskridelse af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse for kvinder, brug af hash og brug af andre illegale stoffer inden for det seneste år og forekomsten af risikoadfærd for spiseforstyrrelser. Derimod ses det i Tabel 4, at jo højere BMI, desto større hyppighed af risikoadfærd for spiseforstyrrelser. For kvinder med et BMI på 25-29,9 var RR for forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser 1,71 (SI: 1,12-2,63) i forhold til normalvægtige, og for kvinder med et BMI ≥ 30 var RR for risikoadfærd 2,11 (SI: 1,19-3,73), når der kontrolleredes for alder.

Tabel 3. Forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser vedrørende sygdomsadfærd og sygelighed. Relativ risiko (RR) for udvikling af spiseforstyrrelser, kontrolleret for alder og *body mass index* (BMI).

Variabel	% (n = 487)	% med risikoadfærd (95% SI)	RR kontrolleret for alder (95% SI)	p	RR kontrolleret for alder og BMI (95% SI)	p
<i>Kontakt med praktiserende læge i de seneste 3 mdr.</i>						
Nej	59	18 (14-23)	1		1	
Ja, 1-3 gange	36	17 (12-24)	0,93 (0,62-1,4)	0,22	0,93 (0,63-1,39)	0,24
Ja, 4+ gange	5	33 (18-53)	1,79 (0,96-3,33)		1,67 (0,97-2,90)	
<i>Sygefravær fra arbejde i de seneste 14 dage</i>						
Nej	82	18 (14-24)	1		1	
Ja	18	33 (22-46)	1,79 (1,13-2,83)	0,02	1,48 (0,95-2,33)	0,10
<i>Nuværende helbredstilstand (selvurderet helbred)</i>						
Virkelig god – god	90	18 (15-22)	1		1	
Nogenlunde – dårlig – meget dårlig	10	27 (16-41)	1,48 (0,88-2,49)	0,17	1,38 (0,84-2,26)	0,23
<i>Lider af langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller har anden langvarig lidelse</i>						
Nej	69	19 (16-24)	1		1	
Ja	31	17 (12-24)	0,87 (0,57-1,31)	0,49	0,85 (0,57-1,27)	0,42
<i>Gener i de seneste 14 dage</i>						
Hovedpine	40	21 (16-27)	1,20 (0,83-1,74)	0,33	1,15 (0,80-1,65)	0,45
Søvnbesvær/søvnløshed	15	26 (17-37)	1,51 (0,97-2,33)	0,08	1,24 (0,80-1,92)	0,36
Træthed	37	16 (11-22)	0,76 (0,51-1,14)	0,18	0,75 (0,51-1,12)	0,15
Mavesmerter	14	17 (10-28)	0,93 (0,53-1,62)	0,79	0,95 (0,55-1,63)	0,84
Fordøjelsesbesvær	9	22 (12-37)	1,19 (0,65-2,18)	0,59	0,90 (0,50-1,64)	0,73
Ængstelse og nervøsitet	12	30 (20-40)	1,76 (1,13-2,74)	0,02	1,61 (1,06-2,45)	0,04
Nedtrykthed og depression	12	27 (17-40)	1,54 (0,96-2,48)	0,10	1,64 (1,05-2,56)	0,05
<i>Symptomer i de seneste 4 uger. Har hele tiden, det meste af tiden, en hel del af tiden følt sig</i>						
Meget nervøs	3	49 (27-71)	2,72 (1,58-4,67)	< 0,01	2,02 (1,24-3,29)	0,03
Langt nede	2	44 (21-70)	2,39 (1,20-4,75)	0,05	2,31 (1,07-4,98)	0,055
Trist til mode	5	28 (15-48)	1,54 (0,81-2,93)	0,23	1,61 (0,91-2,83)	0,16
Udslidt	7	30 (18-46)	1,67 (0,97-2,86)	0,09	1,69 (1,01-2,81)	0,08
Træt	22	22 (15-30)	1,20 (0,79-1,83)	0,4	1,27 (0,84-1,92)	0,27
<i>Symptomer i de seneste 4 uger. Har sjældent følt sig</i>						
Glad og tilfreds	19	30 (21-40)	1,82 (1,24-2,69)	< 0,01	1,75 (1,21-2,53)	< 0,01
Veloplagt og fuld af liv	24	26 (19-34)	1,54 (1,05-2,27)	0,04	1,54 (1,07-2,23)	0,03
Rolig og afslappet	29	29 (22-37)	1,85 (1,35-2,81)	< 0,01	1,95 (1,38-2,76)	< 0,01
Fuld af energi	39	26 (20-32)	1,80 (1,24-2,60)	< 0,01	1,68 (1,17-2,43)	< 0,01
<i>I det sidste år</i>						
Haft selvmordstanker	15	27 (18-38)	1,60 (1,03-2,48)	0,05	1,58 (1,05-2,39)	0,05
Været udsat for seksuelle overgreb	7	12 (5-28)	0,64 (0,25-1,67)	0,33	0,60 (0,23-1,53)	0,23
Været udsat for fysisk vold/overgreb	9	26 (15-40)	1,47 (0,85-2,53)	0,20	1,40 (0,85-2,31)	0,23
Nogensinde forsøgt at tage sit eget liv	6	15 (7-32)	0,82 (0,35-1,94)	0,64	0,95 (0,41-2,25)	0,92

SI = sikkerhedsinterval

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 4. Forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser vedrørende livsstil og sundhedsadfærd. Relativ risiko (RR) for udvikling af spiseforstyrrelser, kontrolleret for alder og *body mass index* (BMI).

Variabel	% (n = 487)	% med risikoadfærd (95% SI)	RR kontrolleret for alder (95% SI)	p	RR kontrolleret for alder og BMI (95% SI)	p
<i>Daglig rygning</i>						
Ja	23	22 (15-31)	1,26 (0,83-1,90)	0,29	1,25 (0,84-1,86)	0,28
<i>Drikker over 14 genstande pr. uge</i>						
Ja	9	24 (13-38)	1,33 (0,75-2,35)	0,35	1,41 (0,80-2,48)	0,26
BMI						
< 20 kg/m ²	22	8 (4-15)	0,44 (0,22-0,88)	< 0,01	0,45 (0,23-0,90)	< 0,01
20-24,9 kg/m ²	58	18 (14-23)	1		1	
25-29,9 kg/m ²	15	30 (21-42)	1,71 (1,12-2,63)		1,69 (1,10-2,59)	
≥ 30 kg/m ²	5	38 (21-57)	2,11 (1,19-3,73)		2,10 (1,19-3,71)	
<i>Ønsker hjælp til vægtændring</i>						
Ja	43	32 (26-38)	3,58 (2,34-5,52)	< 0,01	3,08 (1,95-4,86)	< 0,01
<i>Ønske om vægtændring</i>						
At tabe sig	57	27 (22-32)	3,58 (2,08-6,17)	< 0,01	2,97 (1,67-5,26)	< 0,01
At tage på	5	9 (2-26)	1,14 (0,28-4,66)		1,21 (0,29-4,95)	
At bevare vægten	38	8 (5-12)	1		1	
<i>Mindst 4 timers motionsidræt eller hård træning pr. uge</i>						
Ja	34	23 (17-30)	1,43 (0,98-2,07)	0,07	1,56 (1,08-2,25)	0,02
<i>Røget hash?</i>						
Ja, inden for det seneste år	11	14 (7-26)	0,77 (0,38-1,54)	0,44	0,81 (0,41-1,60)	0,53
<i>Benyttet andre illegale stoffer?</i>						
Ja, inden for det seneste år	3	8 (1-34)	0,42 (0,06-2,92)	0,30	0,50 (0,07-3,44)	0,42

SI = sikkerhedsinterval

43% af kvinderne ønskede hjælp til vægtændring, og de havde RR for forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser på 3,08 (SI: 1,95-4,86), 57% af alle kvinderne ønskede at tabe sig og havde RR for forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser på 2,97 (SI: 1,67-5,26), og kvinder, der dyrkede mere end fire timers motionsidræt om ugen, havde en RR for risikoadfærd for spiseforstyrrelser på 1,56 (SI: 1,08-2,25), alt kontrolleret for alder og BMI. Desuden ses i Tabel 4, at 15% af alle kvinderne i stikprøven var overvægtige med et BMI på 25-29,9, og 5% havde et BMI ≥ 30. De fleste kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser havde et BMI under 25, mens 24% havde et BMI på 25,0-29,9, og 10% havde et BMI ≥ 30 (data ej vist).

Diskussion

Undersøgelsen viser, at 19% (SI: 15-22) af de unge kvinder på 16-29 år har risikoadfærd for spiseforstyrrelser. I forhold til en tidligere undersøgelse fra 2000 er der ikke statistisk signifikant ændring i forekomsten af risikoadfærd i forskellige alders- og BMI-grupper (data ej vist).

De praktiserende læger ser i løbet af tre måneder 41% af de unge kvinder på 16-29 år. I andre studier har man påvist, at unge kvinder med spiseforstyrrelser oftere end andre henvender sig til lægen med psykiske, gastrointestinale eller gynækologiske gener [3]. Der er her en ikkesignifikant tendens til, at de, der kommer hyppigst i lægepraksis, har større forekomst af risikoadfærd, end dem, der opsøger egen læge mindre hyp-

pigt. Kvinder med psykologiske gener (der føler sig ængstelige og nervøse, føler sig langt nede, nedtrykte og deprimerede og har selvmordstanker) og kvinder, der har haft sygefravær fra arbejdet inden for de seneste 14 dage, har en større RR for og forekomst af risikoadfærd end kvinder uden disse karakteristika. Generne svarer til fund i andre studier af henvendelser i almen praksis og studier af befolkningen [1, 2]. Ligeledes ses, at kvinder, der kun sjældent føler sig glade, tilfredse, veloplagte og afslappede, har langt højere RR for og forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser end dem, der er psykisk velbefindende.

Kvinder, der har specifikke fysiske symptomer eller langvarige lidelser, har dog ikke større forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser, end andre kvinder har. Risikoadfærd synes endnu ikke at have medført de alvorligere fysiske symptomer, som ses som konsekvens af kliniske spiseforstyrrelser [1-3].

Overvægt og fedme er kendte risikofaktorer for spiseforstyrrelser [6, 11, 12], og jo større overvægt, jo større RR for og forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser.

Kvinder, der har et ønske om at tabe sig og ønsker hjælp til dette, har ligeledes større RR for risikoadfærd end andre, også når der kontrolleres for BMI. Kvinder, der har risikoadfærd er således ikke »bare« overvægtige kvinder, der ønsker at tabe sig, men i høj grad også normalvægtige kvinder med ønske om vægttab, som udgjorde størstedelen af kvinderne med risikoadfærd i dette studie.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

I studiet sås, at kvinder med BMI ≥ 30 havde stærkt øget forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser og kvinder med BMI < 20 stærkt formindsket forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser sammenlignet med normalvægtige kvinder (BMI 20-24,9). Det ydre pres for vægttab er mindre, når man allerede er meget slank eller tynd, og stort, når man er overvægtig. Måske afslører man med RiBED-8 ikke anorektiske lidelser i befolkningen effektivt nok, da personer med anoreksi har tendens til at minimere eller benægte bekymringer og symptomer på f.eks. undervægt [3]. I en amerikansk befolkningsundersøgelse, Behavioral Risk Factor Surveillance System, har man påvist, at sygeligheden er lavest og helbredsrelateret livskvalitet specielt vedrørende fysisk funktion er bedst (efter kontrol for rygning, fysisk aktivitet, køn m.m.) hos personer med normal BMI lige omkring 25 og dårligst for personer med BMI > 25 , men også for personer med BMI $< 18,5$ [13].

De fleste med risikoadfærd har normalvægt, ligesom spiseforstyrrelser oftest forekommer hos personer med normalvægt [14]. Frygten for fedme og et negativt kropsbillede med selvoplevet overvægt trods normalvægt er velkendte risikofaktorer for udvikling af spiseforstyrret adfærd [15]. Udviklingen af specielt bulimi kan derfor ses som et resultat af et sociokulturelt pres for at leve op til det tynde kropsideal, hvor kropstilfredshed, lavt selv værd, slankekur og anden vægtregulerende adfærd går forud for udviklingen af spiseforstyrrelser, som vist i flere prospektive undersøgelser [15-18].

Et højt fysisk aktivitetsniveau i sammenhæng med et negativt kropsbillede og ønske om kalorieforbrænding er en klar risikofaktor for udvikling af spiseforstyrrelser [2, 16, 18] og ses her at øge RR for risikoadfærd for spiseforstyrrelser.

Seksuelt misbrug, vold, psykiske belastninger og uhensigtsmæssige reaktionsmønstre på belastninger kan være udløsende faktorer i udviklingen af spiseforstyrrelser [2, 16, 19]. I undersøgelsen ses, at hverken fysiske eller seksuelle overgreb inden for det seneste år, daglig rygning, overforbrug af alkohol eller brug af hash eller andre illegale stoffer inden for det seneste år har sammenhæng med risikoadfærd for spiseforstyrrelser, selv om brug af stoffer og misbrug sammen med anden risikoadfærd i andre studier er fundet at hænge positivt sammen med forekomst af spiseforstyrrelser [2]. Risikoadfærd er netop ikke en spiseforstyrrelse, men et tidligere stadie med usunde spisevaner og negativ kropsoplevelse m.m., hvilket kan være en forklaring på, at nogle af de ovennævnte sammenhænge ikke genfindes i dette studie.

Metodologiske overvejelser

Tværsnitsundersøgelser er velegnede til prævalensstudier, men kausale sammenhænge kan kun være hypotetiske. Den lave svarprocent krævede grundige bortfaldsanalyser. Disse viste ingen effekt på forekomsten af risikoadfærd, hvorfor resultaterne kan anses for at være repræsentative for aldersgruppen i befolkningen.

Konklusion

I studiet er det påvist, at teenagepiger og yngre voksne kvinder har øget RR for risikoadfærd for spiseforstyrrelser blandt følgende grupper: dem, som har sygefravær og gener i form af ængstelse, nervøsitet og tristhed, dem som har selvmordstanke, dem, der er overvægtige, dem, der ønsker vægttab og ønsker hjælp til dette, og dem, der dyrker meget motion. De har brug for en tidlig indsats, således at en evt. udvikling af alvorlige spiseforstyrrelser kan undgås. Man får dog næppe afsløret risikoadfærd eller spiseforstyrrelser, medmindre man spørger specifikt til spiseforstyrret adfærd og holdninger, hvilket er det næste skridt, når mistanken først er vakt.

Korrespondance: *Mette Waaddegaard*, Klinik for Spiseforstyrrelser, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, DK-2820 Gentofte. E-mail: mewa@dadlnet.dk

Antaget: 16. maj 2008

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
- Lock J, Reisel B, Steiner H. Associated health risks of adolescents with disordered eating: how different are they from their peers? *Child Psychiatry Hum Dev* 2001;31:249-65.
- Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003;67:297-304.
- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
- Waaddegaard M, Thoning H, Petersson BH. Validation of a screening instrument for identifying risk behaviour related to eating disorders. *Eur Eat Disor Rev* 2003;11:433-55.
- Waaddegaard M. Risk behaviour related to eating disorders among Danish adolescents [Ph.d.-afhandling]. København: Københavns Universitet, 2002.
- Ekholm O, Kjeller M, Davidsen M et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- Moens G, van Gaal L, Muls E et al. Body mass index and health among the working population. *Eur J Pub Health* 1999; 9:119-23.
- Danubio ME, Miranda G, Vinciguerra MG et al. Comparison of self-reported and measured height and weight: implications for obesity research among young adults. *Econ Hum Biol* 2008;6:181-90.
- Lundström S, Särndal CE. Calibration as a standard method for treatment of nonresponse. *J Offic Statist* 1999;15:305-27.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J et al. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc* 2006;106:559-68.
- Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res* 2006;21:770-82.
- Ford ES, Moriarty DG, Zack MM et al. Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obes Res* 2001;9:21-31.
- Joiner TE, Jr., Heatherton TF, Rudd MD et al. Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. *J Abnorm Psychol* 1997;106:145-53.
- Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res* 2002;53:985-93.
- Engler PA, Crowther JH, Dalton G et al. Predicting eating disorder group membership: an examination and extension of the sociocultural model. *Behav Ther* 2006;37:69-79.
- Field AE, Camargo CAJ, Taylor CB et al. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1184-9.
- Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ et al. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health* 2006;39:244-51.
- Troop NA, Holbrey A, Treasure JL. Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1998;24:157-66.