

Psykologiske aspekter ved overvægt

Cand.psych. Svend Aage Madsen,
cand.psych. Helle Grønback & cand.psych. Hanne Olsen

H:S Rigshospitalet, Klinik for Psykologi, Pædagogik og
Socialrådgivning, og
Københavns Kommunes behandlingstilbud til Familier med
overvægtige børn

Med den stadig større afdækning af, hvilke fødevarer og hvilke adfærdsformer der fører til overvægt, bliver psykologiske bidrag ofte efterspurgt. Det sker med henblik på afklaring af, hvilke medvirkende psykologiske årsager der er til udviklingen af overvægt, og hvilke psykologiske følgevirkninger der er ved at være svært overvægtig. Men i høj grad også for at få psykologiens bidrag til at skabe forandringer i adfærd med hensyn til spisemønstre og motion – eller mere generelt af livsformer. Her er kausalitet og motivation centrale psykologiske aspekter. I det følgende gennemgås psykologiens nuværende bidrag inden for disse områder.

Årsags-virknings-cirkel

Der er mange synspunkter på, hvad der er årsager i relation til overvægt. Vi ser en cirkel af årsager og virkninger i forbindelse med den overvægtiges opvækstforhold, livsvilkår, psykologiske tilstande, reaktioner og oplevelser. De psykologiske konsekvenser i form af reaktioner på mobning, nederlagsfølelser mv., der er kendte følger af overvægt [1], kan blive årsag til tilbagetrækning fra sociale sammenhænge og fysiske aktiviteter samt ukontrolleret spisning.

Socioøkonomiske vilkår

Der synes at være en tydelig sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer, specielt uddannelse, og overvægt. Men det kræver en afklaring af årsagssammenhængen, ligesom det stadig er uklart, hvordan disse faktorer optræder som psykologiske faktorer. Er det de samme psykologiske faktorer, der medvirker til at gennemføre en længerevarende uddannelse, som kan være med til at holde vægten? Det er vist, at relationen mellem socioøkonomiske faktorer og fedme er blevet svagere i USA i takt med udviklingen af fedmeepidemien [2].

Spiseforstyrrelser

I forhold til psykiske forstyrrelser kan anoreksi og svær overvægt ses som modpoler inden for gruppen af spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi og over/tvangsspisning). Psykologisk set er der visse ligheder imellem en undergruppe med svær overvægt og personer med anoreksi med hensyn til ætiologi i form af tidlige forstyrrelser i forældre-barn-interaktionen ved

spisning, overinvolvering fra forældrene og en kompliceret frigørelsesproces i teenageårene. Sammenhængen mellem overvægtsfænomenet og de anerkendte spiseforstyrrelser er ikke klarlagt.

Familedynamik

I familiesammenhæng kan dårlige vaner i form af usund mad og mangel på motion hænge sammen med stress, konfliktfyldte skilsmisser, fysiske sygdomme, arbejdsmæssige problemer osv. Forskellige problemer kan bevirke, at barnet ikke bliver set eller forstået, og/eller gøre, at familien ikke har overskud til at etablere og fastholde sunde vaner. Endvidere ved vi, at familier har forskellige forklaringer på, motivation til ændringer af og holdninger til årsagen til barnets overvægt [3].

Der er ikke forskel på familier i forskellige socioøkonomiske grupper i forbindelse med anvendelse af mad som belønning og trøst, men der er forskel på forældrenes kontrol af børnenes fødeindtag. Overvægtige og fede forældre udøver mindre kontrol over deres børns spisning end andre forældre [4]. Men der er ikke tvivl om, at ved overvægt hos børn må man i psykologisk sammenhæng især fokusere på familiens funktion som grundlag for problemerne.

Emotionelle aspekter

I grupper af overvægtige, der er i behandling, ses en øget tendens til depression og andre emotionelle vanskeligheder hos voksne. Svær overvægt bliver således kædet sammen med psykologiske problemstillinger. Man har ikke i nogen befolkningsundersøgelser kunnet påvise en sammenhæng mellem personlighedstyper og overvægt på trods af tilbagevendende påstande derom. Den manglende sammenhæng mellem personlighedstræk og overvægt i normalpopulationer peger på, at depression og følelsesmæssige vanskeligheder indgår i den beskrevne cirkel af årsags- og virkningsforhold. På trods af den manglende sammenhæng mellem personlighed og overvægt er der behov for, at sundhedsprofessionelle i en klinisk praksis er opmærksomme på den øgede forekomst af depression, selvmordstanker og selvmordsforsøg som følgevirkning af stærk overvægt hos kvinder [5].

Stigmatisering

De omfattende psykologiske og sociale konsekvenser af overvægt hos både børn, unge og voksne kan ikke ses uafhængigt af stigmatiseringen af overvægtige i samfundet, bl.a. på arbejdsmarkedet, i sundhedsvæsenet og i personlige relationer [1]. Sundhedspersonale har en tendens til at nedvurdere svært overvægtige patienter og have mindre tiltro til behandling af fedme end til behandling af andre kroniske sygdomme [6].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Det ser ud til, at stigmatiseringen er knyttet til en overbevisning om, at ansvaret for overvægt primært ligger hos den enkelte. Generelt har overvægtige personer tendens til at internalisere det sociale stigma [7]. Internaliseringen skyldes dels overbetoningen af personligt ansvar eller skyld, dels usikkerheden hos den enkelte om, hvad der ligger til grund for overvægten. Endvidere betyder en overbetoning af det personlige ansvar, at overvægtige mennesker ofte overvurderer den kontrol, de har over deres vægt. Børn, der føler sig skyldige i at være blevet overvægtige, har lavere selvværd end børn, der tilskriver deres overvægt eksterne faktorer (genetik eller medicinske problemer), og de vurderer deres sundhed lavere end normalvægtige børn og børn med f.eks. en cancerdiagnose gør [8]. Det ser ikke ud til, at det er en global selvværdsfølelse, men selvværdet i forhold til udseende og til fysisk formåen, der er truet ved overvægt hos børn.

Umiddelbart kan man formode, at den voksende gruppe af overvægtige personer nu ville kunne medvirke til, at stigmatisering og mobning ikke er så fremherskende som tidligere. Dette kunne betyde en nedgang i de negative psykologiske konsekvenser af overvægt, der følger omgivelsernes reaktioner. På den anden side ved vi, at overvægtige ikke har en positiv gruppeidentifikation, som f.eks. rygere har, og derfor ikke har et værn mod internalisering af stigma. Den nuværende fokusering på overvægt og kampagnerne for sundere livsstil kan muligvis på ny forøge stigmatiseringen.

Motivation

Motivation er et af nøgleordene i den psykologiske forståelse af udviklingen af svær overvægt og i behandlingen heraf. Motivation har ikke en enkelt drivkraft, men er et konglomerat af psykologiske funktioner, såsom psykologisk udviklingsstade, emotionel modenhed, oplevelse af problemet, intellektuelle resurser, kompetencer, løsningsmuligheder og ikke mindst copingstrategier, specielt med hensyn til at magte ambivalensen imellem lyst og tryghed på den ene side og gevinsterne ved vægttab på den anden samt handlemuligheder i dagliglivet.

Perception af problemet

Et aspekt i motivation er, hvordan overvægtige opfatter deres problem, og om de mener, at de har et. Mænd har markant sjældnere end kvinder en objektiv vurdering af deres vægt [9]. Forældre til overvægtige børn undervurderer i udtalt grad deres børns vægt, dog vurderer mødre pigers vægt mere præcist, end de vurderer drenges, og mere præcist end fædre gør. Forældre til overvægtige børn er imidlertid i stigende grad bekymrede for, om børnene vil blive overvægtige i fremtiden [10].

Motivation skal derfor forstås som et differentieret psykologisk udgangspunkt, som det er nødvendigt at medinddrage i interventioner over for spisning, bevægelse og livsformer. Der er mange motivationsformer afhængigt af alder, køn, etnisk baggrund, sociale forhold mv. Et vigtigt forhold heri er den

professionelles forståelse af, hvordan patienten oplever sin overvægt, herunder forældres oplevelse og bekymring for deres barns vægtudvikling. Når det handler om børn, er det afgørende, at forældrene inddrages, og at der skabes forandringer i familielivet.

Behandlingsperspektiver

Grundlaget for positive virkninger af interventioner er relationen mellem klient og behandler, og udgangspunktet er, at indsatsen berører individuelle, motivationelle og tidligt grundlagte psykologiske forhold. Forandringer i så basale mønstre, som spisning udgør, forudsætter betydningsfulde, troværdige og vedkommende relationer imellem behandler og patient. Man har i Københavns Kommune i samarbejde med Rigshospitalet og Institut for Human Ernæring iværksat et bud på en behandlingsmodel til familier med overvægtige børn, hvor familiedynamiske og motivationelle forhold inddrages i udviklingen af sundere livsvaner [3]. Tilbuddet kører på fjerde år og har god effekt af en tværfaglig tilgang, hvor psykologsamtaler, kostvejledning, motion og medicinsk udredning indgår i behandlingen af børns overvægt.

På trods af at der kun er foretaget foreløbige effektundersøgelser, forekommer det vigtigt, at indsatsen mod overvægt skal komme fra mange forskellige sider på både individuelt niveau, i familien, på gruppeplan og på samfundsmæssigt niveau. I sundhedsvæsnets indsats over for patienter med overvægt er de psykologiske aspekter (årsager, følgevirkninger og motivation) og psykosociale vilkår vigtige elementer i lægens og andre sundhedsprofessionelles samtaler.

Der er dog stadig langt fra den viden, vi har om patienters psykologiske oplevelse af deres overvægt og livsform, til viden om, hvad der psykologisk skal til for at skabe ændringer. Derfor er det vigtigt at have forskningsfokus på de motivationelle processer i en differentieret indsats med hensyntagen til patienternes alder, køn, familieforhold, etniske oprindelse, sociale tilhørsforhold mv.

Korrespondance: *Svend Aage Madsen*, Afsnit 4074, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: *svaam@rh.dk*

Antaget: 15. november 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større gennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan rekvireres hos forfatterne.

Litteratur

- Niclasen BV-L. Overvægt og fedme. Sociale følger, holdninger, selvværd og livskvalitet med fokus på børn og unge. *Ugeskr Læger* 2005;167:1145-8.
- Zhang Q, Wang Y. Trends in the association between obesity and socio-economic status in U.S. adults: 1971 to 2000. *Obes Res* 2004;10:1622-32.
- Grønbæk H, Michaelsen KF, Madsen SA. Behandling af overvægtige børn og deres familier. *Månedsskr Prakt Lægegerning* 2004;747-55.
- Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA et al. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obes Res* 2002;10:453-62.
- Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Pub Health* 2000;90:251-7.
- Foster GD, Wadden TA, Makris AP et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003;11:1168-77.

7. Wang SS, Brownell KD, Wadden TA. The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *Int J Obesity* 2004;28:1333-7.
8. Williams J, Wake M, Hesketh K et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA* 2005;293:70-6.
9. Kuchler F, Variyam JN. Mistakes were made: misperception as a barrier to reducing weight. *Int J Obesity* 2003;27:856-61.
10. Carnell S, Edwards C, Croker H et al. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *Int J Obesity* 2005;29:353-5.

Adipositas og sundhedsøkonomi

Oversigt og status

Professor Kjeld Møller Pedersen &
cand.scient.san.pub. Ann Louise Worre-Jensen

Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Sundhedsøkonomi, og
H:S Institut for Sygdomsforebyggelse,
Københavns Universitetshospital

Resume

Ved sundhedsøkonomisk analyse af fedme tages der typisk udgangspunkt i de samfundsøkonomiske konsekvenser, såsom omkostninger til behandling og produktionstab ved sygdom og død. I forbindelse med resurseallokering er omkostnings-effekt-analyser af forskellige behandlinger af stor interesse. Der findes flere analyser af, hvorledes fedme påvirker lønniveau, og hvorledes brug af pristilskud kan påvirke forbruget af varer og ydelser. På det seneste er der fremkommet sundhedsøkonomiske analyser af, hvilke faktorer der kan forklare stigningen i fedmeførekosten.

Der er stigende sundhedsøkonomisk interesse for adipositas [1] og fire indgange til emnet. Der er for det første de økonomiske konsekvenser af fedme, *cost of illness* (COI)-analyser. Dernæst er der omkostnings-effekt- og omkostnings-nytte-analyser. For det tredje er der markedsvirkninger som f.eks. effekten af fedme på løn- og indkomstniveau eller brug af priser til at påvirke spise- eller motionsvaner, f.eks. motion på recept med offentligt tilskud. For det fjerde er der forskellige former for økonomiske forklaringer på udviklingen i overvægt- og fedmeprevalensen.

Metode

For COI-analyser er der lavet litteratursøgning på MEDLINE og Econ-lit med søgeordene og kombinationer: *obesity, overweight, cost of illness, economic costs, attributable costs* og *health care costs*. For omkostnings-effekt-analyser er der ligeledes foretaget litteratursøgning på MEDLINE og Econ-Lit med søgeordene: *obesity, overweight, cost-effectiveness, cost-utility, Orlistat, Sibutramine, Metformin, gastric bypass, vertical banded gastroplasty* og *gastric banding*. Litteratursøgningen er gennem-

ført i maj 2005. Der er endvidere lavet søgninger på Google og Yahoo med de samme søgeord for at finde rapporter, som ikke har været publiceret i tidsskrifter. Inklusions/eksklusionskriterierne har været baseret på en tillempet udgave af [2].

De samfundsøkonomiske omkostninger ved adipositas

I COI-analyser beregnes de samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme, *body mass index* (BMI) ≥ 30 eller overvægt, BMI ≥ 25 , dvs. et pengemæssigt udtryk for den samfundsøkonomiske belastning. Der findes to oversigtsartikler [3, 4].

I COI-analyser beregnes de direkte og de indirekte omkostninger. De direkte omkostninger omfatter alle samfundsøkonomiske behandlings- og forebyggelsesomkostninger, uanset hvem der afholder dem. De indirekte omkostninger vedrører produktionstab, der følger af adipositas: sygefravær, førtidspensionering og adipositasforårsagede dødsfald, der indtræder hos personer i den erhvervsaktive alder.

Analyserne kræver mængde- og omkostningsoplysninger. Der er to sæt mængdeoplysninger: Hvor mange mennesker, der berøres, og deres forbrug af sundhedsydelser. Det første kræver viden om prævalens ikke blot af fedme, men også af relevante følgesygdomme, hvilket kræver beregning af *population attributable fraction* (PAF). Dernæst skal man kende det adipositasrelaterede forbrug af sundhedsydelser. Endelig skal der være oplysninger om prisen på de relevante sundhedsydelser.

Tabel 1 viser en nogenlunde dækkende standard-COI-analyse af god faglig kvalitet baseret på klare forudsætninger om afgrænsningen af fedme (≥ 30 BMI), relativt mange følgetilstande (i alt 13), brug af PAF, klarhed om enhedsomkostninger osv. Den eneste større mangel er fravær af oplysninger om førtidspensioneringer på grund af fedme eller dertil relaterede følgetilstande.

Absolutte tal fra andre lande siger ikke meget. Derfor er de direkte omkostningers procentandel af de offentlige sundhedsudgifter beregnet svarende til 1,5%. På tilsvarende vis kan man nogenlunde meningsfuldt sætte de indirekte omkostninger i forhold til bruttonationalproduktet, svarende til 0,3% af Storbritanniens bruttonationalprodukt.