

# Når unge udvikler et sygeligt forhold til mad

*Kliniske diætister vil formentlig indimellem møde unge mennesker, som har et temmeligt anstrengt forhold til mad. Dette kan være et tegn på mistrivsel, som for nogle kan udvikle sig til spiseforstyrrelser.*



Agnete Lyngbye Kramme

I et forsøg på at 'gribe' de unge, som viser tegn på eller er behandlet for en spiseforstyrrelse iværksætter Center for Selvmordsforskning i de kommende år interventions- og rehabiliteringsprogrammet *Travellers*. Kliniske diætister har mulighed for at henvise relevante unge direkte til projektet.

## Unge med spiseforstyrrelser

I det moderne samfund er overvægt blevet et tegn på passivitet, manglende selvkontrol og uhensigtsmæssige valg, mens den slanke, langlemmede krop, som kun de færreste besidder, er lig med selvkontrol, ansvarsbevidsthed og succes. Den slanke, veltrænede krop er blevet et statussymbol, og den øgede kropsbevidsthed har stor betydning for mange menneskers opfattelse af sig selv. For mange er det at være slank blevet et eftertragtet mål og et tidstypisk udtryk for den moderne personlighed og krop. Samtidig stilles der øgede krav til det enkelte individ om



Susanne Mouazzene

disciplin og kontrol over sig selv og tilværelsen. Hos mange ligger der desuden et betydeligt forventningspres om succes i livet. For nogle bliver mad problematisk og 'syndigt'. Mad kobles i højere grad sammen med risiko for udvikling af fedme og hjertekarsygdomme end med nydelse og livsglæde.

Meget tyder på, at unge, der føler, at de ikke i tilstrækkelig grad kan leve op til forventningerne, forsøger at kompensere for en indre usikkerhed og utilfredshed med sig selv ved at kontrollere kroppen. Unge på samme alder varierer imidlertid betydeligt i vægt – specielt i puberteten, hvor der er stor forskel på højde og drøjde. En 11-årig pige vejer i gennemsnit 38 kg og måler 147 cm, og en 14-årig vejer i gennemsnit 53 kg og måler 164 cm (1). På få år øges vægten altså med

over 30% og højden med ca. 14%. Børns BMI stiger fra 15-16 i 6-års alderen til 20-21 i 15-års alderen. Den forholdsmæssige stigning er mere i vægt for piger end for drenge.

Energirestriktioner, kaotisk spisning, stærkt overdreven motion eller andre forsøg på unødvendig reduktion af vægten kan få alvorlige følger for kroppens produktion af kønshormon og dermed for pubertetsudviklingen. Desværre er mange unge uvidende om de naturlige forandringer i puberteten, hvor det er helt normalt, at kroppens fedtindhold øges synligt. Det ændrede udseende tolkes derfor som et begyndende tegn på fedme, der fejlagtigt søges bekæmpet (1).



En befolkningsundersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen peger på, at 25,7% af de unge kvinder under 20 år, har en adfærd med risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse og blandt disse kvinder ses dårligt helbred og mistrivsel (2). Hvor mange der reelt udvikler sygdommen er svært at sige, da en del af selv de sværest syge aldrig opsøger behandlingssystemet. Imidlertid er det fastslået at anoreksi er den tredje største dødsårsag for teenagere i Europa efter kræft og ulykker. Mellem 5-10% af de som udvikler spiseforstyrrelser er unge mænd, de resterende er overvejende kvinder i alderen 16-24 år (3). Overdødeligheden for disse unge er ca. 7 gange højere end deres jævnaldrende. Heraf skyldes ca. halvdelen selvmord, den resterende mortalitet beror på underernæringsrelaterede medicinske komplikationer (4).

Man kan sige, at der er tale om en spiseforstyrrelse, når tanker og handlemåder i forhold til mad og vægt begynder at indskrænke livsudfoldelsen og livskvaliteten. Da der er en glidende overgang mellem mistrivsel, risikoadfærd og spiseforstyrrelser er det væsentligt at gribe ind, allerede når man ser tegnene på spiseforstyrrelser. Jo tidligere der sættes ind, jo bedre er mulighederne for helt at forebygge, at sygdommen udvikler sig.

En spiseforstyrrelse er altid en alvorlig lidelse, og den forsvinder sjældent af sig selv, men bliver ofte en langvarig tilstand, som er vanskelig at behandle. En del tilfælde bliver kroniske og dødeligheden er høj. Behandlingen er tids- og ressourcerelevende, og forebyggelse allerede ved risikoadfærd synes derfor hensigtsmæssig.

Ofte vil den praktiserende læge kunne identificere en begyndende spiseforstyrrelse, ved at være opmærksom på nedenstående signaler, med respekt for det brede spektrum mellem sygdom og normalitet.

**Typisk vil kostindtaget hos anoreksipatienter være 4.200 kJ (1.000 kcal.) pr. dag, svarende til 35-50% af behovet for en normalvægtig ung kvinde. Dette svarer til, at det gennemsnitlige daglige indtag af næringsstoffer for anoreksipatienter ligger på 40 gram protein, 35 gram fedt og 135 gram kulhydrat. Dette dækker langt fra behovet hos en rask ung kvinde.**



## Tegn på spiseforstyrrelser

Almindeligvis taler man om tre forskellige spiseforstyrrelser:

- Anoreksi
- Bulimi
- Overspisning

*Anoreksi* er betegnelsen for en lidelse karakteriseret ved meget lidt fødeindtagelse, hvilket resulterer i undervægt (BMI < 18,5), overdreven optagethed af at være slank (trods undervægt) og manglende erkendelse af kroppens fremtoning. Målet nås ved hjælp af slankekur, overdreven motion og misbrug af afføringsmidler og vanddrivende medicin. Ofte vil tilstanden være synlig – på grund af vægttabet. Anoreksi betyder egentlig mangel på madlyst, hvilket er en fejlagtig betegnelse, da disse patienter ofte er alt andet end appetitløse. I virkeligheden fører de en stadig kamp for ikke at give efter for deres trang til mad.

*Bulimi* er langt hyppigere end anoreksi, men debuterer yderst sjældent før 14 års alderen (5). Ofte ses bulimi i forbindelse med anoreksi og har mange af de samme symptomer, men hvor anorektikeren har fuld kontrol over sin (manglende) spisning, oplever bulimikere perioder med ukontrolleret spisning af store mængder mad evt. efterfulgt af vægtregulering via opkastninger. Vægtreguleringen kan endvidere foregå ved hjælp af misbrug af afføringsmidler, vanddrivende medicin eller overdreven motion. Bulimi vil som regel ikke være så synlig som anoreksi – hvis vi taler om kropsvægt.

*Overspisning* eller tvangsspisning henviser til en ukontrollerbar indtagelse af meget store mængder mad, som langt overstiger mæthedsgrænsen, hvilket oftest medfører en BMI > 30 (5). Det anslås at ca. 10% af alle overvægtige lider af overspisning. Lidelsen er synlig på grund af overvægten, men det er vægten, der er synlig og

ikke spiseforstyrrelsen.

## Signaler

Da al erfaring med spiseforstyrrelser viser, at tidlig intervention ikke alene kan forkorte men også lette forløbet, vil det være gavnligt om kliniske diætister og andre med kontakt til den unge er opmærksom på følgende signaler, som naturligvis ikke i sig selv er ensbetydende med en spiseforstyrrelse (3):

- Personen foretrækker at spise alene
- Ekstrem fokus på mad, vægt og udseende
- Urealistisk selvpfattelse
- Umådeholden og ikke lystbetonet sportsdyrkelse
- Tilbagetrukket liv
- Lavt selvværd
- Dårlig koncentration, humørsvingninger, rastløshed og søvnbesvær
- Mavepine, forstoppelse, hovedpine og svimmelhed i længere perioder
- Traumer, svigt, problemer og stress

## Vigtigheden af hensigtsmæssige copingstrategier

Det kan være en så alvorlig belastning at have en spiseforstyrrelse, at den kombineret med en række prædisponerende faktorer, livsomstændigheder, livshændelser og individuelle karakteristika og adfærd fører til selvskade, selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord. Omvendt kan en række faktorer og positive omstændigheder reducere risikoen for selvmord væsentligt (6,7). En af disse beskyttende faktorer er hensigtsmæssige copingstrategier.

Mennesker med spiseforstyrrelser besidder imidlertid ofte dårligere copingstrategier end andre mennesker og har tillige tit en mere umoden forsvarsstil og en højere grad af stressoplevelse (fx 8). Det vil derfor være hensigtsmæssigt at udvikle og styrke copingstrategierne og forsvarsstilen, så man kan nedbringe stress-



**Det stiller store krav til kliniske diætisters kommunikationsevner ikke at optage kostanamnesen som et forhør men derimod som en åben dialog. Det er vigtigt, at den unge ikke får oplevelsen af, at diætisten er fordømmende eller bliver pinligt berørt over at høre om opkastninger, ædeflip eller bizarre spisemønstre.**

oplevelsen hos dem, der endnu blot viser tegn på en spirende spiseforstyrrelse.

Præcis dette er en central idé i det forskningsbaserede interventionsprojekt *Travellers*, som Center for Selvmordsforskning gennemfører i de kommende år. Projektet er udviklet i New Zealand, hvor man i de seneste år har kunnet fremvise særdeles positive resultater, fx i forhold til at nedbringe de unges sårbarhed (9).

## Travellers – en vej væk fra spiseforstyrrelser

*Travellers* er et New Zealandsk forskningsbaseret projekt, som nu udbydes gratis til alle landets unge mellem 13-25 år, som enten viser tegn på eller er behandlede for spisefor-

styrrelser. Indledningsvis udbydes *Travellers* som et pilotprojekt på Fyn, men inden 2008 vil projektet være udbredt til hele landet.



Unge med tegn på spiseforstyrrelser er udvalgt til projektet, fordi netop disse unge er særligt sårbare, da de befinder sig i en gråzone mellem at have det dårligt men endnu ikke er mulige at diagnosticere. Unge der henvender sig, vil blive interviewet med henblik på optagelse, således at alle i projektet er indenfor målgruppen. Ideen bag projektet er at få de unge til at forestille sig, at de er rejsende i deres eget liv, hvor de uundgåeligt vil møde forhindringer og forandringer. Via forskellige aktiviteter i *Travellers* støttes de unge i at finde, tilegne sig og udvikle nye konstruktive copingstrategier, som kan hjælpe dem gennem livets vanskeligheder. Der er tale om vidt forskellige aktiviteter som fx spil, film, tegneaktiviteter, ordlege, tankeaktiviteter samt udarbejdelse af bl.a. livskort og dagbog. Yderligere uddybning af programmet kan ses og bestilles eller downloades på [www.selv-mordsforskning.dk](http://www.selv-mordsforskning.dk) under Faktaserien nr. 15: *Travellers* – en interventionsmetode væk fra spiseforstyrrelser.

*Travellers* er ikke et terapeutisk behandlingsforløb, og der fokuseres ikke på spiseforstyrrelsen. Projektet forløber i grupper á ca. 8 unge, og foregår i nærheden af de unges bopæl én gang om ugen á 1-1½ time, i 8 uger.

Kliniske diætister er velkomne til at henvise relevante unge direkte til projektet. Center for Selvmordsforskning håber med *Travellers*, at kunne bidrage positivt til forebyggelse af de unges mentale sundhedsproblemer og deraf mulige selvmordsadfærd.

### Yderligere information

Information om projektet kan fås på [www.selv-mordsforskning.dk](http://www.selv-mordsforskning.dk) under projekter ■

[alkr@selvmordsforskning.dk](mailto:alkr@selvmordsforskning.dk)  
[smo@selvmordsforskning.dk](mailto:smo@selvmordsforskning.dk)

**Body Mass Index, BMI anvendes af Verdenssundhedsorganisationen og akademiske faggrupper, som arbejder med spiseforstyrrelser. Svagheden ved modellen er, at der er forskel på kropstyper. Man bør derfor være opmærksom på, at BMI bedst egner sig til voksne, idet metoden anvendt på unge under udvikling er mindre præcis.**

WHO/Sundhedsstyrelsen:

Undervægt: BMI <18,5

Normalvægt: BMI 18,5-24,9

Overvægt: BMI >=25

Overvægt er så yderligere opdelt:

Moderat overvægt: BMI 25-29,9

Svær overvægt/Fedme: BMI >= 30

Klasse I/Fedme: BMI 30-34,9

Klasse II/Svær fedme: BMI 35-39,9

Klasse III/Ekstrem svær fedme: BMI >=40

BMI: Mål for kroppens fedtindhold udregnet som vægt i kg divideret med højde i meter i anden potens  
 Eksempelvis har en person med højden 1,67 m og vægten 57 kg en BMI på ca. 20,4

BMI under 16 er indikation for alvorlig undervægt. Den er fx ensbetydende med, at en person der er 170 cm. vejer 46 kg.

BMI under 14 anvendes ofte som kriterium for indlæggelse. Det svarer til at en person på 170 cm vejer 40,4 kg.

### Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Voksne omkring børn og unge kan være med til at forebygge, at spiseforstyrrelser udvikler sig. København, Sundhedsstyrelsen 1999.
2. Waadegaard M. Risikoadfærd for spiseforstyrrelser blandt danske kvinder i alderen 16-59 år. Statens Institut

for Folkesundhed, Sundhedsministeriet 2002.

3. Skårderud F. Stærk/Svag. En håndbog om spiseforstyrrelser. Hans Reitzels Forlag A/S 2001.
4. Jørgensen J, I. Andreassen J, Christensen E (red.) Spiseforstyrrelser – en tværfaglig antologi. Frydenlund, København 2000.
5. Lier L et al (red.) Børne- og ungdomspsykiatri. Hans Reitzels Forlag 2002.
6. Mathiesen L, Petersson B. Anoreksiens fangarme. Akademisk Forlag, 2001.
7. Zøllner L. Unges selvmordsforsøg og selvmordstanker. I: Faktaserien nr. 2. Center for Selvmordsforskning, 2002.
8. Blaase H. Det handler ikke kun om mad. Adfærdsmæssige og psykologiske karakteristika hos nuværende og tidligere spiseforstyrrede. Aarhus Universitet: Psykologisk Skriftserie 1997;22:5.
9. Dickinson P et al. *Travellers: A school-based early intervention programme helping young people manage and process change, loss and transition.* Aust NZ J Psychiatry. 2003;37:299.

### Baggrund

Agnete Lyngbye Kramme og Susanne Mouazzene er ansat som projektledere på Center for Selvmordsforskning med den opgave at iværksætte og afvikle interventionsprojektet *Travellers*. Projektet, som er et gratis tilbud til unge, der ønsker at komme væk fra deres spiseforstyrrelse, løber foreløbig frem til udgangen af 2008. Projektlederne kan kontaktes på tlf. 63 11 21 92, [alkr@selvmordsforskning.dk](mailto:alkr@selvmordsforskning.dk), eller tlf. 63 11 21 85, [smo@selvmordsforskning.dk](mailto:smo@selvmordsforskning.dk).