

10 SYMPTOMER PÅ SPISEFORSTYRRELSER OG FORNØYDHET MED EGEN KROPP

Kirsti Kvaløy, Marita Melhus, Anne Silviken og Ann Ragnhild Broderstad



Foto: Aleksandr Davydov/Mostphotos.com

Sammendrag

I dagens samfunn er overvekt og fedme hyppig forekommende og har derfor blitt mer akseptert i store deler av befolkningen. Samtidig fokuseres det i media på at idealet er å være slank, sunn og i god fysisk form. I to studier av deltakere i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen (2012–2014), var vi interessert i å studere symptomer på spiseforstyrrelser (Studie 1) og om underestimering av overvekt hadde sammenheng med lavere grad av symptomer på angst og depresjon (Studie 2). Vi fant at kvinner gjennomsnittlig hadde høyere totalskår med hensyn til symptomer på spiseforstyrrelse enn menn. De som rapporterte symptomer på spiseforstyrrelse, var nesten alle overvektige og hadde også høyere sannsynlighet for å rapportere angst og depresjon. Det var ingen betydelige forskjeller

mellom samisk og ikke-samisk befolkning når det gjelder disse sammenhengene, men samer rapporterte mer trøstespising.

Blant samiske menn og ikke-samiske kvinner var det lavere forekomst av symptomer på angst og depresjon blant de som var overvektige, men som selv enten synes de var normalvektige eller tynne. For samiske kvinner og ikke-samiske menn fant vi ingen slik sammenheng.

Innledning

I flere tiår har fedme og overvekt økt verden over. Som nevnt i kapittel 4, har flere helseundersøkelser vist den samme trenden i Norge. Selv om forekomsten av fedme ser ut til å ha stabilisert seg noe det siste tiåret, er fortsatt nivået for høyt både i befolkningen generelt og også i den samiske befolkningen. I tillegg til økt risiko for fysisk sykdom, relateres fedme også til psykiske vansker og stigmatisering. Fedme er også forbundet med lavere sosioøkonomisk status og dårligere kosthold. I tillegg til at dette kan være en påkjenning for enkeltindividet, har det også ført til økt belastning på helsevesenet fordi fedme er forbundet med økt forekomst av en rekke andre sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og kreft. Dette fører igjen til en økt økonomisk byrde for samfunnet.

Det interessante er at den høye forekomsten av overvekt og fedme i samfunnet har bidratt til at dette har blitt den «nye normalen» og derved akseptert i større grad enn tidligere. Samtidig er det å være slank knyttet til det å være vellykket og ha en høyere sosioøkonomisk status. Til sammen kan dette føre til motstridende følelser relatert til kropp. På den ene siden er det avgjørende for folk å ha en korrekt oppfattelse av sin egen kroppsstørrelse for å kunne prøve å redusere vekten sin hvis de er overvektige. På den andre siden er det viktig for deres psykiske helse og velvære at de har et positivt forhold til kroppen sin. Flere studier har vist en sammenheng mellom underestimert av overvekt og rapportering av både bedre livskvalitet og lavere grad av depresjon. Det er også interessant at denne typen «misoppfattelse» av overvekt på sikt synes å beskytte mot framtidig depresjon (1).

Det finnes ulike former for spiseforstyrrelser. Forekomsten av de mest alvorlige typene blant norske kvinner i aldersgruppen 15–44 år anslås å være: Anoreksi: 0,3 %, bulimi: 2 % og overspisingslidelse: 3 % (tall hentet fra Folkehelseinstituttet, oppdatert 2016). Ellers i befolkningen antas det at mange har symptomer relatert til spiseforstyrrelse, det vil si et problematisk forhold til vekt og kropp som påvirker spisemønster. I sammenheng med spiseforstyrrelser, antar vi generelt at symptomer knyttet til overspising ville være hyppigst forekommende i den norske voksne befolkningen fordi vi vet at dette ofte er relatert til fedme.

I dette kapittelet presenterer vi funn fra to ulike studier. I begge studiene har vi brukt data fra den kliniske delen av SAMINOR 2 (les mer om SAMINOR i kapittel 2). I begge studiene definerte vi samer som de som regnet seg selv som samisk og/eller oppga å ha samisk etnisk

bakgrunn og i tillegg hadde samisk språkbakgrunn (de selv eller minst en av foreldrene eller besteforeldrene snakket samisk hjemme). Alle andre deltakere ble definert som ikke-samiske. I begge studiene delte vi utvalget inn i menn og kvinner, samer og ikke-samer.

Symptomer på spiseforstyrrelser (Studie 1)

På norsk heter denne studien «Symptomer på spiseforstyrrelser i samisk og ikke-samisk befolkning: SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen» (2). Vi så på forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser og hvilke faktorer som kunne påvirke dette hos deltakerne. På tross av at mange urfolksgrupper har en høy forekomst av både overvekt og undervekt (3), har det vært forsket lite på temaet spiseforstyrrelser blant urfolk. Resultatene fra en nordnorsk studie av ungdommer foretatt i 1994–1995 (Ung i Nord-undersøkelsen), viste at samiske gutter rapporterte høyere forekomst av alle typer spiseproblemer sammenlignet med ikke-samiske gutter, mens samiske jenter rapporterte færre spiseproblemer enn andre jenter i studien (4).

Idealet for hva som ses på som en attraktiv kropp kan variere i en sosiokulturell sammenheng, samt være ulik avhengig av kjønn og aldersgruppe. For eksempel viste en studie basert på samiske, finske og britiske menn at disse foretrakk forskjellige typer kvinnekropper – samiske menn likte kvinner med litt former, mens finske og britiske menn foretrakk slanke damer (5). Fordi kroppsidealet kan variere i en sosiokulturell sammenheng, kan også presset for å oppnå denne ideelle kroppen være forskjellig. Det er færre studier som omhandler spiseforstyrrelser og bekymringer relatert til kropps-størrelse og form blant menn enn blant kvinner, men studier fokusert på menn viser betydelige kjønnsforskjeller der spiseforstyrrelse og kroppsoppfattelse hos menn i større grad enn blant kvinner dreier seg om spisemønstre og trening med fokus på å bygge muskler (6). Dette gjør at det er spesielt viktig å undersøke menn og kvinner hver for seg.

Så vidt vi vet er det ikke tidligere publisert noen studier på dette temaet basert på samer i voksen alder. Fordi det er vist ulikhet både innen psykisk helse og forekomst av fedme blant samiske og ikke-samiske menn og kvinner, kan det tenkes at risikoen for spiseforstyrrelse også er forskjellig.

I denne studien inkluderte vi 4389 deltakere i alderen 40–69 år som hadde svart på spørsmål knyttet til etnisitet, 2024 menn og 2365 kvinner, hvorav 1811 (41 %) var samer (844 menn og 967 kvinner).

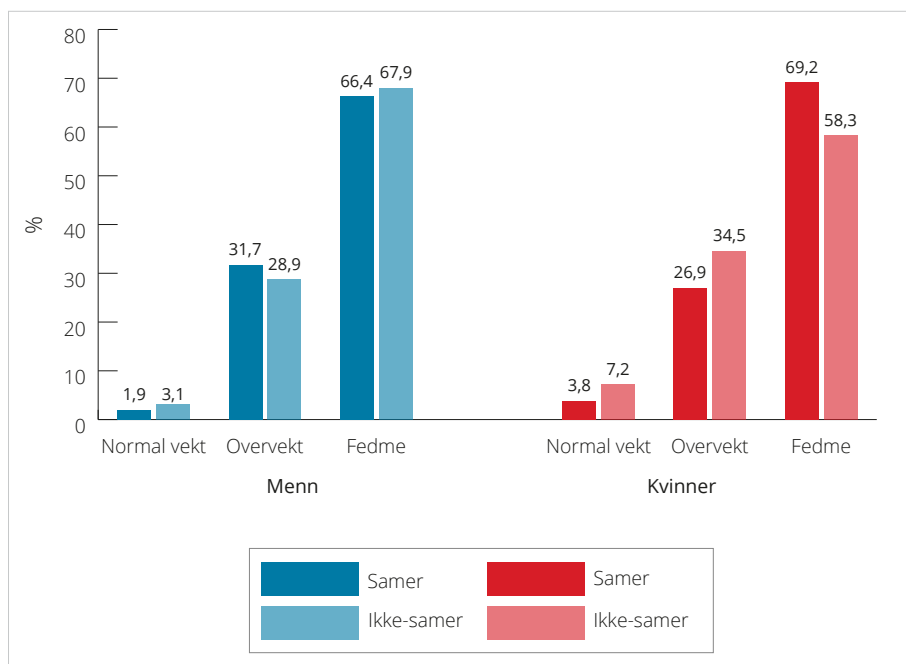
Individer med symptomer på spiseforstyrrelser ble definert ut fra følgende fem spørsmål inkludert i EDS-5-skalaen (Eating Disturbance Scale): «Hvor fornøyd har du vært med spisevanene dine de siste 4 ukene?», «Har du de siste 4 ukene trøstespist eller spist ekstra på grunn av at du har vært nedstemt eller følt deg utilfreds?», «Har du de siste 4 ukene hatt skyldfølelse i forbindelse med spising?», «Har du de siste 4 ukene følt at det er nødvendig



for deg å følge strenge dietter eller andre matritualer for å holde kontroll med hvor mye du spiser?», «Har du følt at du er for tykk?». Svaralternativene var kodet fra 1 til 7 hvor summen ga en skår fra 5 til 35 (et høyt tall betyr at man har et problematisk forhold til mat og kropp). For hvert kjønn separat, ble de som hadde de 10 % høyeste skårene definert til å ha symptomer på spiseforstyrrelser. Grenseverdien for symptomer på spiseforstyrrelser ble satt til ≥ 19 for menn og ≥ 23 for kvinner. For kvinner var dette i samsvar med en annen studie basert på kvinnelige deltakere i HUNT-undersøkelsen (7).

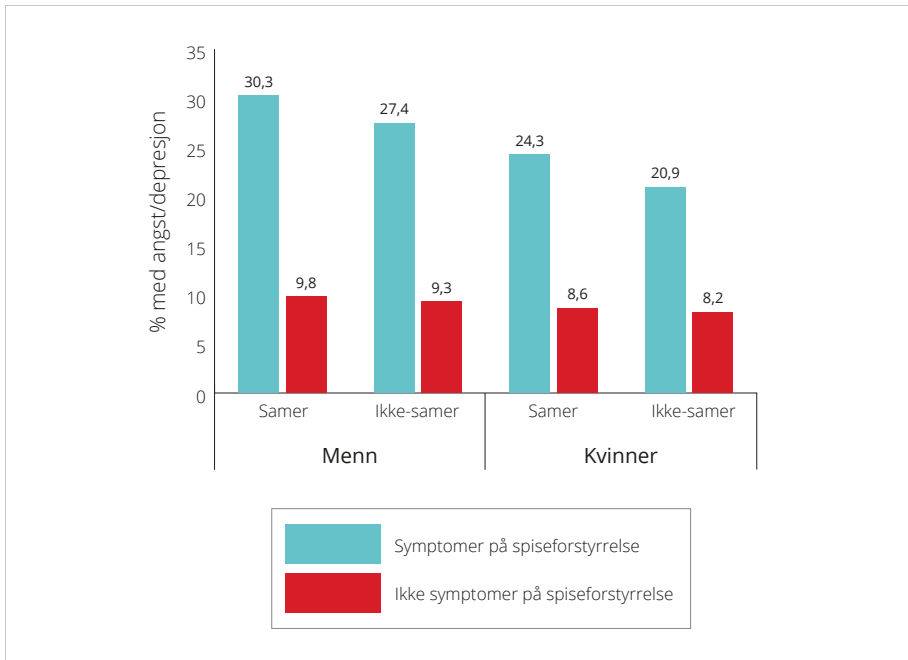
Kropps masseindeks (KMI) ble målt som forklart i kapittel 4. Utdanning ble vurdert ved spørsmålet: «Hvor mange års skolegang har du gjennomført?». Antall år ble delt inn i «13 år eller mer» (høyt utdanningsnivå) og «færre enn 13 år» (lavt utdanningsnivå). Fysisk aktivitet var selv-rapportert på en skala fra 1 (veldig lav) til 10 (veldig høy). Blant spørsmål om kosthold ble det spurt om hvor ofte man spiste forskjellige typer snacks. Basert på hvor ofte og mengde man normalt spiser hver gang, ble gram per dag beregnet. Det totale inntaket av snacks baserte seg på summen av antall gram per dag av sjokolade, godteri, potetgull, peanøtter, samt andre typer av nøtter og salte snacks. Symptomer på angst/depresjon ble målt ved fem spørsmål som kalles Hopkins Symptom Checklist 5, som omhandler nervøsitet/indre uro, stadig redd eller engstelig, håpløshet med tanke på fremtiden, bekymret/uroelig, nedtrykt/tungsindig. Vi beregnet en skår med verdier fra 1 (ikke plaget) til 5 (veldig mye plaget), der en verdi på 2 eller høyere ble definert som symptomer på angst eller depresjon.

Vi fant at kvinner i gjennomsnitt hadde høyere totalskår med hensyn til symptomer på spiseforstyrrelse enn menn, men det var ingen forskjell mellom samer og ikke-samer. Derimot skåret samer, både menn og kvinner, høyere enn ikke-samer på spørsmålet om trøstespising. Andelen som rapporterte symptomer på spiseforstyrrelser varierte fra 10 % til 17 % avhengig av kjønn og etnisk bakgrunn, og generelt sett var det større andel som rapporterte spiseforstyrrelser blant de yngre aldersgrupper enn de eldre. Å ha symptomer på spiseforstyrrelser hang sammen med høyere KMI. Blant de som rapporterte symptomer på spiseforstyrrelser, hadde nesten alle overvekt eller fedme (figur 1).



Figur 1: Fordeling av KMI-vektklassene blant de som har symptomer på spiseforstyrrelser.

De som rapporterte spiseforstyrrelsessymptomer hadde 3–4 ganger høyere sannsynlighet for også å rapportere angst og depresjon sammenlignet med de som ikke hadde symptomer på spiseforstyrrelser. Det var da tatt hensyn til forskjeller i alder og utdanning mellom gruppene. Dette gjaldt både menn og kvinner, uavhengig av etnisk tilhørighet (figur 2).



Figur 2: Sammenheng mellom symptomer på angst/depresjon og spiseforstyrrelsessymptomer etter kjønn og etnisk bakgrunn. Da alder og utdanning ble tatt hensyn til, hadde gruppene med spiseforstyrrelse 3–4 ganger høyere sannsynlighet for å rapportere symptomer på angst og depresjon.

Lavere grad av fysisk aktivitet og mye spising av snacks (mer enn 37,7 gram/dag) viste en klar positiv sammenheng med spiseforstyrrelsessymptomer blant menn i både samisk og ikke-samisk gruppe. Tilsvarende sammenhenger ble også observert for gruppen ikke-samiske kvinner.

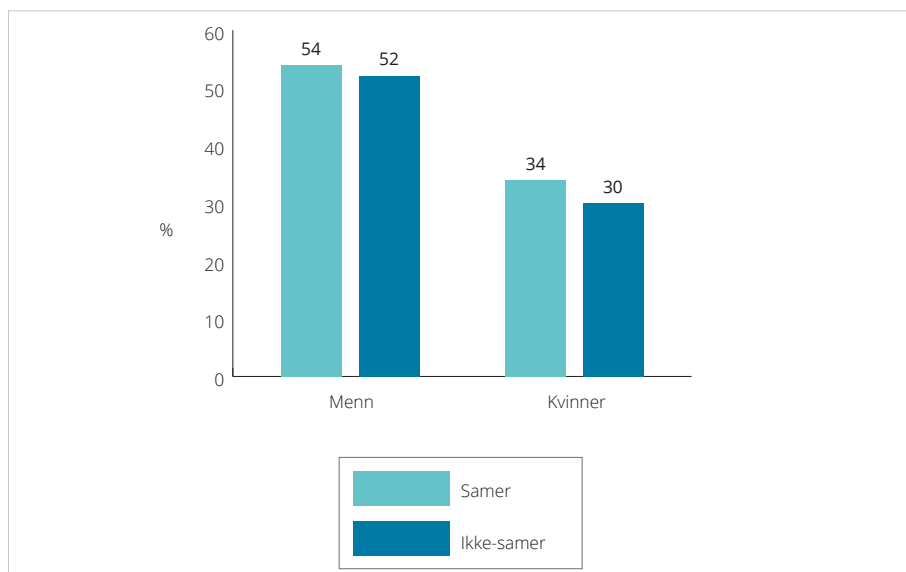
Underestimering av overvekt er knyttet til angst og depresjon (Studie 2)

På norsk ble denne studien kalt «Underestimering av vekt knyttet til angst og depresjon blant samer og ikke-samer med overvekt: SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen» (8). Så vidt vi vet er dette den første studien som har undersøkt oppfattelsen av egen kroppsstørrelse i samsvar med målt vekt i et fler-etnisk utvalg i Nord-Norge. Flere studier har tidligere vist at forekomsten av både fedme (spesielt blant kvinner) (9) og symptomer på angst og depresjon er noe høyere i samisk befolkning sammenlignet med ikke-samisk befolkning (2,10). I tillegg vet vi at kulturelle aspekter kan påvirke hvordan du oppfatter kroppen din og kropp generelt. Vi ønsket derfor å undersøke om det var en sammenheng mellom underestimering av egen overvekt og psykisk helse blant folk med samisk og ikke-samisk bakgrunn bosatt i de samme geografiske områdene.

Misoppfattelse av egen kroppsstørrelse ble definert ut fra spørsmålet «Hva oppfatter du deg selv som?» med svaralternativene: «Alt for tykk», «For tykk», «Passe», «For tynn», «Alt for tynn». Samsvaret mellom dette svaret og personens vektkategori basert på KMI avgjorde om det var samsvar mellom den enkeltes oppfatning av egen kroppsstørrelse og deres faktiske vektkategori.

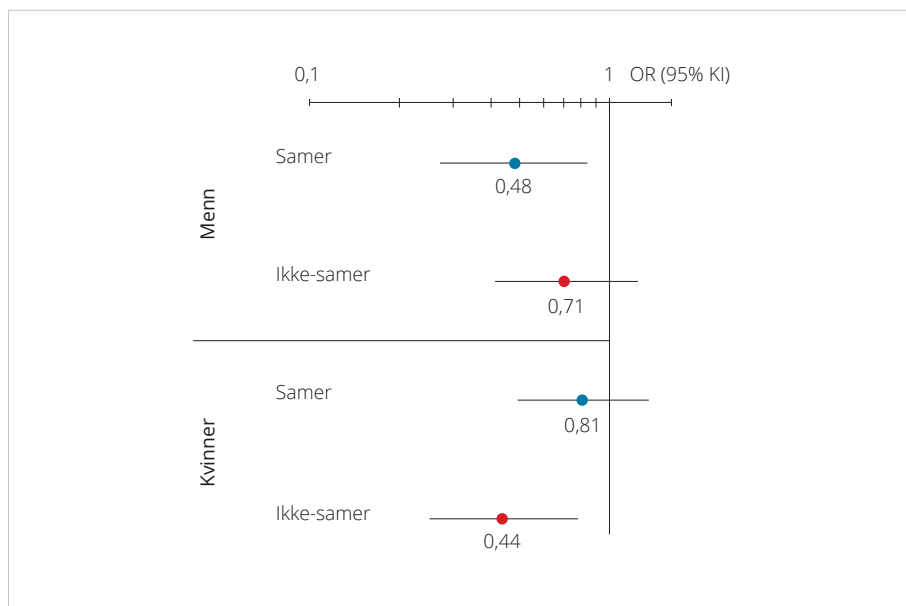
Vi inkluderte kun de med overvekt ($KMI \geq 25$) og fedme ($KMI \geq 30$) i denne studien. Totalt var det 3266 deltakere, hvorav 1393 med samisk bakgrunn (684 menn og 709 kvinner) og 1873 uten samisk bakgrunn (961 menn og 912 kvinner). De som selv mente at de var passe, for tynn eller alt for tynn, ble definert som at de underestimerte vekten sin. Hvis de svarte «for tykk/alt for tykk», ble de definert som å ha «korrekt» oppfattelse av sin vekt.

I likhet med undersøkelser blant andre vestlige befolkninger, viste studien vår at andelen som underestimerte sin egen overvekt var stor (figur 3), og andelen var høyere blant menn enn blant kvinner. Samiske kvinner underestimerte overvekten sin i større grad enn ikke-samiske kvinner (34 % vs. 30 %), mens forskjellen mellom samiske og ikke-samiske menn var mindre (54 % vs. 52 %). I fedmekategorien ($KMI \geq 30$) var denne forskjellen enda større, hele 16 % blant samisk kvinner sammenlignet med 7 % blant ikke-samiske kvinner og 31 % blant samiske menn vs. 22 % blant ikke-samisk menn. I begge de etniske gruppene økte underestimeringen svakt med alderen og var lavere blant dem med høyere utdanning (utdanning er ofte brukt som en proxy for sosioøkonomisk status).



Figur 3: Andelen som underestimerer kroppsstørrelsen sin blant menn og kvinner med overvekt/fedme ($KMI \geq 25$) i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen.

Blant samiske menn og ikke-samiske kvinner, var det lavere forekomst av symptomer på angst og depresjon blant de som underestimerte overvekten sin sammenlignet med de som erkjente sin overvekt (om lag 50 % lavere forekomst, illustrert i figur 4 som odds ratio (OR)). For samiske kvinner og ikke-samiske menn fant vi ingen sammenheng. I analysene ble det kontrollert for alder, KMI, utdanning og sivilstatus.



Figur 4: Sammenheng mellom underestimering av overvekt og symptomer på angst og depresjon fordelt på kjønn og etnisk gruppe. Resultatene er vist som odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall. Verdier under 1,0 viser en negativ sammenheng, det vil si at de som underestimerer sin overvekt har færre angst/depresjonsplager enn de som har en mer korrekt oppfattelse av egen overvekt. Konfidensintervall som strekker seg over verdien 1,0 er ikke statistisk signifikante, hvilket betyr at det ikke er noen forskjell i angst/depresjonsplager mellom de som underestimerer sin overvekt og de som ikke gjør det. Figuren er tidligere publisert i engelsk utgave i artikkelen: Kvaløy et al. (8), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031810>, © Forfattere, lisensiert under CC BY-NC 4.0

I Studie 2 fant vi altså kjønnsmessige forskjeller relatert til sammenhengen mellom underestimering av overvekt og symptomer på angst og depresjon blant samiske og ikke-samiske deltakere. Den kjønnsmessige forskjellen påvist i gruppen av samer og ikke-samer var vanskelig å forklare. Blant samer kan det likevel tenkes at fornorskingsprosessen, kulturell marginalisering og økt press på konformitet over mange generasjoner kan ha påvirket menn og kvinner ulikt.

Noen av funnene beskrevet i dette kapitlet viser forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til spiseforstyrrelser og kroppsbylde, og dette er kjønnsforskjeller som også er funnet i andre studier. De kjønnsmessige forskjellene vi fant relatert til sammenhengen mellom

underestimering av overvekt og mental helse kan reflektere et samfunn i forandring hvor blant annet mange kvinner har forlatt hjembygda og tatt høyere utdanning, mens mennene har blitt igjen der de har vokst opp. Dette har også vært en trend i andre urfolkssamfunn. Til sammen kan dette tyde på en voksende grad av forskjeller mellom samiske kvinner og menn som i større grad burde fokuseres på hva gjelder forebyggende tiltak.

Oppsummering

Totalt sett fant vi ingen forskjeller mellom den samiske og ikke-samiske gruppen hva gjelder symptomer på spiseforstyrrelser. Symptomer på spiseforstyrrelser var vanligere blant kvinner enn menn, og de fleste med disse symptomene hadde overvekt eller fedme.

Generelt var det flere menn enn kvinner som underestimerte overvekten sin. Blant samiske menn og ikke-samiske kvinner som underestimerte sin egen overvekt, var det færre som rapporterte symptomer på angst og depresjon sammenlignet med overvektige som hadde en mer presis oppfattelse av vekten sin. Det kan derfor se ut som at overvektige som er fornøyd med kroppen sin, har bedre psykisk helse enn de som synes de er for tykke.

Referanser

1. Thurston IB, Sonnevile KR, Milliren CE, et al. Cross-sectional and prospective examination of weight misperception and depressive symptoms among youth with overweight and obesity. *Prev Sci* 2017;18:152-63. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0714-8>.
2. Kvaløy K, Melhus M, Silviken A, et al. Disordered eating in Sami and non-Sami Norwegian populations: the SAMINOR 2 Clinical Survey. *Public Health Nutrition* 2018;21(6). <https://doi.org/10.1017/S1368980017003597>.
3. Wong CY, Zalilah MS, Chua EY, et al. Double-burden of malnutrition among the indigenous peoples (Orang Asli) of Peninsular Malaysia. *BMC Public Health* 2015;15:680. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2058-x>.
4. Lotten S. Spiseproblemer, psykisk helse og selvbylde blant nordnorsk ungdom. 5. årsoppgave i medisinstudiet. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2003. <https://hdl.handle.net/10037/779>.
5. Swami V, Tovee MJ. Perceptions of female body weight and shape among Indigenous and urban Europeans. *Scand J Psychol* 2007;48:43-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00526.x>.
6. Matsumoto A, Rodgers RF. A review and integrated theoretical model of the development of body image and eating disorders among midlife and aging men. *Clinical Psychology Review* 2020;81:101903. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101903>.
7. Eik-Nes T, Romild U, Guzey I, et al. Women's weight and disordered eating in a large Norwegian community sample: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *BMJ Open* 2015;5:e008125. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008125>.
8. Kvaløy K, Melhus M, Silviken A, et al. Weight underestimation linked to anxiety and depression in a cross-sectional study of overweight individuals in a Sami and non-Sami Norwegian population: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9:e031810. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031810>.
9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. Ethnic differences in the prevalence of general and central obesity among the Sami and Norwegian populations: the SAMINOR study. *Scand J Public Health* 2010;38:17-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Eriksen AMA, Hansen KL, Schei B, et al. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1508320. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1508320>.