

Spiseproblemer, psykisk helse og selvbilde blant nordnorsk ungdom

**5.årsoppgave i Stadium IV -
medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø**

Student: Siv Lotten, kull –98

Vegleder: Siv Kvernmo, ISM, Med.fak, UiTø

Tromsø, september 2003

INNHOLD

Resymé.....	s 3
Introduksjon...	s 4
Metode.....	s 9
Resultater.....	s 12
Diskusjon.....	s 15
Tabeller.....	s 18
Referanser.....	s 24

RESYMÉ

Introduksjon

Formålet med studien var å kartlegge utbredelsen av spiseproblemer blant nordnorsk ungdom, med spesiell vekt på etniske forskjeller mellom samer, kvener og nordmenn. I tillegg ville vi undersøke om det er en sammenheng mellom spiseproblemer, psykisk helse og selvfølelse. Vi ønsket også å se på forskjeller i spisemønster mht kjønn, alder og kroppmasseindeks (KMI).

Metode

Materialet er hentet fra Ung i Nord-undersøkelsen, en spørreundersøkelse utført i Nordland, Troms og Finnmark i 1994 og 1995. Deltagere var ungdom i 21 videregående skoler. Totalt 4019 elever ble invitert til å delta, hvorav 3417 (85%) svarte. Vi valgte ut de 2742 elevene i alderen 15 tom 18 år som hadde besvart spørsmålene om spiseproblemer.

Spiseproblemer ble målt med en 12-spørsmåls versjon av Eating Attitude Test (EAT). Psykisk helse ble målt vha Youth Self Report (YSR). Harter's Self Perception Profile for Adolescents (SPPA) og Rosenberg's Stability of Self Scale (RSSS) ble brukt som mål på selvbilde.

Resultater

I totalpopulasjonen var forekomsten av bulemiske spiseproblemer 5,7% for jenter og 2,2% for gutter. Anorektiske spiseproblemer lå på 1,9% og 1,0%, mens problematisk slankeatferd lå på 15,6% og 2,4% hos hhv jenter og gutter.

Samiske gutter hadde signifikant høyere forekomst av alle typer spiseproblemer enn de norske og kvenske. Samiske jenter hadde derimot signifikant mindre bulemiske spiseproblemer enn sine norske og kvenske medsøstre.

Spiseproblemer er relatert til mange typer atferdsproblemer. Når det gjelder selvbilde, er det dårlige skoleprestasjoner som oftest er relatert til det å ha et spiseproblem.

Konklusjon

Det er viktig at man som helsepersonell er klar over at det ikke bare er spiseproblemet i seg selv som skal behandles, men at man samtidig må forsøke å fange opp ulike sider av ungdommers psykiske helse og trivsel som synes knyttet til spiseforstyrrelser, enten som bakenforliggende eller utløsende faktor.

INTRODUKSJON

Prevalensen av spiseforstyrrelser i ungdomsalderen har økt i løpet av en 50-årsperiode fra 1935 til og med 1984 (1). Insidensraten har vært konstant for kvinner på 25 år eller eldre, men det har vært en økning for kvinner fra 15 til 24-årsalder. Det ser i ikke ut til å ha vært noen økning hos menn i denne perioden. Dette samsvarer med hva Finn Skårderud skriver i sin lærebok om nervøse spiseforstyrrelser (2), nemlig at epidemiologiske studier nå mener å kunne dokumentere en økende utbredelse. Han hevder i tillegg følgende: "Dagens spiseforstyrrelser er i en slik grad en spissformulering av den postindustrielle kulturen at det simpelthen er usannsynlig at de hadde samme utbredelse et halvt århundre tilbake." Man mener også at uspesifiserte spiseforstyrrelser eller spiseproblemer trolig er mer vanlig blant ungdom enn klassiske spiseforstyrrelser slik som anorexia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN) (3). Sett fra et klinisk synspunkt er spiseforstyrrelser en av de mest dødelige sykdommer blant ungdom, både på grunn av selvmord og som følge av underernæring. Mortalitetsraten ligger på 0-10,3% for AN (4-9) og 0-1,1% for BN (9-11). Tallene for BN er mest usikre, siden det her foreligger færre studier om emnet. Sykdommene er dessuten langvarige, og behandlingen er langvarig og ressurskrevende. Studier om langtidsutkomme viser at rundt 25% av de med AN får en kronisk spiseforstyrrelse (2, 5). I følge en annen studie (9), kan 59% av de med AN regne med å bli friske, mens 35% fortsatt vil ha en eller annen form for et spiseproblem. Når det gjelder BN er prognosen litt bedre: 74% blir friske, mens 22% fortsatt vil ha et spiseproblem (9).

Spiseforstyrrelser er et relativt nytt felt innenfor psykiatrien, og det er begrensede kunnskaper blant helsepersonell om emnet. Å sette fokus på og øke kunnskapen om denne sykdomsgruppen er derfor viktig.

Definisjoner

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser der sentrale kjennetegn er opptatthet av vekt og figur og forstyrret spiseatferd (12). Det finnes ulike typer spiseforstyrrelser og spiseproblemer. **De klassiske spiseforstyrrelsene** er anorexia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN). I henhold til ICD-10 (13) karakteriseres de slik:

Anorexia nervosa: Lidelse karakterisert ved bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. Følgende kriterier kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

1. Kroppsvekten holdes minst 15% under forventet vekt eller Quetelets kroppsmasseindeks ($KMI = \text{vekt (kg)} : [\text{høyde (m)}]^2$) er 17,5 eller mindre.
2. Vekttapet er selvfremkalt ved at "fetende" mat unngås. Ett eller flere av følgende kan også være til stede: selvfremkalt brekninger og bruk av avføringsmidler, overdreven trening og bruk av appetitt-dempende midler og diuretika.
3. Forstyrret kroppssoppfatning i form av en spesifikk psykopatologi, der frykten for å bli overvektig vedvarer i form av en påtrengende, overdrevet idé, og individet pålegger seg selv en lav vektgrense.
4. Omfattende endokrin sykdom som omfatter aksene hypothalamus-hypofyse-gonader. Viser seg som amenorré hos kvinner og tap av seksuell interesse og potens hos menn.
5. Ved prepubertalt utbrudd blir den pubertale utviklingen forsinket.

Bulimia nervosa: Syndrom karakterisert ved gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten, noe som fører til at individet tar i bruk ekstreme virkemidler for å dempe den "fetende" virkningen av inntatt mat. Diagnostiske kriterier:

1. Vedvarende opptatthet av spising og uimotståelig trang til mat, pasienten henfaller til episoder med overspising der store matmengder blir konsumert på kort tid.
2. Pasienten prøver å oppveie den "fetende" virkningen av mat på en eller flere av følgende måter: selvfremkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sulteperioder, bruk av appetittdependerende midler, tyreoide preparater eller diuretika.
3. Psykopatologien består av en sykkelig frykt for overvekt, og pasienten setter en klart definert vektgrense som er langt under den premorbide vekten som etter legens oppfatning representerer en optimal eller sunn vekt. Det foreligger ofte en sykehistorie med en tidligere episode av AN.

I tillegg finnes det tilstander som kategoriseres som **atypisk AN eller BN**. Benevnelsene brukes på personer som mangler en eller flere av de nevnte nøkkelegenskapene for AN (for eksempel amenorré) eller BN, men som på annen måte viser et ganske typisk klinisk bilde. En spesiell gruppe kalles **binge eaters** (14). Disse overspiser på samme måte som de med BN, men unnlater "rensingen" ved hjelp av for eksempel oppkast og bruk av avføringsmidler. En rekke mennesker har dessuten det man kan kalle spiseproblemer, uten at de fyller kravene for de ovennevnte diagnosene. Man kan si at disse har en uspesifisert eller subklinisk spiseforstyrrelse. Studier har vist (15) at disse har økt sannsynlighet for å få alvorligere spiseforstyrrelser.

Forekomst

Vanligste alder for oppstart av AN er fra ca. 14 til 17 års alder (16-19). Sykdomsdebut for BN vanligvis er noe senere enn for AN, nemlig mellom 17 og 25 år (10, 12, 20). I følge Steinhausen (16) er peak onset for BN 18 år.

Tall fra en norsk studie (15) viser at prevalensen av spiseproblemer blant ungdom ligger på totalt 3,8%. Dette samsvarer med en amerikansk studie (21), der totalt 3,0% av ungdommene hadde en spiseforstyrrelse og 5,8% rapporterte om ett eller flere symptomer på spiseforstyrrelse. Forekomsten av spiseproblemer er høyere blant jenter enn blant gutter. Prevalensen hos jenter ligger på 6,2-18% og hos gutter på 1-2% (15, 22-26). Norge ser ikke ut til å skille seg nevneverdig fra land som England og USA.

Komorbiditet/risikofaktorer

Flere studier har vist at ungdom med spiseforstyrrelser har høyere risiko for emosjonelle og psykiske helseproblemer sammenlignet med sine jevnaldrende. Man har funnet indikasjoner på sterk sammenheng mellom spiseforstyrrelser, psykologisk velbefinnende og selvbilde (26). Zaider et al (21) fant dessuten at man har økt risiko for psykisk komorbiditet selv om man ikke helt fyller kriteriene for en spesifikk spiseforstyrrelse. En undersøkelse av jenter med AN (27), viste at bare 2% ikke hadde andre psykiatriske problemer. Når man sammenligner de som overspiser og renser seg med de som har anorektiske symptomer, ser man at førstnevnte har mer psykopatologi av både spisespesifikk og ikke-spesifikk karakter og flere komorbide diagnoser som depresjon og opposisjonell atferd (28).

Psykiske lidelser

Angst

Lock et al, 2001 (29) fant at både gutter og jenter med spiseforstyrrelser hadde økt risiko for stress eller alvorlig engstelse. Andre studier støtter opp om dette (17, 21, 23, 24, 26, 27), da de viser signifikant økt forekomst av angst og panikk lidelse hos de med spiseforstyrrelse/høy skår på EAT-testen.

Depresjon

Forekomsten av depresjon og dysthymi er høyere blant ungdom med spiseforstyrrelser enn blant de uten (15, 17, 21, 23, 26-31). Råstam fant i sin undersøkelse av svenske jenter med AN (27) at depressive symptomer så ut til å komme i forløpet av spiseforstyrrelsen. Slike symptomer så ikke ut til å foreligge før spiseforstyrrelsen hadde oppstått, da depressive symptomer faktisk var vanligere i kontrollgruppen. AN-gruppen hadde dessuten alvorligere depressive trekk, med flere dype depresjoner. I en av studiene (10) fant man at ungdom med dysthymi og alvorlige depressive lidelser hadde signifikant større sannsynlighet for å ha en spiseforstyrrelse. Dysthymi var signifikant assosiert med en spiseforstyrrelse etter at man hadde kontrollert for tilstedeværelsen av panikkklidelse og depresjon. Derimot var verken panikkklidelse eller alvorlig depresjon uavhengig assosiert med å ha en spiseforstyrrelse etter at man hadde kontrollert for effektene av andre akse I-diagnoser (andre angst-, stemningslidelser og stoffmisbruk) og personlighetsforstyrrelser. Bjørn Lau fant i en norsk studie at vekt- og spisebekymringer kunne predikere depressive symptomer hos jenter, men ikke hos gutter (32).

Personlighetsforstyrrelser og antisosial/normbrytende atferd

Man har sett at spiseforstyrrelser er assosiert med personlighetsforstyrrelser (17, 23). Det samme fant Zaider et al (21) i sin studie, men bare obsessiv-kompulsiv personlighetsforstyrrelse predikerte symptomer på spiseforstyrrelse etter at man hadde kontrollert for andre personlighetsforstyrrelser. En studie av jenter med AN (27) viste at disse hadde større forekomst av premorbide personlighetsforstyrrelser enn kontrollgruppen. I en studie (23) ble antisosial/normbrytende atferd assosiert med spiseforstyrrelser.

Selvbilde

Dårlig selvbilde er også i flere studier satt i sammenheng med spiseforstyrrelser (15, 24, 26). I en amerikansk studie av High school-jenter (24) viste multippel regresjonsanalyse at skåren på skalaen for selvfølelse kunne forklare 17% av variasjonen i EAT-skår. Man så i én studie (26) at sammenhengen var signifikant for generell misnøye, misnøye med familien og med kroppen. Sammenheng med misnøye med kroppen fant man også i to andre studier (15, 31). Ustabilt selvbilde er også assosiert med spiseproblemer (15, 31). En norsk studie tyder på at globale negative "self-evaluations" predikerte vekt- og spisebekymringer hos både gutter og jenter.

Selv mord

Spiseforstyrrelser er assosiert med hyppige selvmordstanker (29) og selvmordsforsøk (23). Angående selvmordsforsøk gjaldt dette etter at man hadde kontrollert for alder, kjønn, sosioøkonomisk status, samtidige psykiatriske sykdommer, helseproblemer i ungdomstiden, BMI og helsebekymringer i voksen alder. En metaanalyse av 42 studier av pasienter med AN (4), viste en gjennomsnittlig dødelighet på 5,9%. Av disse dødsfallene skyldtes 27% selvmord.

Risikoatferd

I følge noen studier synes ungdom med spiseforstyrrelser å bruke mer tobakk, alkohol og narkotiske stoffer enn andre (17, 24, 29). I en annen (15) studie så ikke spiseforstyrrelser ut til å være relatert til stoffmisbruk, men derimot til antall alkoholintoksikasjoner. De som driver med hyppig binge eating, røyker mer og har oftere alkoholintoksikasjoner enn de med andre spiseforstyrrelser (33). I tillegg har ungdom med spiseforstyrrelser flere seksuelle partnere og er mer utsatt for seksuelle overgrep sammenlignet med andre (24, 29).

Wichstrøms studie (31) viser i likhet med flere andre studier at initiell forstyrrelse av spisemønster, kjønn, depressivt humør, misnøye med kroppen, ustabile selv-persepsjoner, selvoppfattede fedme, overdreven trening og å ha idoler med perfekte kropper, alle predikerte forstyrret spisemønster. **Men** når man kontrollerte for den initiale symptombelastningen, bidro disse variablene – unntatt kjønn – bare marginalt til å predikere forstyrret spisemønster. Han sier at det fra studien ikke kan dras noen konklusjoner om at psykologiske faktorer spiller en vesentlig etiologisk rolle i utviklingen av spiseforstyrrelser. Samtidig påpeker han at tidligere studier har vist en slik sammenheng, men kan hende har man ganske enkelt identifisert effektene av spiseforstyrrelser i seg selv.

KMI

Man har sett at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom overvekt og spiseproblemer (23, 26). Derimot ser man oftere spiseproblemer hos dem med størst forskjell mellom aktuell vekt og ønsket vekt (23). Dessuten kan oppfattet vekt ha mer å si for utviklingen av en spiseforstyrrelse enn aktuell vekt (24). I Wichstrøms undersøkelse fra 1995 (15) var oppfattet fedme den sterkeste assosierte faktoren til spiseforstyrrelser. Selv om de fleste typer vektreduserende metoder blir brukt av ungdom som foretrekker å veie mindre, er bruk av slike metoder også blitt rapportert i andre grupper.

Kjønn

Menn/gutter med spiseforstyrrelser er svært like kvinner/jenter med spiseforstyrrelser når det gjelder psykiske og sosiale faktorer (15, 25, 34). Menn i alderen 15-64 år med spiseforstyrrelser, har høyere rater av psykiatrisk komorbiditet (depresjon, angst, sosial fobi, enkel fobi, panikktilstand, generelle angsttilstand og alkoholisme) og mer psykososial sykdom enn menn uten spiseforstyrrelser (34). Yngre gutter (skoleungdom) med spiseforstyrrelser har mer depresjon, dårligere følelsesmessig bevissthet, mer perfektjonisme, mer restraint (hemming, hemmende tanker), dårligere selvfølelse, mer negative følelser og økt Risk Index Score sammenlignet med gutter uten spiseforstyrrelser. Derimot ser man ingen forskjell når det gjelder: sigarettøyking, alkoholinntak, seksuelle følelser, skoleprestasjoner, sosial kompetanse, positive følelser og tvang (25).

Når det gjelder forskjeller mellom kjønnene, har man i en undersøkelse sett at spiseforstyrrelser er mer knyttet til misnøye med kroppsvekt hos jenter enn hos gutter (33). I den samme undersøkelsen hadde både jenter og gutter med spiseforstyrrelser høyere nivå av depresjon og dårligere selvtilit enn de uten spiseforstyrrelser, men jenter hadde mer selvmordstanker og kranling med foreldrene sine.

Kultur/etnisitet

I en review-artikkel om spiseforstyrrelser i ulike kulturer (35), konkluderes det med at både nylige tverrkulturelle studier og historisk materiale i psykiatrisk litteratur overdriver betydningen av nåværende vestlige holdningers rolle i utviklingen av spiseforstyrrelser. Kulturell vektlegging av å være slank og å gå på diett kan muligens øke risikoen for AN eller BN og være med på å forme det kliniske bildet. Likevel virker det ikke som om dette kulturelle presset er nødvendig for å utvikle en spiseforstyrrelse. Den samme artikkelen hevder at de få epidemiologiske studiene som finnes fra ikke-vestlige kulturer tyder på at spiseforstyrrelser generelt er uvanlige i disse kulturene og hos etniske minoriteter i Vesten, men det finnes noen unntak. For eksempel øker forekomsten av AN i Japan raskt, og forekomsten av spiseforstyrrelser blant sør-asiatiske skolejenter i Bradford er uventet høy.

DiNicola (36) lanserte i 1990 begrepet "culture-transition" syndrome. Med det mente han at AN opptrer med spesielt høy frekvens i kulturer i rask forandring, for eksempel som i det moderne Japan.

I en studie av skolejenter på Fiji (37) fant man at introduksjonen av fjernsyn i et tidligere tradisjonelt samfunn omtrent uten anorexi, hadde negativ innvirkning på holdninger til mat og spiseatferd fra 1995 til 1998. Intervjuer viste eksplisitt at endrede holdninger til diett, vekttap og estetiske kroppsidealer i venneflokken kunne knyttes til et vestlig mediabilde. På Fiji hadde man tradisjonelt en kultur med et robust kroppsideal og verdsetting av god appetitt.

Gunewardene et al publiserte i 2001 en tversnittsstudie (38) der man sammenlignet jenter fra 12-16 år i Kina og Australia. Undersøkelsen omfattet kinesere, australiere og jenter med kinesisk bakgrunn som bodde i Australia. Man fant da at eksposisjon for vestliggjøring var en signifikant prediktor for slankeatferd. Australiske jenter slanket seg mer enn både jenter i Kina og jenter med kinesisk bakgrunn som bodde i Australia.

I en amerikansk undersøkelse (39) var forekomsten av spiseproblemer for begge kjønn størst blant spanskættede og indianere. Svarte kvinner var de som i minst grad rapporterte forstyrret spiseatferd. De ulike gruppene hadde også ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer. For eksempel var selvfølelse en signifikant beskyttende faktor for spanskættede og asiatiske jenter, men ikke for svarte eller indianere. I en annen amerikansk undersøkelse (40) fant man at sammenlignet med hvite, rapporterte afrikanske amerikanere mindre vektrelaterte bekymringer/atferd. Spanskættede, asiatiske og indianske amerikanere rapporterte i lik eller større grad enn hvite om slike bekymringer/atferd. Dette gjaldt jentene. Hos guttene hadde denne problematikken lik eller høyere prevalens blant alle ikke-hvite enn hos hvite.

Problemstillinger

Det er hittil gjort relativt få studier på dette området i Norge (22, 31), og etter det vi vet ingen i Nord-Norge.

I denne studien ønsket vi å kartlegge utbredelsen av spiseproblemer blant nordnorsk ungdom. Siden vår studie er fra Nord-Norge, der det bor både nordmenn, samer og kvener, var det interessant å se etter etniske forskjeller når det gjaldt spiseproblemer. Vi ville dessuten undersøke forskjeller mellom jenter og gutter. I tillegg ville vi undersøke om det var en sammenheng mellom spiseproblemer, psykisk helse og selvbilde. Dette gjorde vi ved å sammenligne ungdom med anorektiske, bulemiske og andre spiseproblemer, med ungdom uten slike problemer. Vi ønsket også å se om det er forskjeller i spisemønster mht alder og KMI.

METODE

Ung i Nord-undersøkelsen

Ung i Nord-undersøkelsen var en anonym spørreundersøkelse utført i Nord-Norge i 1994 og 1995. Deltagere var ungdom i 21 videregående skoler i Norges tre nordligste fylker, Nordland, Troms og Finmark. Et viktig mål med denne undersøkelsen var å studere ungdom med ulik etnisk bakgrunn, spesielt samisk. Derfor ble det valgt ut skoler i områder der det også var en samisk bosetning. I Norge begynner 96% av ungdommen på videregående skole, som vanligvis varer i tre år. På grunn av at noen ikke fullfører og at noen kurs tar mindre enn tre år å fullføre, er ca 80% av 18-åringene på videregående skole. Elevene er vanligvis i alderen 15-19 år. I vår studie ville vi ha 18 år som øvre aldersgrense fordi dette er øvre begrensning for bruk av Youth Self-Report questionnaire (YSR) (41).

Utvalg

Alle elevene ved de 21 utvalgte skolene ble invitert til å delta i Ung i Nord-undersøkelsen (4019 elever); 286 (7,1%) ville ikke delta, 260 (6,4%) kunne ikke fylle ut skjema grunnet lengre sykehusopphold, alvorlige lesevansker, eller de kunne ikke oppspores, og 56 elever (1,3%) trakk seg til slutt fra undersøkelsen. Dette ga en svarprosent på 85, dvs 3417 elever. Tjuefem elever ble ekskludert fra studien på grunn av mismatch mellom identifiseringsnumrene på del en og to av spørreskjemaet eller på grunn av ufullstendige data. Studenter med utenlandsk bakgrunn (n=33) ble også ekskludert. Dette gir et utvalg på 3359.

For denne studien valgte vi av disse ut alle elever i alderen 15 til og med 18 år som hadde svart på spørsmålene om spiseproblemer. Utvalget omfattet da 2742 elever.

Aldersfordeling er beskrevet i **tabell 1**. Gjennomsnittsalder i utvalget var 16,91 (SD ,83) år. Det var 1427 (52%) jenter og 1315 (48%) gutter. Antallet norske, samiske og kvenske elever i utvalget fremgår av **tabell 2**.

Prosedyre

Det ble innhentet godkjenning av spørreundersøkelsen fra Utdannings- og forskningsdepartementet, Datatilsynet, de lokale skolemyndighetene, skolestyrene og den regionale medisinske etiske komitéen. Undersøkelsen ble utført på skolene av lærere spesielt opplært for formålet, og som var forsknings-teamets bånd til skolene og elevene. Disse lærerne ble opplært på et dagsseminar arrangert av forsknings-teamet. Alle elevene ga sitt skriftlige samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Spørsmålene omhandlet en rekke forskjellige temaer angående ungdomstiden, psykisk helse og etnisitet. Spørreskjemaene ble fylt ut i løpet av to vanlige skoletimer á 45 minutter. Studentene ble instruert til å legge de utfylte skjemaene i en konvolutt og forsegle den. En lærer hadde tilsyn med elevene i klassen under gjennomføringen. For å unngå at elevene skulle påvirke hverandres svar, svarte alle samtidig. Studenter som hadde samtykket til å delta, men som ikke var til stede under disse to timene, svarte på spørsmålene ved en senere anledning. Siden datainnsamlingen var den første bølgen av en longitudinell studie, ble studentene informert om at man ville oppbevare ID-nummer med navn og adresse i skolens arkiver. På den måten hadde skolen tilgang til ID-nummerene og navnene, men ikke spørreskjemaene, mens forskerne hadde tilgang til ID-nummer og spørreskjema, men ikke navnene.

Mål

Etnisitet

Etnisitet ble definert ut ifra besteforeldres og foreldres språklige tilhørighet og rapportert etnisitet for foreldre. (42, 43). De tre etniske gruppene var samer, kvener og nordmenn. Samene er urfolket i den arktiske delen av Skandinavia. Kvenene er etterkommere av finskspråklige innvandrere fra nordlige Finland og Sverige. Nordmennene utgjør majoriteten av befolkningen.

Eating Attitude Test (EAT)

Spiseproblemer ble målt med en 12-spørsmåls versjon av EAT-26 (44). Fire spørsmål fra hver av de tre faktorene i EAT-26, utgjorde en kortversjon av skalaene EAT diet, EAT bulimia og EAT anorexia. Disse tre skalaene utgjorde så en samleskala for totale spiseproblemer, EAT-total. Kriteriene for utvelgelsen av spørsmålene for de ulike skalene var vekten av hvert spørsmål og at de skulle være meningsfulle klinisk. En firedelt poengskala ble brukt, fra "0"= aldri via "1"= sjelden og "2"=ofte til "3"= alltid. For nærmere beskrivelse av EAT-12, se Wichstrøms artikkel (17). For de ulike skalaene ble følgende cut-off benyttet: EAT diet cutoff 3/4, EAT bulimia cutoff 2/3, EAT anorexia cutoff 3/4 og EAT total cutoff 8/9. Informanter som var over cut-off regnes som å ha et klinisk spiseproblem: Problematisk slankeatferd = EAT diet, bulemiske spiseproblemer = EAT bulimia, anorektiske spiseproblemer = EAT anorexia og totale spiseproblemer = EAT total.

Youth Self Report (YSR)

Psykisk helse ble målt vha YSR, et spørreskjema for selvrappotering av atferdsproblemer for aldersgruppen 11-18 år. Dette består av 112 spørsmål som beskriver et bredt utvalg av problemer og tar med problematferd de seks siste månedene før undersøkelsestidspunktet (41). Deltakerene blir bedt om å sette ring rundt "0" dersom utsagnet ikke passer, "1" dersom det passer til en viss grad eller iblant og "2" dersom det passer bra eller ofte. Man brukte norske og samiske versjoner av YSR (kvensk ungdom har oftest norsk som førstespråk). Profesjonelle tospråklige oversettere hadde oversatt YSR til samisk med en uavhengig tilbakeoversetting, og instrumentene var testet i en tidligere studie (42). Små språklige endringer i den samiske versjonen ble gjort i henhold til respondentenes tilbakemeldinger. YSR deles i tre hovedskalaer og åtte underskalaer. I denne studien var det underskalaene som ble benyttet; tilbaketreking, somatiske plager, angst/depresjon, sosiale problemer, tankeforstyrrelser, oppmerksomhetsproblemer, normbrytende atferd og aggressiv atferd.

Harter's Self Perception Profile for Adolescents (SPPA)

Selvilde og fysisk selvoppfattelse ble målt ved hjelp av Harters Self Perception Profile for Adolescents (SPPA) (45). Her er det skalaer for: Skoleprestasjoner, sosial aksept, fysiske ferdigheter, praktisk selvilde, fysisk utseende, romantisk appell, nære venner og globalt selvilde.

Rosenberg's Stability of Self Scale (RSSS)

For å måle ustabil selvilde, brukte man en revidert utgave av Rosenberg's Stability of Self Scale (46), utviklet av Alsaker & Olweus (47). Fem spørsmål tapper respons på utsagn på en fire-punkts skala som beskriver selvoppfattet ustabilitet slik som "Noen ganger har jeg et veldig positivt bilde av meg selv, andre ganger et veldig negativt".

Kroppsmasseindex (KMI)

KMI var basert på selvrapportering av høyde og vekt.

Statistikk

Det ble utført Student's t-test for å se på sammenhenger mellom fire ulike EAT-variabler og YSR, SPPA, RSSS og KMI (n=2742). YSR, SPPA, RSSS og BMI ble først sjekket med hensyn på normalfordeling. Vi brukte et signifikansnivå $\leq 0,01$.

I tillegg ble det utført chi-kvadrat-tester for å se om det var en signifikant forskjell mellom spiseforstyrrelser og kjønn, alder og etnisitet. Ved oppdeling av utvalget i ulike etniske grupper, brukte vi et signifikansnivå $\leq 0,05$ siden utvalgene her ble relativt små.

RESULTATER

Forekomst

Tabell 3 er en oversikt over prevalensen av spiseproblemer i utvalget. Her ser man at i totalpopulasjonen hadde jenter en høyere prevalens av spiseproblemer enn guttene. Det var signifikante forskjeller når det gjaldt problematisk slankeatferd ($X^2(1, 2742)=142,36$, $p=0,000$), bulemiske spiseproblemer ($X^2(1, 2742)=21,41$, $p=0,000$) og totale spiseproblemer ($X^2(1, 2742)=40,71$, $p=0,000$). Dette gjaldt også for den kvenske populasjonen; Problematisk slankeatferd: $X^2(1, 320)=32,23$, $p=0,000$; bulemiske spiseproblemer: $X^2(1, 320)=4,03$, $p=0,045$; totale spiseproblemer: $X^2(1, 320)=5,89$, $p=0,015$. I den norske populasjonen var det signifikante kjønnsforskjeller for alle fire EAT-variablene. Problematisk slanking: $X^2(1, 1820)=106,49$, $p=0,000$; bulemiske spiseproblemer: $X^2(1, 1820)=33,99$, $p=0,000$; anorektiske spiseproblemer: $X^2(1, 1820)=9,35$, $p=0,002$; totale spiseproblemer: $X^2(1, 1820)=46,43$, $p=0,000$. I totalpopulasjonen så man at det blant jenter var vanligst med problematisk slankeatferd (15,6%) og minst vanlig med anorektiske spiseproblemer (1,9 %). 5,7% hadde bulimi og 5,9% skårte over cutoff på skalaen for totale spiseproblemer. Guttene ligger på et lavere nivå av spiseproblemer på alle fire EAT-skalaene enn jentene, men også blant guttene er det vanligere med bulemiske (2,2%) enn anorektiske spiseproblemer (1,0%). Derimot er det mye mindre slankeatferd hos guttene (2,4%) enn hos jentene (15,6%).

Den samiske delen av populasjonen skilte seg ut fra resten ved at det blant guttene var en høyere andel som hadde bulemiske og anorektiske spiseproblemer enn blant jentene. Denne forskjellen var imidlertid signifikant bare for bulemiske spiseproblemer ($X^2(1, 602)=5,41$, $p=0,020$). Når det gjaldt problematisk slankeatferd, var det også blant samene høyst forekomst blant jenter ($X^2(1, 602)=11,39$, $p=0,001$).

Vi fant følgende signifikante forskjeller mellom forekomsten av spiseproblemer i de ulike etniske gruppene: De samiske jentene hadde mindre bulemiske spiseproblemer enn de norske og kvenske ($X^2(2, 1427)=13,80$, $p=0,001$). Når det gjaldt totale spiseproblemer, var det også de samiske jentene som hadde lavest forekomst, og de norske jentene hadde høyest forekomst ($X^2(2, 1427)=5,99$, $p=0,050$). Blant guttene var det signifikante forskjeller mellom etniske grupper i alle fire EAT-kategoriene. De samiske guttene hadde høyere forekomst av alle typer spiseproblemer enn norske og kvenske; Problematisk slankeatferd: ($X^2(2, 1315)=6,64$, $p=0,036$); bulemiske spiseproblemer: $X^2(2, 1315)=10,00$, $p=0,004$; anorektiske spiseproblemer: $X^2(2, 1315)=9,43$, $p=0,009$; totale spiseproblemer: $X^2(2, 1315)=15,19$, $p=0,001$.

Chi-kvadrat-tester for sammenheng mellom alder og spiseproblemer, viste signifikant sammenheng mellom alder og problematisk slankeatferd, men bare blant jenter ($X^2(3, 1427)=12,71$, $p=0,005$). Femtenåringene hadde den høyeste andelen med problematisk slankeatferd (20,0%), med attenåringene hakk i hel (19,3%). Blant seksten- og syttenåringene var tallene på henholdsvis 11,2 og 16,7%.

Spiseproblemer og psykisk helse

Tabell 4-7 viser sammenhengene mellom YSR og de fire EAT-skalaene. Spiseproblemer er signifikant relatert til flere typer atferdsproblemer, spesielt hos jentene.

Jenter med bulemiske spiseproblemer har signifikant mer psykiske problemer sammenlignet med sine medsøstre uten bulemiske spiseproblemer. Dette inkluderer tilbaketrekning, somatiske plager, angst/depresjon, sosiale problemer, tankeforstyrrelser, oppmerksomhetsproblemer, normbrytende og aggressiv atferd. De med problematisk slankeatferd har økt forekomst av alle typer atferdsproblemer unntatt sosiale problemer. Jenter med anorektiske spiseproblemer har også økt forekomst av psykiske problemer som somatiske plager, sosiale problemer, oppmerksomhetsproblemer, normbrytende og aggressiv atferd – men ikke av tilbaketrekning, angst/depresjon og tankeforstyrrelser - enn andre. Når det gjelder totale spiseproblemer ser man økt forekomst av somatiske plager, angst/depresjon, tankeforstyrrelser, oppmerksomhetsproblemer og aggressiv atferd.

Gutter med anorektiske spiseproblemer hadde ingen signifikant økning av noen psykiske problemer målt med YSR. Aggressiv atferd var derimot økt for både de med bulemiske spiseproblemer og de med høy totalskåre av spiseproblemer. Dessuten var det mer normbrytende atferd blant de med bulemiske spiseproblemer og de med høy skåre på totale spiseproblemer. I tillegg hadde guttene med problematisk slankeatferd mer angst/depresjon enn de uten.

Spiseproblemer og selvbilde

Tabell 8-11 viser sammenhengen mellom selvfølelse målt med SPPA og RSSS, og spiseproblemer. Som for psykisk helse, var det sammenheng mellom flere ulike variabler for selvfølelse og spiseproblemer blant jentene enn blant guttene.

Jentene som skårte over cutoff for problematisk slankeatferd, hadde signifikant lavere skoleprestasjoner enn jenter som ikke slanket seg. Imidlertid hadde de lavere skårer på skalaen for ustabil selvbilde, noe som betyr at de faktisk har et mer stabilt selvbilde enn de andre. Jenter med bulemiske spiseproblemer hadde et signifikant bedre praktisk selvbilde. Det samme gjaldt for de som skårte over cutoff på skalaen for totale spiseproblemer. Disse hadde dessuten høyere skårer på skalaen for nære venner, og i tillegg et mer stabilt selvbilde. Skoleprestasjonene var derimot dårligere hos disse jentene enn jentene uten spiseproblemer.

Hos gutter med bulemiske spiseproblemer var det lavere skoleprestasjoner enn hos de uten bulemiske spiseproblemer. Det samme gjaldt de som skårte over cutoff på totale spiseproblemer. Man fant ingen signifikante sammenhenger mellom selvbilde og problematisk slankeatferd.

Når det gjaldt anorektiske spiseproblemer, fant vi ingen signifikant sammenheng med selvbilde, verken for jenter eller gutter.

Ungdommens fysiske og globale selvbilde hadde ingen signifikant sammenheng med noen form for spiseproblemer.

Spiseproblemer og KMI

Tabellene 12-15 viser t-test for sammenhengen mellom KMI og de ulike EAT-skalaene.

Jenter som skårer over cutoff på problematisk slankeatferd, bulemiske og totale spiseproblemer, har signifikant høyere KMI enn andre jenter. For anorektiske spiseproblemer er det som forventet omvendt; dvs at jenter med anoreksi har signifikant lavere KMI enn de uten.

Blant gutter finner vi de samme tendensene, men forskjellen er signifikant bare når det gjelder slankeproblemer, der guttene med problematisk slankeatferd har høyere KMI enn de som ikke har det.

DISKUSJON

Forekomst

Totalprevalensen av spiseproblemer blant nordnorsk ungdom i vår studie var 5,9% for jenter og 1,3% for gutter. Dette er tall som for begge kjønn ligger nær tall fra en landsdekkende norsk undersøkelse (15), der tilsvarende tall var på 6,2 og 1,2%. Det må nevnes at det i disse to studiene ble brukt forskjellig cutoff på skalaen for totale spiseproblemer (EAT total), henholdsvis 8/9 og 7/8. Dette kan ha hatt innvirkning på resultatet. Likevel må man vel kunne si at det ikke ser ut til å være noen stor forskjell mellom Nord-Norge og landet forøvrig. De tydelige kjønnsforskjellene samsvarer med både norske og internasjonale studier. Jentene i totalpopulasjonen skilte seg ut med å ha en problematisk slankeatferd på hele 15,6%. Dette var jenter som ikke nødvendigvis hadde noen av de tradisjonelle bulemiske og anorektiske spiseproblemene, som i vår studie hadde forekomst på hhv 5,7 og 1,9% blant jenter. Dette støtter påstanden om at det er de uspesifiserte spiseproblemene som er vanligst blant ungdom (3). At så mange flere jenter enn gutter hadde problematisk slankeatferd, kan ha å gjøre med at kroppsidealet for jenter dreier mer i retning av å være tynn enn for guttene, som gjerne skal være mer muskuløse.

Etniske forskjeller

Den samiske gruppen skilte seg fra den norske og den kvenske gruppen på flere måter. De samiske jentene hadde mindre av både bulemiske og totale spiseproblemer. De samiske guttene hadde derimot høyere forekomst i alle fire kategorier; problematisk slankeatferd, bulemiske, anorektiske og totale spiseproblemer.

Hos samiske gutter fant vi noe overraskende en høyere andel av bulemiske og anorektiske spiseproblemer enn hos de samiske jentene. Forskjellen var signifikant bare for bulemiske spiseproblemer. Dette kan selvfølgelig være resultat av at antall personer med spiseproblemer i de etniske undergruppene ble relativt små, for eksempel 13 og 5 når det gjaldt bulemiske spiseproblemer hos hhv samiske gutter og samiske jenter. Likevel kan man ikke se bort ifra at samiske gutter har en større sårbarhet for å få denne type spiseproblemer. Ut fra vår studie kan man ikke trekke konklusjoner om årsakssammenhenger, men det kan for eksempel tenkes at samiske gutter har større vansker enn samiske jenter i møtet mellom samisk og norsk kultur. Tidligere studier av psykisk helse blant samisk ungdom har vist at gutters psykiske helse er mer sårbar for kulturelle endringer enn jenters (42). I denne studien var det en sammenheng mellom spiseproblemer og psykisk helse. Man kan tenke seg at kulturelle faktorer indirekte påvirker spiseproblemer gjennom psykisk helse. Problemet med en slik forklaring er at det i for eksempel i Wichstrøms studie (31), ikke er funnet grunnlag for å trekke konklusjoner om at psykologiske faktorer spiller en vesentlig rolle i utviklingen av spiseforstyrrelser. Den generelt lavere forekomsten av spiseproblemer blant samiske jenter sammenlignet med norske og kvenske jenter, kan være pga mindre innflytelse fra vestlig kultur, eller i det minste at det i den samiske tradisjonen kan finnes holdninger og kroppsidealer som utgjør en motvekt til de vestlige.

Dette ville være interessant å se nærmere på i nye studier.

Alder

For anorektiske, bulemiske og totale spiseproblemer fant vi ingen signifikant sammenheng med alder. Problematiske slankeatferd var derimot vanligst blant femten- og attenåringene, men bare hos jentene. I litteraturen finnes det lite informasjon om forekomsten av spiseproblemer på de enkelte årstrinn i ungdomstiden. Derimot foreligger en hypotese om at

utvikling av spiseproblemer representerer en tilpasning til puberteten (48). Fører man denne videre, kan man tenke seg at forekomsten av spiseproblemer vil være høyest i begynnelsen av ungdomstiden. Dette kan forklare den høyere forekomsten av problematisk slankeatferd hos femtenåringer. Hva som gjør attenåringene mer utsatt for slankeproblemer, er vanskelig å si. Muligens oppstår spiseproblemer også her som et tilpassingsfenomen, nå i de unges møte med en voksenverden med andre krav.

Spiseproblemer og psykisk helse

Sammenhengen mellom spiseproblemer og psykisk helse blant ungdom var klar, særlig blant jenter. Hos guttene så man de samme tendensene, men her var det færre signifikante resultater. Kjønnforskjellene kan være reelle, eller de kan være resultat av at man i utvalget har et mindre antall gutter med spiseproblemer. Andre studier (15, 25, 33, 34) har vist at menn og kvinner med spiseproblemer er svært like når det gjelder psykiske og sosiale faktorer.

Blant jentene så bulemikerene ut til å ha dårligst psykisk helse. Det var signifikant økt forekomst av alle åtte kategoriene av adferdsproblemer; tilbaketrekning, somatiske plager, angst/depresjon, sosiale problemer, tankeforstyrrelser, oppmerksomhetsproblemer, normbrytende og aggressiv adferd. Noe av forklaringen kan være at bulemiske spiseproblemer i stor grad er preget av skam og kanskje er mindre sosialt akseptert enn for eksempel anorektiske spiseproblemer. De opplever tap av kontroll under sine spiseorgier, og noen av dem kan føle seg som "mislykkede anorektikere". Det kan tenkes at dette leder til mer psykopatologi. Andre (28) har også funnet at de som overspiser og renser seg (altså de med bulemiske spiseproblemer) har mer psykopatologi enn de med anorektiske spiseproblemer. Dette er psykopatologi av både spesifikk og uspesifikk karakter og flere komorbide diagnoser som depresjon og opposisjonell atferd.

Hos guttene var normbrytende og aggressiv atferd mest fremtredende, både ved bulemiske spiseproblemer og ved totale spiseproblemer. Det kan tyde på at gutter med spiseproblemer har en litt annen profil på sin atferd enn gutter uten, nemlig en mer utagerende stil.

Spiseproblemer og selvbilde

Dårligere skoleprestasjoner så ut til å være den variabelen som var mest knyttet til spiseproblemer: Blant jentene signifikant både for de med problematisk slankeatferd og de med høy skåre på skalaen for totale spiseproblemer, og blant guttene for de med bulemiske spiseproblemer og høy totalskåre. Man kan tenke seg at spiseproblemer vil kunne påvirke skolegangen i negativ retning, og dermed påvirke dette aspektet av selvbildet.

Når det gjelder jentene, kan man undre seg over hvorfor bra praktisk selvbilde er assosiert med bulemiske spiseproblemer og høy totalskåre for spiseproblemer. Er det en følge av at de føler at de **gjør noe** med en kropp de oppfatter som for stor? Likeens synes det uforståelig at jentene med problematisk slankeatferd og høy totalskåre, hadde signifikant mer stabilt selvbilde. Høy totalskåre for spiseproblemer var assosiert med høy skåre på skalaen for nære venner. Det kan tenkes at det har å gjøre med at disse er mer utsatt for slankepress fra jevnaldrende. En viss konkurranse mellom venner kan heller ikke utelukkes.

Hvorfor ungdom med anorektiske spiseproblemer ikke på samme måte har dårligere selvbilde enn ungdom uten slike problemer, er vanskelig å vite. Kanskje kan det ha å gjøre med at disse gjennom sin avståelse fra et normalt matinntak føler at de oppnår en slags kontroll over seg

selv, som igjen kan føre til at selvbildet ikke påvirkes i stor grad av problemene. Skårderud skriver i sin bok (2) at personer på veg inn i en anorektisk tilstand kan oppleve en triumf på grunn av vektens suksessfulle veg nedover.

Det er verdt å merke seg at man **ikke** fant signifikante sammenhenger mellom spiseproblemer og følgende variabler angående selvbilde: Sosial aksept, fysiske ferdigheter, fysisk utseende, romantisk appell og globalt selvbilde. Man kunne tenke seg at ungdoms oppfattelse av sitt eget fysiske utseende ville ha en stor innvirkning, siden mye av spiseproblematikken er antatt å være relatert til et tynt kroppsideal. Det ser ikke ut til å være tilfellet, selv om de med spiseforstyrrelser generelt har **litt** lavere skåre på skalaen for fysisk utseende. Dette samsvarer ikke helt med andre studier, som har vist at oppfattet overvekt/fedme er viktigere enn reell overvekt/fedme (15, 24).

Spiseproblemer og KMI

At personer med anorektiske spiseproblemer har lavere KMI enn andre, er en logisk følge av sykdommens art. Man kunne også tenke at KMI ville være lavere blant ungdom med andre typer spiseproblemer, spesielt de med problematisk slankeatferd, men så er ikke tilfellet. Dette kan tyde på at det å veie mer enn gjennomsnittet kan utløse spiserelaterte problemer, kanskje pga et ønske om å leve opp til et tynt kroppsideal og ikke å skille seg ut. En annen mulighet er at spiseproblemer fører til at folk faktisk går opp i vekt; at atferden virker mot sin opprinnelige hensikt.

Konklusjon

Hittil foreligger få prospektive studier angående sammenhengen mellom spiseproblemer, psykisk helse og selvbilde, men bla Wichstrøm (31) har foreslått at dårlig psykisk helse og lavt selvbilde kan være utløst av spiseproblemer, og ikke omvendt. Flere og langsgående studier må til før vi kan vite noe om årsakssammenhenger. Inntil da er det viktig at man som helsepersonell er klar over at det ikke bare er spiseproblemet i seg selv som skal behandles, men at man samtidig må kunne fange opp ulike sider av ungdommers psykiske helse og trivsel som synes knyttet til spiseforstyrrelser, enten som en bakenforliggende eller utløsende faktor.

Man må dessuten være oppmerksom på kjønnsforskjeller i symptombildet. Jenter med spiseproblemer hadde generelt mer relaterte atferdsproblemer og dårligere selvbilde enn guttene. Guttene med spiseproblemer hadde ofte aggressiv og normbrytende atferd, og i tillegg angst/depresjon. Det var dessuten lavere skoleprestasjoner blant disse. Jenter hadde symptomer fra alle YSR-kategoriene; tilbaketrekking, somatiske problemer, angst/depresjon, sosiale problemer, tankeforstyrrelser, oppmerksomhetsproblemer, normbrytende og aggressiv atferd. I likhet med guttene var det også her dårligere skoleprestasjoner.

TABELLER

Tabell 1. Aldersfordeling.

Alder (år)	Antall	Prosent
15	51	1,9
16	951	34,7
17	949	34,4
18	796	29,0
Totalt	2742	100

Tabell 2. Etnisitet.

Etnisitet	Antall	Prosent
Norsk	1820	66,4
Samisk	602	22,0
Kvensk	320	11,7
Totalt	2742	100

Tabell 3. Prevalens av spiseforstyrrelser i befolkningen. Prosent i parentes.

	Norsk		Samisk		Kvensk		Total	
	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter
EAT diet Cutoff ¼	153 (16,1)	17 (2,0)	40 (12,2)	12 (4,4)	29 (20,0)	2 (1,1)	222 (15,6)	31 (2,4)
EAT bulimia Cutoff 2/3	66 (6,9)	12 (1,4)	5 (1,5)	13 (4,8)	10 (6,9)	4 (2,3)	81 (5,7)	29 (2,2)
EAT anorexia Cutoff ¼	20 (2,1)	4 (0,5)	5 (1,5)	7 (2,6)	2 (1,4)	2 (1,1)	27 (1,9)	13 (1,0)
EAT total Cutoff 8/9	66 (6,9)	6 (0,7)	11 (3,3)	10 (3,7)	7 (4,8)	1 (0,6)	84 (5,9)	17 (1,3)

Tabell 4. T-test for sammenhengen ml YSR og EAT diet cutoff 3/4.

YSR	Spise- problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
Tilbaketrekking	Nei	4,44	2,19	-3,32	,001	3,78	2,20	-1,36	,185
	Ja	4,98	2,21			4,47	2,74		
Somatiske plager	Nei	3,65	2,96	-4,74	,000	2,16	2,34	-2,06	,049
	Ja	4,87	3,54			3,50	3,54		
Angst/depresjon	Nei	7,38	5,22	-6,78	,000	5,25	4,25	-2,74	,010
	Ja	10,28	5,87			8,90	7,28		
Sosiale problemer	Nei	2,42	1,82	-1,73	,085	2,50	1,85	-1,32	,197
	Ja	2,64	1,75			3,20	2,87		
Tankeforstyrrelser	Nei	2,29	2,20	-3,13	,002	2,08	2,24	-1,42	,166
	Ja	2,86	2,49			2,80	2,76		
Oppmerksomhetsproblemer	Nei	5,89	2,84	-4,69	,000	5,04	2,82	-2,00	,055
	Ja	6,87	2,78			6,47	3,89		
Normbrytende atferd	Nei	4,53	2,60	-3,58	,000	5,23	2,99	-,74	,464
	Ja	5,30	2,96			5,70	3,43		
Aggressiv atferd	Nei	8,90	4,26	-4,15	,000	8,96	5,23	-1,57	,126
	Ja	10,27	4,49			10,67	5,88		

Tabell 5. T-test for sammenhengen ml YSR og EAT bulimia cutoff 2/3.

YSR	Spise- problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
Tilbaketrekking	Nei	4,47	2,19	-3,22	,002	3,78	2,20	-1,57	,129
	Ja	5,32	2,26			4,65	2,81		
Somatiske plager	Nei	3,77	3,05	-3,33	,001	2,17	2,36	-2,36	,026
	Ja	5,09	3,45			3,62	3,11		
Angst/depresjon	Nei	7,64	5,33	-4,53	,000	5,28	4,28	-2,13	,043
	Ja	10,84	6,13			8,31	7,24		
Sosiale problemer	Nei	2,42	1,80	-2,69	,009	2,51	1,86	-1,17	,252
	Ja	3,03	1,96			3,12	2,63		
Tankeforstyrrelser	Nei	2,32	2,22	-3,07	,003	2,07	2,22	-2,15	,042
	Ja	3,25	2,64			3,42	3,20		
Oppmerksomhetsproblemer	Nei	5,95	2,82	-5,13	,000	5,03	2,82	-2,39	,025
	Ja	7,68	2,93			6,96	4,10		
Normbrytende atferd	Nei	4,58	2,60	-3,17	,002	5,21	2,99	-2,80	,010
	Ja	5,82	3,42			6,88	3,02		
Aggressiv atferd	Nei	8,97	4,24	-4,51	,000	8,92	5,18	-2,84	,009
	Ja	11,53	4,94			12,81	6,94		

Tabell 6. T-test for sammenhengen ml YSR og EAT anorexia cutoff 3/4.

YSR	Spise-problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
Tilbaketrekking	Nei	4,50	2,18	-2,26	,033	3,79	2,21	-1,39	,194
	Ja	5,76	2,77			4,82	2,44		
Somatiske problemer	Nei	3,80	3,06	-3,14	,004	2,19	2,38	-1,45	,179
	Ja	6,08	3,61			3,18	2,27		
Angst/depresjon	Nei	7,76	5,39	-2,71	,012	5,31	4,36	-1,92	,083
	Ja	11,20	6,31			8,45	5,41		
Sosiale problemer	Nei	2,42	1,78	-3,24	,003	2,51	1,88	-1,56	,150
	Ja	4,20	2,74			3,36	1,80		
Tankeforstyrrelser	Nei	2,36	2,24	-1,99	,058	2,09	2,26	-1,12	,287
	Ja	3,44	2,71			2,82	2,14		
Oppmerksomhetsproblemer	Nei	6,00	2,80	-2,84	,009	5,06	2,87	-2,45	,033
	Ja	8,40	4,21			6,36	1,75		
Normbrytende atferd	Nei	4,61	2,64	-2,79	,010	5,23	3,00	-2,61	,025
	Ja	6,68	3,68			7,00	2,24		
Aggressiv atferd	Nei	9,01	4,21	-4,50	,000	8,97	5,25	-2,91	,015
	Ja	14,72	6,32			12,45	3,93		

Tabell 7. T-test for sammenhengen ml YSR og EAT total cutoff 8/9.

YSR	Spise-problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
Tilbaketrekking	Nei	4,48	2,19	-2,59	,011	3,78	2,20	-1,68	,114
	Ja	5,15	2,25			5,07	2,94		
Somatiske problemer	Nei	3,74	3,01	-4,17	,000	2,18	2,36	-1,59	,134
	Ja	5,52	3,81			3,67	3,62		
Angst/depresjon	Nei	7,60	5,31	-5,50	,000	5,26	4,24	-2,86	,013
	Ja	11,37	6,06			11,80	8,84		
Sosiale problemer	Nei	2,42	1,80	-2,33	,022	2,50	1,85	-2,25	,041
	Ja	2,94	1,97			4,47	3,38		
Tankeforstyrrelser	Nei	2,31	2,22	-3,70	,000	2,07	2,23	-2,50	,025
	Ja	3,40	2,61			4,13	3,18		
Oppmerksomhetsproblemer	Nei	5,96	2,83	-4,35	,000	5,04	2,83	-1,87	,083
	Ja	7,40	2,92			7,13	4,32		
Normbrytende atferd	Nei	4,61	2,64	-1,86	,066	5,22	3,00	-2,97	,010
	Ja	5,27	3,12			7,33	2,74		
Aggressiv atferd	Nei	9,00	4,27	-3,59	,001	8,94	5,22	-3,55	,003
	Ja	10,96	4,83			14,00	5,49		

Tabell 8. T-test for sammenhengen ml Harter's Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA), Rosenberg's Stability of Self Scale (RSSS) og EAT diet cutoff 3/4.

SPPA	Spise-problemer	Jenter				Gutter																																																																																																																						
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p																																																																																																																			
Skoleprestasjoner	Nei	2,63	,45	3,00	,003	2,66	,48	2,25	,032																																																																																																																			
	Ja	2,53	,46			2,43	,55			Sosial aksept	Nei	2,55	,73	-42	,676	2,48	,77	-30	,722	Ja	2,58	,74	2,54	,91	Fysiske ferdigheter	Nei	2,52	,59	-1,48	,141	2,49	,65	,12	,909	Ja	2,59	,64	2,48	,71	Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-1,47	,143	2,45	,79	-,13	,897	Ja	2,58	,52	2,46	,74	Fysisk utseende	Nei	2,45	,66	,16	,872	2,49	,71	1,60	,119	Ja	2,44	,88	2,28	,72	Romantisk appell	Nei	2,52	,59	-1,2	,236	2,50	,67	,43	,667	Ja	2,58	,67	2,45	,64	Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812	Ja	2,64	1,02	2,54	,96	Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076
Sosial aksept	Nei	2,55	,73	-42	,676	2,48	,77	-30	,722																																																																																																																			
	Ja	2,58	,74			2,54	,91			Fysiske ferdigheter	Nei	2,52	,59	-1,48	,141	2,49	,65	,12	,909	Ja	2,59	,64	2,48	,71	Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-1,47	,143	2,45	,79	-,13	,897	Ja	2,58	,52	2,46	,74	Fysisk utseende	Nei	2,45	,66	,16	,872	2,49	,71	1,60	,119	Ja	2,44	,88	2,28	,72	Romantisk appell	Nei	2,52	,59	-1,2	,236	2,50	,67	,43	,667	Ja	2,58	,67	2,45	,64	Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812	Ja	2,64	1,02	2,54	,96	Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76										
Fysiske ferdigheter	Nei	2,52	,59	-1,48	,141	2,49	,65	,12	,909																																																																																																																			
	Ja	2,59	,64			2,48	,71			Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-1,47	,143	2,45	,79	-,13	,897	Ja	2,58	,52	2,46	,74	Fysisk utseende	Nei	2,45	,66	,16	,872	2,49	,71	1,60	,119	Ja	2,44	,88	2,28	,72	Romantisk appell	Nei	2,52	,59	-1,2	,236	2,50	,67	,43	,667	Ja	2,58	,67	2,45	,64	Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812	Ja	2,64	1,02	2,54	,96	Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76																									
Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-1,47	,143	2,45	,79	-,13	,897																																																																																																																			
	Ja	2,58	,52			2,46	,74			Fysisk utseende	Nei	2,45	,66	,16	,872	2,49	,71	1,60	,119	Ja	2,44	,88	2,28	,72	Romantisk appell	Nei	2,52	,59	-1,2	,236	2,50	,67	,43	,667	Ja	2,58	,67	2,45	,64	Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812	Ja	2,64	1,02	2,54	,96	Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76																																								
Fysisk utseende	Nei	2,45	,66	,16	,872	2,49	,71	1,60	,119																																																																																																																			
	Ja	2,44	,88			2,28	,72			Romantisk appell	Nei	2,52	,59	-1,2	,236	2,50	,67	,43	,667	Ja	2,58	,67	2,45	,64	Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812	Ja	2,64	1,02	2,54	,96	Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76																																																							
Romantisk appell	Nei	2,52	,59	-1,2	,236	2,50	,67	,43	,667																																																																																																																			
	Ja	2,58	,67			2,45	,64			Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812	Ja	2,64	1,02	2,54	,96	Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76																																																																						
Nære venner	Nei	2,57	1,00	-,99	,322	2,50	,81	-,24	,812																																																																																																																			
	Ja	2,64	1,02			2,54	,96			Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829	Ja	2,46	,64	2,50	,64	Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76																																																																																					
Globalt selvbilde	Nei	2,50	,60	,72	,470	2,48	,73	-,22	,829																																																																																																																			
	Ja	2,46	,64			2,50	,64			Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076	Ja	2,09	,67	2,38	,76																																																																																																				
Ustabilt selvbilde	Nei	2,28	,61	3,74	,000	2,63	,71	1,83	,076																																																																																																																			
	Ja	2,09	,67			2,38	,76																																																																																																																					

Tabell 9. T-test for sammenhengen ml SPPA, RSSS og EAT bulimia cutoff 2/3.

SPPA	Spise-problemer	Jenter				Gutter																																																																																																																						
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p																																																																																																																			
Skoleprestasjoner	Nei	2,62	,45	1,70	,093	2,66	,48	2,97	,006																																																																																																																			
	Ja	2,53	,47			2,43	,41			Sosial aksept	Nei	2,55	,73	-1,51	,134	2,49	,77	1,48	,149	Ja	2,66	,63	2,26	,82	Fysiske ferdigheter	Nei	2,53	,59	-,71	,482	2,50	,65	1,25	,223	Ja	2,58	,68	2,36	,58	Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-2,66	,009	2,45	,78	1,69	,102	Ja	2,68	,53	2,19	,82	Fysisk utseende	Nei	2,45	,68	,052	,959	2,49	,71	,23	,819	Ja	2,45	,99	2,46	,81	Romantisk appell	Nei	2,52	,60	-1,52	,132	2,50	,67	,41	,683	Ja	2,65	,73	2,45	,68	Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114	Ja	2,75	,98	2,26	,82	Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206
Sosial aksept	Nei	2,55	,73	-1,51	,134	2,49	,77	1,48	,149																																																																																																																			
	Ja	2,66	,63			2,26	,82			Fysiske ferdigheter	Nei	2,53	,59	-,71	,482	2,50	,65	1,25	,223	Ja	2,58	,68	2,36	,58	Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-2,66	,009	2,45	,78	1,69	,102	Ja	2,68	,53	2,19	,82	Fysisk utseende	Nei	2,45	,68	,052	,959	2,49	,71	,23	,819	Ja	2,45	,99	2,46	,81	Romantisk appell	Nei	2,52	,60	-1,52	,132	2,50	,67	,41	,683	Ja	2,65	,73	2,45	,68	Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114	Ja	2,75	,98	2,26	,82	Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82										
Fysiske ferdigheter	Nei	2,53	,59	-,71	,482	2,50	,65	1,25	,223																																																																																																																			
	Ja	2,58	,68			2,36	,58			Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-2,66	,009	2,45	,78	1,69	,102	Ja	2,68	,53	2,19	,82	Fysisk utseende	Nei	2,45	,68	,052	,959	2,49	,71	,23	,819	Ja	2,45	,99	2,46	,81	Romantisk appell	Nei	2,52	,60	-1,52	,132	2,50	,67	,41	,683	Ja	2,65	,73	2,45	,68	Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114	Ja	2,75	,98	2,26	,82	Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82																									
Praktisk selvbilde	Nei	2,52	,57	-2,66	,009	2,45	,78	1,69	,102																																																																																																																			
	Ja	2,68	,53			2,19	,82			Fysisk utseende	Nei	2,45	,68	,052	,959	2,49	,71	,23	,819	Ja	2,45	,99	2,46	,81	Romantisk appell	Nei	2,52	,60	-1,52	,132	2,50	,67	,41	,683	Ja	2,65	,73	2,45	,68	Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114	Ja	2,75	,98	2,26	,82	Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82																																								
Fysisk utseende	Nei	2,45	,68	,052	,959	2,49	,71	,23	,819																																																																																																																			
	Ja	2,45	,99			2,46	,81			Romantisk appell	Nei	2,52	,60	-1,52	,132	2,50	,67	,41	,683	Ja	2,65	,73	2,45	,68	Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114	Ja	2,75	,98	2,26	,82	Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82																																																							
Romantisk appell	Nei	2,52	,60	-1,52	,132	2,50	,67	,41	,683																																																																																																																			
	Ja	2,65	,73			2,45	,68			Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114	Ja	2,75	,98	2,26	,82	Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82																																																																						
Nære venner	Nei	2,57	1,01	-1,62	,108	2,51	,81	1,63	,114																																																																																																																			
	Ja	2,75	,98			2,26	,82			Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899	Ja	2,56	,73	2,50	,77	Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82																																																																																					
Globalt selvbilde	Nei	2,49	,60	-,84	,401	2,48	,73	-,13	,899																																																																																																																			
	Ja	2,56	,73			2,50	,77			Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206	Ja	2,10	,71	2,43	,82																																																																																																				
Ustabilt selvbilde	Nei	2,26	,62	1,93	,057	2,63	,71	1,30	,206																																																																																																																			
	Ja	2,10	,71			2,43	,82																																																																																																																					

Tabell 10. T-test for sammenhengen ml SPPA, RSSS og EAT anorexia cutoff 3/4.

SPPA	Spise-problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
Skoleprestasjoner	Nei	2,61	,45	,25	,805	2,65	,48	1,41	,188
	Ja	2,60	,35			2,45	,47		
Sosial aksept	Nei	2,56	,73	-,52	,606	2,49	,77	1,30	,224
	Ja	2,63	,71			2,15	,87		
Fysiske ferdigheter	Nei	2,53	,59	1,50	,144	2,49	,65	-,22	,833
	Ja	2,34	,65			2,55	,83		
Praktisk selvbylde	Nei	2,52	,56	-1,40	,175	2,45	,79	1,35	,207
	Ja	2,73	,72			2,13	,79		
Fysisk utseende	Nei	2,45	,70	,65	,523	2,49	,71	1,30	,221
	Ja	2,35	,77			2,27	,55		
Romantisk appell	Nei	2,53	,60	-,20	,845	2,50	,67	,38	,710
	Ja	2,56	,82			2,41	,79		
Nære venner	Nei	2,58	1,01	-1,39	,177	2,50	,81	,28	,787
	Ja	2,84	,943			2,44	,78		
Globalt selvbylde	Nei	2,49	,60	-,08	,936	2,48	,73	,49	,633
	Ja	2,50	,71			2,40	,53		
Ustabil selvbylde	Nei	2,26	,62	,93	,362	2,63	,71	,72	,490
	Ja	2,10	,83			2,45	,80		

Tabell 11. T-test for sammenhengen ml SPPA, RSSS og EAT total cutoff 8/9.

SPPA	Spise-problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
Skoleprestasjoner	Nei	2,62	,45	2,91	,005	2,66	,48	3,27	,005
	Ja	2,46	,47			2,30	,43		
Sosial aksept	Nei	2,55	,73	-1,50	,136	2,49	,77	1,45	,166
	Ja	2,67	,70			2,16	,89		
Fysiske ferdigheter	Nei	2,53	,59	-,29	,770	2,49	,65	,17	,869
	Ja	2,55	,67			2,46	,71		
Praktisk selvbylde	Nei	2,52	,56	-2,80	,006	2,45	,79	1,48	,160
	Ja	2,70	,56			2,16	,78		
Fysisk utseende	Nei	2,46	,67	,94	,352	2,49	,71	1,13	,276
	Ja	2,35	1,04			2,28	,77		
Romantisk appell	Nei	2,53	,60	-,50	,620	2,50	,67	,18	,860
	Ja	2,57	,74			2,47	,70		
Nære venner	Nei	2,56	1,00	-2,62	,010	2,51	,81	1,62	,125
	Ja	2,85	,93			2,19	,78		
Global selvfølelse	Nei	2,49	,59	,30	,765	2,48	,73	-,05	,961
	Ja	2,47	,75			2,49	,74		
Ustabil selvbylde	Nei	2,27	,62	3,06	,003	2,63	,71	1,84	,085
	Ja	2,02	,70			2,25	,83		

Tabell 12. T-test for sammenhengen ml KMI og EAT diet cutoff 3/4.

	Spise- problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
KMI	Nei	20,934	2,93	-6,43	,000	22,17	2,86	-2,98	,006
	Ja	22,28	2,75			24,53	4,31		

Tabell 13. T-test for sammenhengen ml KMI og EAT bulimia cutoff 2/3.

	Spise- problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
KMI	Nei	21,08	2,93	-3,14	,002	22,22	2,93	-,48	,632
	Ja	22,18	2,99			22,47	2,66		

Tabell 14. T-test for sammenhengen ml KMI og EAT anorexia cutoff 3/4.

	Spise- problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
KMI	Nei	21,18	2,95	5,23	,000	22,24	2,93	1,09	,298
	Ja	19,15	1,97			21,65	1,83		

Tabell 15. T-test for sammenhengen ml KMI og EAT total cutoff 8/9.

	Spise- problemer	Jenter				Gutter			
		Mean	SD	t	p	Mean	SD	t	p
KMI	Nei	21,07	2,92	-3,64	,000	22,22	2,92	-,97	,344
	Ja	22,36	3,07			22,98	3,19		

REFERANSER

1. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Fifty-year trend in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 917-922.
2. Skårderud F. *Nervøse Spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget; 1994. s 56, 71, 75.
3. Steiner H, Lock J. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 37(4): 352-359.
4. Sullivan P. Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1073-1074.
5. Rosenvinge JH, Moulund SO. Outcome and Prognosis of Anorexia Nervosa. A Retrospective Study of 41 Subjects. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 92-97.
6. Morgan HG, Purgold J, Welbourne J. Management and Outcome in Anorexia Nervosa. A Standardized Prognostic Study. *British Journal of Psychiatry* 1983; 143: 282-287.
7. Burns T, Crisp AH. Outcome of Anorexia Nervosa in Males. *British Journal of Psychiatry* 1984; 145: 319-325.
8. Fichter MM, Quadflieg N. Six-Year Course and Outcome of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 26: 359-385.
9. Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet* 2001; 357: 1254-1257.
10. Fichter MM, Quadflieg N. Six-Year Course of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22: 361-384.
11. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis L, Crow SJ. Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 63-69.
12. Dahl AA, Eitinger L, Malt UF, Retterstøl N. *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Universtitetsforlaget; 1994. s364.
13. *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Statens helsetilsyns utredningsserie, 2000; 7.
14. Thomas CL. *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, Edition 18*. Philadelphia: FA Davies Company; 1997. s220.
15. Wichstrøm L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine*, 1995; 25: 567-579.
16. Steinhausen HC. *Eating Disorders in Adolescence. Anorexia and Bulimia Nervosa*. Berlin, New York: Walter de Gruyter; 1995. s IX (i forordet).
17. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N. Prospective 10-year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa – Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42: 603-612.
18. Hall A, Slim E, Hawker F, Salmond C. Anorexia Nervosa. Long-term Outcome in 50 Female Patients. *British Journal of Psychiatry* 1984; 145: 407-413.
19. Gilberg IC, Råstam M, Gilberg C. Anorexia Nervosa 6 Years After Onset: Part I. Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36: 61-69.
20. Fairburn CG, Cooper PJ. The Clinical Features of Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 238-246.
21. Zaidler TI, Johnson JG, Cockell SJ. Psychiatric Comorbidity Associated with Eating Disorder Symptomatology Among Adolescents in the Community. *International Journal of Eating disorders* 2000; 28: 58-67.

22. Lavik NJ, Clausen SE, Pedersen W. Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1991; 83: 387-390.
23. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental disorders During Early Adulthood. *Archives of general psychiatry* 2002; 59(6): 545-552.
24. Fisher M, Schneider M, Pegler C, Napolitano B. Eating Attitudes, Health-Risk Behaviors, Self-Esteem, and Anxiety Among Adolescent Females in a Suburban High School. *Journal of Adolescent Health* 1991; 12: 377-384.
25. Keel PK, Klump GR, Leon GR, Fulkerson JA. Disordered Eating in Adolescent Males from a School-Based Sample. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 23: 125-132.
26. Button EJ, Loan P, Davies J, Sonuga-Barke EJS. Self-Esteem, Eating Problems, and Psychological Well-Being in a Cohort of Schoolgirls Aged 15-16: A Questionnaire and Interview Study. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 21(1):39-47.
27. Råstam M. Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid Problems and Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31(5): 819-829.
28. Geist R, Davies R, Heinmaa M. Binge/Purge Symptoms and Comorbidity in Adolescents With Eating Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; 43(5): 507-12.
29. Lock J, Reisel B, Steiner H. Associated health risks of adolescents with disordered eating: how different are they from their peers? Results from a high school survey. *Child psychiatry and human development* 2001; 31(3): 249-65.
30. Stice E, Bearman SK. Body-Image and Eating Disturbances Prospectively Predict Increases in Depressive Symptoms in Adolescent Girls: A Growth Curve Analysis. *Developmental Psychology* 2001; 37: 597-607.
31. Wichstrøm L. Psychological and Behavioral Factors Unpredictive of Disordered Eating: A Prospective Study of the General Population in Norway. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28(1): 33-42.
32. Lau B. Global negative self-evaluations, weight and eating concerns and depressive symptoms: A prospective study of adolescents. *Journal of Weight and Eating Disorders* 2000; 5: 7-15.
33. Tomori M, Rus-Makovec M. Eating Behavior, Depression, and Self-Esteem in High School Students. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26: 361-367.
34. Blake Woodside D, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy S H. 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* 2001;158: 570-574.
35. Mumford DB. Eating disorders in different cultures. *International Review of Psychiatry* 1993; 5: 109-114.
36. Di Nicola VF. Anorexia Multiforme: self-starvation in historical and cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1990; 27: 165-196, 245-286.
37. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 180: 509-514.
38. Gunewardene A, Huon GF, Zheng R. Exposure to Westernization and Dieting: A Cross-Cultural Study. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 29: 289-293.
39. Croll MS, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity. *Journal of Adolescent Health* 2002; 31: 166-175.

40. Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French SA, Perry C. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys. Findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 963-974.
41. Achenbach TM. *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
42. Kvernmo S, Heyerdahl S. Influence of ethnic factors on behaviour problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 743-751.
43. Kvernmo S, Heyerdahl S. Acculturation strategies and ethnic identity as predictors of behavior problems in arctic minority adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 57-65.
44. Garner DM, Olmsted, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871-878.
45. Harter S. *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. University of Denver: Denver, Col, 1988.
46. Rosenberg M. *Conceiving the Self*. Basic Books: New York, 1979.
47. Alsaker FD, Olweus D. Assessment of global negative self-evaluations and perceived stability of self in Norwegian pre-adolescents and adolescents. *Journal of Early Adolescence* 1986; 6: 269-278.
48. Attie I, Brooks-Gunn J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology* 1989; 25: 70-79.