

Spiseforstyrrelser blant medisinstudenter

MED-3950 5. årsoppgaven

Maren Skorpen, medisinkull 2010, profesjonsstudiet i medisin ved UiT

Veileder: Torsten Risør



Stokmarknes/Tromsø

26. April 2015

PROBLEMSTILLING

Spiseforstyrrelser blant medisinstudenter: Er det høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter sammenliknet med andre studentgrupper? Hva fører til at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser, og finnes det særlige karaktertrekk hos medisinstudenter som gjør at de i større grad er sårbare for å utvikle spiseforstyrrelser?

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1 Resymé	3
2 Introduksjon	4
2.1 Spiseforstyrrelser	5
Anoreksi.....	6
Bulimi.....	6
Ortoreksi.....	7
Diagnostiske verktøy	7
3 Metode.....	9
Arbeidsprosessen.....	9
4 Resultater	11
4.1 Hva sier litteraturen om sammenhengen mellom medisinstudenter og spiseforstyrrelser?	11
Tabell 1.....	11
4.2 Hvilke faktorer kan føre til at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser?... 16	
Tabell 2.....	16
4.3 Finnes det særtrekk hos medisinstudenter som gjør dem spesielt utsatte for å utvikle spiseforstyrrelser?	18
Tabell 3.....	18
5 Diskusjon.....	21
6 Konklusjon.....	24
7 Referanser.....	27

1 Resymé

I dette arbeidet er det foretatt systematiske litteratursøk for å undersøke forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter. Under dette temaet har arbeidet tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

Spiseforstyrrelser blant medisinstudenter: *Er det høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter sammenliknet med andre studentgrupper? Hva fører til at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser, og finnes det særlige karaktertrekk hos medisinstudenter som gjør at de i større grad er sårbare for å utvikle spiseforstyrrelser?*

Prevalens av anoreksi og bulimi ble ikke funnet å være høyere blant medisinstudenter sammenliknet med andre studenter. Det ser imidlertid ut til at flere medisinstudenter enn andre studenter viser risikoatferd for spiseforstyrrelser, som igjen kan føre til utvikling av diagnosene anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

Risikofaktorer for spiseforstyrrelser er blant annet genetiske og familiære faktorer, spesifikke karaktertrekk som perfeksjonisme, høyt arbeidspress, samt sosiale og kulturelle faktorer. Det er flest kvinner som rammes av spiseforstyrrelser og forekomsten er høyere i den vestlige delen av verden.

Medisinstudenter beskrives i den følgende litteraturen som middels pliktoppfyllende og middels nevrotiske. Videre er de i følge litteraturen utadvendte, elskverdige og lette å like. Av karaktertrekk som kan disponere for spiseforstyrrelser nevnes perfeksjonisme, et karaktertrekk som forekommer hos medisinstudenter i moderat grad sammenliknet med andre studentgrupper.

Underrapportering er en stor kilde til feil i litteraturen som omhandler spiseforstyrrelser. Dette har flere mulige årsaker, men en stor del av forklaringen ligger i at fornektelse er en del av disse sykdommenes natur.

2 Introduksjon

Da jeg begynte å studere medisin for fem år siden slo det meg at overraskende mange av mine medstudenter hadde et anstrengt forhold til mat og kosthold generelt. Jeg husker at ei jente hadde kjøpt pastagryte i kantina. En gutt på kullet spurte henne om hun var klar over hvor mye karbohydrater det var i det hun spiste. Selv spiste han rå brokkoli og blomkål til middag før han gikk ned på treningsrommet i kjelleren for å trene styrke.

Etter som årene gikk la jeg merke til at enkelte, særlig jenter, gikk ned i vekt jo lenger de hadde gått på studiet. "Medisinstudentdietten", som kunne variere mellom havregrøt og knekkebrød med makrell i tomat, var hyppig representert på pauserommet. Dette førte til at jeg ble nysgjerrig på om det finnes en sammenheng mellom medisinstudenter og spiseforstyrrelser. Dette temaet har jeg diskutert med andre på studiet og jeg har inntrykk av at mange har tenkt det samme som meg.

Hvis det finnes en sammenheng: hvorfor er det slik? Hvilke årsaker ligger bak? Utvikles det et anstrengt forhold til kropp og kosthold i løpet av studietiden, eller er dette noe studentene har med seg når de begynner på studiet? Eller er det slik at forekomst av spiseforstyrrelser kan tilskrives andre faktorer i samfunnet, som internett og sosiale medier?

Innen slike spørsmål kan besvares adekvat må jeg imidlertid først vite at mine observasjoner er uttrykk for et faktisk og mer generelt problem. Jeg skal derfor i denne oppgaven undersøke om det i litteraturen finnes sammenhenger – statistiske, anekdotiske eller hypotetiske - mellom medisinstudenter og spiseforstyrrelser.

Jeg vil begynne med å gi et oversiktsbilde av ulike typer spiseforstyrrelser. Dette er et svært vidt begrep og jeg begrenser meg til å skrive om anoreksi, bulimi og ortoreksi, ettersom de tre tilstandene er nært beslektet, og har fellestrekk med tanke på sykdomsbilde, pasientgrupper og bakenforliggende

årsaker til utvikling av sykdommen. Av samme grunn har jeg valgt å se bort fra overspising, overvekt og underernæring.

Deretter vil jeg gjøre systematiske søk i litteraturen med tre ulike, men sammenhengende formål:

- 1) For det første ønsker jeg å se om det er skrevet noe om forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter. Er det statistisk sett høyere risiko for spiseforstyrrelser i denne studentgruppen sammenliknet med andre studenter? Dette spørsmålet vil utgjøre hovedtyngden i oppgaven min.
- 2) Videre vil jeg undersøke hvilke faktorer som forskning viser er assosierte til utvikling av spiseforstyrrelser hos unge mennesker i alderen 19-24. Det kan blant annet tenkes at sosiale medier som blogger, bildedelingssteder også kan bidra til utbredelsen av spiseforstyrrelser, og jeg vil så vidt ha denne teorien med i det videre arbeidet.
- 3) Til sist ønsker jeg å se på om det finnes særlige personlighetstrekk hos medisinstudenter som gjør at de er mer sårbare med tanke på å utvikle de overnevnte diagnosene. Finnes det sosiale forhold som har relasjon til både spiseforstyrrelser og medisinstudenter? Hva kan være mulige årsaker til dette?

2.1 Spiseforstyrrelser

Jeg mener det er relevant å begynne med en oversikt over de diagnosene jeg har inkludert i oppgaven. Her har jeg hovedsakelig brukt Norsk Elektronisk Legehåndbok [1]. I tillegg har jeg søkt etter bøker og tidsskrifter som omhandler temaet på biblioteket ved Universitetet i Tromsø [2].

Spiseforstyrrelser er et vidt begrep og omfatter blant annet anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspising. Felles for disse tre kategoriene er at de alle beskriver lidelser der pasienten har et anstrengt forhold til mat. Dette medfører oftest også et forstyrret kroppsbilde. Mange vil befinne seg i gråsoner, ettersom de ikke passer inn i noen av de nevnte kategoriene. Andre pasienter kombinerer disse undergruppene.

En person med spiseforstyrrelse har ikke bare vansker med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser. Det er dette som gjør at vi kan kalle en spiseforstyrrelse for en psykisk lidelse. For en person med spiseforstyrrelser er kroppen blitt et verktøy for å takle følelser og livsproblemer. Personen har lav og svingende selvfølelse og kan oppleve å ha dårlig kontroll over deler av livet. Kontrollen over maten og over kroppen kan være et forsøk på å oppnå kontroll og bedre selvfølelse.

Anoreksi

Anorexia nervosa kjennetegnes av at man er alvorlig undervektig ved at man begrenser inntaket av hvor mye og hva man spiser. Personer som lider av anoreksi opplever ofte en intens frykt for å legge på seg og har et forstyrret kroppsbilde, der de ser seg selv som overvektig til tross for en kroppsvekt lavere enn det som er normalt i forhold til høyden. Det er vanlig å skjule og benekte at man er undervektig og de medisinske konsekvensene av tilstanden. Norsk Elektronisk Legehåndbok angir følgende diagnostiske kriterier for anoreksia nervosa [1]:

- Vekttap på mer enn 15 % av forventet normalvekt i forhold til høyde.
- Selvpåført vekttap ved å unngå kaloririk mat.
- Ofte overdreven fysisk aktivitet for å forbrenne kalorier.
- Forstyrret kroppoppfatning med følelse av å være for tykk og med frykt for fedme.
- Endokrine forstyrrelser i form av amenorè, svekket libido og potens.
- Ved sykdomsdebut før puberteten: forsinket pubertetsutvikling (bryster, genitalia, primær amenore).

Bulimi

Bulimia nervosa er karakterisert av gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten. I løpet av kort tid spiser man mye mer enn hva andre ville spist i samme situasjon. Episodene etterfølges av handlinger for å kompensere for det store matinntaket og unngå vektøkning. Den mest vanlige atferden er å fremkalle brekninger, men man kan også

misbruke avføringsmiddel, gjennomføre fasteperioder eller overdrive trening. Personer med bulimi kan ofte være normalvektige eller overvektige. Derfor kan bulimi ofte være vanskelig å diagnostisere fordi personen ofte holder overspising og oppkast skjult. Følgende diagnostiske kriterier legges til grunn for diagnosen bulimia nervosa:

- Gjentatte tilfeller av overspising. Minst to ganger i uka over en periode på tre måneder med inntak av store matmengder på kort tid.
- Tvangspreget spisetrang (craving), sykkelig opptatthet av mat.
- Forsøk på å motvirke vektøkning ved selvindusert oppkast, faste, bruk av laksantia, diuretika, tyroksin eller slankemedisiner.
- Forstyrret kroppssoppfatning med frykt for fedme (personen ønsker seg ofte en kroppsvekt som ligger langt under det som er normalvekten for høyden) [1].

Ortoreksi

Den amerikanske legen Steven Bratman introduserte i 1997 begrepet *ortorexia nervosa*, som beskriver en spiseforstyrrelse preget av et overdrevet fokus på å spise sunn mat. Dette som en parallell til anoreksia nervosa. Uttrykket kommer fra gresk *ortho*, som betyr "rett" eller "korrekt". Bratman nevner at ortoreksi til tider kan ha elementer av tvangslidelse og standard anoreksi. Videre påpeker han at ortoreksi ikke er en offisiell diagnose. Tilstanden anerkjennes ikke som en psykisk lidelse i de internasjonale diagnosesystemene ICD-10 eller DSM-IV [3-5].

Diagnostiske verktøy

Det finnes ulike diagnostiske verktøy og spørreskjemaer som kan hjelpe å avdekke om en pasient lider av en spiseforstyrrelse. Eksempler på disse er *EAT-26* og *Eating Disorder Inventory (EDI)*. Da disse er hyppig brukt i litteraturen jeg har gjennomgått vier jeg litt plass til hver av dem i teksten som følger.

EAT-26

Eating Disorders Test [6] er et selvrapporteringskjema som brukes i mange sammenhenger for å kartlegge symptomer og risikoatferd karakteristisk for

spiseforstyrrelser. Dette er en revisjon av EAT-40 [7], som Garner et al. presenterte i 1979. Dette er standardisert skjema med 40 spørsmål om vekt, kroppsbilde og psykologiske faktorer i forbindelse med utvikling av spiseforstyrrelser. Hvert spørsmål har seks ulike svaralternativer relatert til hvor ofte personen kjenner seg igjen i ulike problemstillinger. EAT er oversatt til mange språk og brukes i flere studier. [8-11]

EAT-26 kan ikke brukes diagnostisk, men kan være et nyttig verktøy for å oppdage risiko for spiseforstyrrelser hos blant annet studenter og unge idrettsutøvere.

EDI (Eating Disorder Inventory)

EDI er et diagnostisk verktøy med hensikt å brukes i klinisk sammenheng for å estimere forekomst av spiseforstyrrelser [12]. David Garner presenterte dette selvrapporteringskjemaet i 1984. Det består av 64 spørsmål som er utviklet for å kartlegge atferdsmønster og psykiske trekk som ses i forbindelse med anoreksi og bulimi.

Vi ser at i diagnosesystemer og i litteraturen defineres spiseforstyrrelser i forhold til vekttap, tap av menstruasjon og andre diagnostiske kriterier. I teorien plasseres gjerne alle spiseforstyrrelser i én bås, deretter presenteres en felles behandlingsmetode. Klinikere vil imidlertid oppdage at mange pasienter vil fremvise en tilnærmet normal spiseatferd, men en svært forstyrret mental fungering når det gjelder mat. Pasienten kan være fullstendig okkupert av "mat-tanker" og kroppsbildeforstyrrelser uten at de nødvendigvis tilfredsstiller kravene for en diagnose. Har tilstanden vart en stund, er pasienten godt kjent med sitt problem, og klarer å holde vekten eller mestre et visst kontrollert matinntak. Det daglige slitet der angst og tvangstanker er godt representert, vil være tilstede i pasientens liv. Diagnosesystemet kan derfor synes å være for orientert mot biologiske kriterier. En mer praktisk definisjon sier at spiseforstyrrelser foreligger når pasientens forhold til mat forstyrrer eller hindrer normal funksjon, sosialt, i arbeidsliv eller skole, og utover en periode på seks måneder [13].

3 Metode

I dette arbeidet har jeg forsøkt å finne ut hva litteraturen sier om overnevnte problemstilling: Hva sier litteraturen om sammenhengen mellom medisinstudenter og spiseforstyrrelser? Hvilke faktorer kan føre til at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser, og finnes det særtrekk hos medisinstudenter som gjør dem spesielt utsatte for utvikling av spiseforstyrrelser?

Arbeidsprosessen

Jeg ønsket å arbeide med temaet *medisinstudenter og spiseforstyrrelser*. De første to ukene brukte jeg til å definere oppgaven. Først gjorde jeg fritekstsøk i PubMed for å finne ut av hvor mye litteratur som var produsert om dette emnet og hvilke spørsmål jeg ønsket å få svar på. Veileder kom også på plass på dette tidspunktet. Etter dette fødte jeg et barn og tok dermed et halvt års pause fra oppgaven. Da jeg tok arbeidet opp igjen høsten 2014, begynte jeg med å skrive introduksjonen. Deretter gjorde jeg tre ulike systematiske søk i PubMed, som beskrevet under. Dette var en tidkrevende prosess som tok meg flere uker. Jeg lagde tre skjemaer for å lage en bedre oversikt over hvilken litteratur som hørte til de tre ulike søkene mine. Deretter gikk jeg gjennom litteraturen for å få svar på de tre spørsmålene fra problemstillingen. Jeg begynte så å skrive ned det jeg hadde funnet, og fant ut underveis at jeg måtte gjøre flere søk i PubMed for å bedre kunne fordype meg i arbeidet. Deretter utarbeidet jeg kapitlene *diskusjon* og *konklusjon*. De siste ukene brukte jeg på ferdigstilling av oppgaven. Underveis har jeg hatt jevnlig kontakt med veileder per mail, i blant ukentlig. Vi har også møttes fire ganger på universitetet.

MeSH står for *Medical Subject Heading* [14] og er et søkeverktøy i artikkeldatabasen PubMed [15], der artikler som bruker ulike synonymer om tilstander, årsaker og sammenhenger inkluderes i ett søk, gjennom definerte MeSH-nøkkelord. På denne måten kan man få opp alle relevante artikler uten å måtte søke på alle synonymer. Søkene mine i PubMed er utelukkende bygget opp av MeSH-nøkkelord.

I alle mine søkeresultater leste jeg artiklenes sammendrag for å vurdere om artiklene var relevante for min studie. For å systematisere søkene mine delte jeg dem inn i tre undergrupper:

1) For å finne forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter brukte jeg nøkkelordene "Medical Students AND Eating Disorders". Dette gav 20 treff i PubMed. Jeg valgte ut artikler som beskrevet over, og vurderte 9 av disse som relevante ut fra de spørsmål jeg ønsket svar på.

2) Videre ønsket jeg å finne ut av hvem som utvikler spiseforstyrrelser, og søkte derfor med nøkkelordene "Etiology AND Causality AND Young Adults AND Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa". Dette ga 51 treff i PubMed. Etter en gjennomgang av artiklenes sammendrag gikk jeg videre med tre av disse artiklene. I tillegg til disse benyttet jeg meg av en artikkel av Finn Skårderud som jeg fant frem til via Tidsskriftet for Den Norske Legeforening [16].

3) Til slutt ønsket jeg å undersøke om det finnes særtrekk hos medisinstudenter som gjør dem sårbare for å utvikle spiseforstyrrelser. Her gjorde jeg to søk og gikk frem som beskrevet ovenfor. Jeg benyttet meg av nøkkelordene "Behavioral Research AND Medical Students", deretter "Risk Factors AND Medical Students AND Personality". Disse søkene ga meg henholdsvis to og 24 treff; jeg gikk videre med to av disse artiklene. Etter hvert som jeg arbeidet med litteraturen fant jeg at jeg ikke hadde nok litteratur for dette emnet. Dermed gjorde jeg et nytt søk med nøkkelordene "Personality Assessment" AND "Medical students". Dette gav 54 treff, hvorav fire av artiklene ble brukt videre i oppgaven. Via referanselisten i en av disse artiklene fant jeg frem til ytterligere en artikkel [17].

I tillegg til disse søkene har jeg brukt litteratur som går utenfor mine spesifikke søk i PubMed. Det gjorde jeg for å få mer kunnskap om emnet *spiseforstyrrelser*, blant annet for å finne prevalens for de ulike tilstandene og for å lære mer om diagnosesystemer. Dette også for bedre å kunne sammenlikne prevalensen av spiseforstyrrelser. Noen av disse artiklene fant jeg ved å lese referanselisten i artiklene jeg fant ved hjelp av søkene beskrevet over. En annen fant jeg på nettsidene til Tidsskriftet for Den norske Legeforening [16].

Jeg tok etter anbefaling fra min veileder kontakt med Birgit Pedersen som har jobbet mye med spiseforstyrrelser i Danmark, for å få vite mer om prevalensen av spiseforstyrrelser. Hun rådet meg til å søke opp artikler av Mette Waaddegaard. Dermed fant jeg ytterligere en artikkel [18].

4 Resultater

4.1 Hva sier litteraturen om sammenhengen mellom medisinstudenter og spiseforstyrrelser?

Tabell 1

Artikkelens tittel	År	Land	N	Design	Diagnostikk
Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in Chinese medical university students	2012	Kina	486	Kohortstudie	EAT, CETCA
Female medical students are estimated to have a higher risk for developing eating disorders than male medical students	2011	Danmark	561	Tverrsnittstudie	Egenprodusert spørreskjema
Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female medical students	2010	Kina	487	Tverrsnittstudie	EAT-26, Eating Disorders Assessment scale, Body Shape Questionnaire
Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey.	2010	Tyrkia	878	Tverrsnittstudie	ORTO-11, EAT-40
Prevention programme for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish university population: A pilot study.	2007	Spania	135	Kohortstudie	EDI
The prevalence of eating disorders in female health care students	2001	UK	542	Tverrsnittstudie	EAT-26, BITE, BMI
Body weight: The male and female perception	2000	Østerrike	246	Tverrsnittstudie	BMI, egenprodusert spørreskjema
Eating Pattern Disturbances Among Women Medical and Graduate Students	1988	USA	214	Tverrsnittstudie	EDI
Substance Use, Eating Behaviors, And Social Impairment of Medical Students	1987	USA	200	Tverrsnittstudie	Egenprodusert spørreskjema

Risikoatferd for spiseforstyrrelser er et samlet uttrykk for tidlige tegn på spiseforstyrret atferd, og er definert som atferd og holdninger knyttet opp til selvfølelse, kroppsoppfattelse, spisevaner og metoder for vekttap. Denne type atferd øker risikoen for å få kliniske spiseforstyrrelser, samt nedsatt psykososial

funksjon og trivsel [18]. Resultatene jeg viser til i det videre arbeidet skiller mellom begrepene *spiseforstyrrelser* og *risikoatferd for spiseforstyrrelser*.

I en britisk studie gjort i 2001 ble prevalensen av spiseforstyrrelser i tre ulike grupper undersøkt. Den første gruppen var 235 sykepleiestudenter. Andre gruppe bestod av 112 første års medisinstudenter. Den siste gruppen var en gruppe med 185 studenter som studerte kunst, media og design på første studieår. Disse tre gruppene var kommet like langt i studiet og inneholdt kun kvinnelige studenter, ettersom menn med spiseforstyrrelser i tidligere undersøkelser hadde vist seg å være en mindre gruppe [10]. 14,9 % av medisinstudentene viste risikoatferd for spiseforstyrrelser. Da man sammenlignet medisinstudenter med de øvrige studentene fant man ikke noen økt prevalens av spiseforstyrrelser i noen av gruppene. Konklusjonen i denne undersøkelsen var at forskjellen i prevalens av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter, sykepleierstudenter og kunst, media og designstudenter ikke var statistisk signifikant.

En artikkel publisert i Danish Medical Bulletin i 2011 presenterer statistikk fra en spørreundersøkelse utført på første års medisinstudenter i København høsten 2006 og 2007 [19]. Alle deltakerne mottok et spørreskjema relatert til kroppsbilde, treningsvaner, spisemønstre, høyde og vekt. 561 av de 979 svarte på spørsmålene. Ettersom det ikke er benyttet et screeningverktøy i denne undersøkelsen vil jeg i det følgende skrive noen kommentarer til innholdet i spørreskjemaet.

77,9 % av de spurte medisinstudentene kunne si seg enige med utsagnet "Jeg liker kroppen min". 28 % av studentene sa at de følte seg for tykke. Vedrørende spisevaner sa 65,2 % at de avstod fra fettholdig kost. 12,7 % svarte at de ofte slanket seg. Over en tredjedel av studentene (36,2 %) sa at de fikk dårlig samvittighet av å spise usunt. På spørsmål om treningsvaner svarte 51,6 % at de trente daglig; 82,7 % sa at de gjorde dette fordi det er sunt.

Ser vi på kjønnsfordelingen, kan vi observere at jentene i denne studien så ut til å slite mer med spiseforstyrrelser og selvbylde enn det gutter i samme studie gjorde. Det kommer fram i nevnte studie at en større andel av mannlige (89,8 %) enn kvinnelige studenter (73,1 %) var fornøyde med egen kropp. Videre anga flere jenter (34,8 %) enn gutter (10,9 %) at de følte seg for tykke. Mens 42,8 % av de kvinnelige studentene kjente dårlig samvittighet for å spise usunn mat, lå andelen på de mannlige studentene på 19,9 %. 2,3 % av de spurte (alle jenter) svarte at de engstet seg i forbindelse med matinntak. I forbindelse med trening virket trenden å være noe snudd: 48,4 % av de mannlige studentene sa at de ikke klarte å la være å trene. Til sammenlikning var andelen hos jentene 28,6 %. Statistikken viser at 13,5 % av de undervektige jentene ($BMI < 20\text{kg/m}^2$) følte seg for tykke, mens ingen av de undervektige guttene hadde samme forestilling. Av dette ser vi at kvinnelige studenter hadde en dragnig mot å være tynne, mens guttene traktet etter å være veltrente. Flere kvinnelige studenter så ut til å ha et negativt syn på sin egen kropp. Ifølge studien er dette en prediktor for utvikling av spiseforstyrrelser. Denne studien handlet i størst grad om risikofaktorer hos *medisinstudenter*, men sier imidlertid ikke noe om tendensen til spiseforstyrrelser sammenliknet med en annen gruppe studenter.

En annen dansk undersøkelse blant kvinner i aldersgruppen 16-29 år fant at 19 % hadde risikoatferd for spiseforstyrrelser [18]. Dissings undersøkelse blant medisinstudenter kvantifiserer ikke hvor stor andel av individene som har risikoatferd for spiseforstyrrelser. Likevel peker de svarene som avgis i studien i retning av at en høyere andel av medisinstudentene enn av kontrollgruppen har risikoatferd for spiseforstyrrelser.

Ved et spansk universitet ble det i 2007 gjort en kartlegging av risikofaktorer for spiseforstyrrelser blant 135 medisinstudenter. Disse ble scoreet innenfor EDI-systemet. 40 (29,6 %) av disse befant seg i risikogruppen [20].

Av de søketreffene jeg fikk var det bare én artikkel som omhandlet ortoreksi [11]. Det lave søketreffet kan forklares i at tilstanden først ble beskrevet for 18 år siden. *ORTO-11* (en tyrkisk tilpasning av *ORTO-15*) og *EAT-40* ble sendt ut til

alle medisinstudenter ved Ataturk University i Tyrkia. 43,6 % av studentene scoret for ortoreksi, mens 10,4 % tilfredstilte EAT-40s krav for forstyrrede spisemønstre. Vi ser at prevalensen av ortoreksi er svært høy, men for å vite om dette kan tilskrives det å studere medisin, må man undersøke prevalensen i en kontrollgruppe. Foreløpig er det gjort svært få undersøkelser om prevalensen av ortoreksi. Prevalensen av forstyrrede spisemønstre ble i en annen studentgruppe i Tyrkia regnet ut til å være 6,8 %. Vi ser at dette er noe lavere enn 10,4 %, som var prevalensen blant medisinstudentene. Til sammenlikning var det blant de spanske medisinstudentene 29,6 % som viste risikoatferd for spiseforstyrrelser [20].

En amerikansk studie fra 1988 [21] sammenliknet ved hjelp av scoringsskjemaet *Eating Disorder Inventory (EDI)* forekomsten av anoreksi og bulimi blant kvinnelige medisinstudenter og andre universitetsstudenter i California. Her så man at risikoatferd relatert til slanking var signifikant høyere blant medisinstudenter sammenliknet med kontrollgruppen (18,7 % mot 12,9 %; $p < 0.05$). Insidensen av anoreksia nervosa blant medisinstudentene så ut til å være under 0,5 %. Dette var basert på spørreundersøkelsen og det faktum at ingen av studentene hadde en vekt som var 25 % under deres normalvekt. Dragningen mot perfektjonisme og akademisk suksess virket ikke å være ulik i de to gruppene, men flere medisinstudenter syntes å ha bekymringer rundt eget kroppsbilde. Artikkelforfatterne drøfter om dette kan forklares ved at medisinstudentene hadde et større behov for å bli sett på som attraktive og suksessfulle av samfunnet.

David Herzog gjorde i 1987 en studie som omhandler spiseforstyrrelser og rusmisbruk blant medisinstudenter ved et nordøstlig universitet i USA [22]. Undersøkelsen viste at 16,5 % av studentene viste tegn til forstyrrede spisemønstre. Dette stemmer godt overens med resultatene fra undersøkelsen som ble gjort i California [21]. Herzog et al. påpeker også at en betydelig større andel kvinner (28,5 %) enn menn (8 %) var i risikozonen for utvikling av spiseforstyrrelser. Bare *en* (0,5 %) av de 200 som deltok i undersøkelsen kvalifiserte til diagnosen spiseforstyrrelser. Dette funnet viste at alvorlige

spiseforstyrrelser blant medisinstudenter kanskje ikke var så utbredt som antatt før denne studien ble gjort [23]. Til tross for at depresjon var uvanlig i denne studentgruppen så man en sammenheng mellom forstyrrede spisemønstre og depressive symptomer. Av de 200 deltakerne var det seks studenter som både viste tegn til forstyrrede spisemønstre og rusmisbruk. Av disse seks studentene var samtlige kvinner.

Man kan spørre seg om spiseforstyrrelser slik jeg til nå har beskrevet dem er et fenomen som hovedsakelig rammer den vestlige del av verden. I mine søk i PubMed fant jeg to artikler fra Kina som omhandler temaet. Den ene var en kohortstudie [9] som beskrev endringer i holdninger til kosthold, spiseforstyrrelser og kroppsvekt blant medisinstudenter ved et universitet i Kina. 500 studenter ble fulgt over en toårsperiode. I løpet av denne tiden økte prevalensen av anoreksi og bulimi fra 0,90 % til 1,44 %. Andelen av studenter med tendenser til forstyrrede holdninger rundt sine spisevaner økte fra 2,26 % til 2,47 %. Disse tallene er basert på diagnosverktøyet *EAT-26*. På samme måte som flere av studiene nevnt over beskriver denne studien holdninger til spiseforstyrrelser i én studentgruppe. Det er ingen kontrollgruppe å sammenlikne med.

Det er interessant å se at de kvinnelige studentene i Kina viste høyere forekomst av både spiseforstyrrelser og risikoatferd for spiseforstyrrelser sammenliknet med sine mannlige medstudenter. Denne trenden synes å være lik de holdningene vi har sett blant de vestlige medisinstudentene [19, 20, 24].

Den neste artikkelen fra Kina presenterte også lave tall for spiseforstyrrelser [8]. Her deltok 487 studenter. Prevalensen av spiseforstyrrelser var i denne gruppen 0,90 %. For de kvinnelige studentene forelå den mest signifikante korrelasjonen mellom forstyrrede spisemønstre og bekymringer for kroppsilde. For de mannlige studentene ble det sett en sammenheng mellom forstyrrede spisemønstre, sosial angst og bekymringer rundt muskelstørrelse. Denne undersøkelsen omhandler også utelukkende medisinstudenter. Ettersom både prevalensen for spiseforstyrrelser og antallet studenter med risikoatferd for

spiseforstyrrelser var lav, kan vi høyst sannsynlig utelukke at det i disse tilfellene fantes en sammenheng mellom medisinstudenter og spiseforstyrrelser.

4.2 Hvilke faktorer kan føre til at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser?

Tabell 2

Artikkelens tittel	År	Land	Forfatter
Risk factors and Antecedent Life Events in The Development of Anorexia Nervosa: A Portugese Case-Control Study	2014	Portugal	B.C. Machado
Genetic and Environmental Influences on Disordered Eating: An Adoption Study	2009	USA	K.L. Klump
Spiseforstyrrelser	2004	Norge	F. Skårderud
Eating Disorders	2003	UK	C. Fairburn, P. Harrison

Det er vanskelig å gi en overbevisende og fullgod forklaring på hva som gjør at noen utvikler spiseforstyrrelser og andre ikke gjør det. Atle Fretheim har uttalt at "En teoretisk forklaring ser sykdommen som en psykologisk reaksjon på vanskelige relasjoner, høye krav og sosiale forventninger." [25]

Finn Skårderud drøfter i en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeforening ulike mekanismer for utvikling av spiseforstyrrelser [16]. Økende forståelse for etiologiens kompleksitet har gjort det hensiktsmessig å flytte oppmerksomheten fra isolerte risikofaktorer til å se på mekanismer eller sårbarhetsmodeller. Det skilles mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold.

Som disponerende forhold nevnes genetiske eller familiære forhold, personlighetstrekk (perfeksjonistiske trekk øker risiko for utvikling av anoreksi), traumer og fysiske/seksuelle overgrep, samt kulturelle forhold som for eksempel slankepress. Som utløsende faktorer trekkes mobbing, konflikter og store prestasjonskrav frem sammen med tidlig pubertet, endrede livsvilkår og slanking.

Til slutt beskrives vedlikeholdende forhold. Det kan være familiekonflikter utløst av en spiseforstyrrelse eller negative reaksjoner fra andre. Psykiske symptomer som kommer av feil- eller underernæringen vil også kunne bidra til å

oppretholde spiseforstyrrelsen. Det å oppleve nytte av symptomene sine, som å føle at man har mer kontroll, følelse av å være ekstraordinær eller unnvikelse av negative følelser kan også beskrives som vedlikeholdende forhold.

Det viser seg å være overhyppighet av spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere og dansere som fokuserer mye på kosthold og trening. Ballettdansere har mellom 6 og 25 prosent større sjanse for utvikling av spiseforstyrrelser enn ikke-dansere. Disse er disponert for spiseforstyrrelser, da de har en personlighet og en livsstil som kan være preget av perfektjonisme og konkurranse. [25]

En kasus-kontrollstudie fra 2014 beskriver mulige risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser [26]. Her trekkes perfektjonisme, følelse av å være tykk, negative holdninger til foreldrenes vekt, samt familiehistorie for spiseforstyrrelser frem som risikofaktorer forbundet med anoreksi. En positiv familieanamnese for spiseforstyrrelser beskrives også som en spesifikk risikofaktor. Dette kan tyde på at det finnes en mulig genetisk sårbarhet forbundet med utvikling av spiseforstyrrelser. Flere tvilling- og adopsjonsstudier har konkludert med at det finnes en genetisk disposisjon for utvikling av risikoatferd for spiseforstyrrelser [27, 28].

Forfatterne mener at det å være bekymret for sin egen kroppsform og utseende disponerer for utvikling av spiseforstyrrelser. Disse bekymringene kan være et resultat av et samfunn som fokuserer på å bekjempe den voksende forekomsten av overvekt hos barn og unge. Som nevnt over kan det å føle seg tykk kan være en risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser. Derfor bør helsemyndighetene være klar over at fokuset som rettes på kroppsform og vekt i forbindelse med forebyggingsarbeid kan indirekte føre til at flere utvikler spiseforstyrrelser. Det ble ikke sett noe sammenheng mellom dårlig selvtillit og utvikling av anoreksi. Machado et al. fant imidlertid at god selvtillit så ut til å være en beskyttende faktor mot anoreksi. Forholdet mellom dårlig selvbilde, lav selvtillit og spiseforstyrrelser ser ut til å være mest relevant i utvikling av bulimi.

Tradisjonelt har anoreksi og bulimi vært beskrevet som en sykdom som i hovedsak rammer kvinner [16]. Dette kan ha ført til at menn med

spiseforstyrrelser har kviet seg for å søke behandling, som igjen har ført til underrapportering av tilfellene blant menn. Man regner med at 10 – 20 % av de som lider av spiseforstyrrelser er menn. Motivasjonen for vektnedgang er ofte ulik for de to kjønnene. Mens jenter ønsker å være tynne, trekkes guttene mot å bli sunnere, ofte med store muskler og lav fettprosent. Dette samsvarer med den gjennomgåtte litteraturen om medisinstudenter og spiseforstyrrelser [8, 11].

Våren 2014 kunne vi i flere medier lese om kvinner som endret innstillingene for kjønn på Facebook-profilene sine [29, 30]. Det å bytte fra kvinne til mann førte til store endringer i reklamen som kom opp i nyhetsstrømmen deres. Tidligere var det slankereklamer, bikinimote, kjoler, sminke og plastisk kirurgi som opptok annonseplassen på profilene deres. Etter at de endret innstillingene for kjønn mottok de heller reklamer om festivaler, konserter, sport, aviser og utdanning. Erik Solberg, leder for digital strategi i mediebyrået Carat kan bekrefte at reklamen man får via facebookprofilen ikke er tilfeldig: “Facebook har vært så smarte at de har laget et system hvor annonsørene gjør målgruppeutvelgelsene selv.”

4.3 Finnes det særtrekk hos medisinstudenter som gjør dem spesielt utsatte for å utvikle spiseforstyrrelser?

Tabell 3

Tittel	År	Land	Forfatter
Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians	2013	Norge	T.O. Gramstad, R. Gjestad
Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study.	2008	Tyskland	E. Voltmer
Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study	2008	Norge	M. Midtgaaard Ø. Ekeberg
Performance-based self-esteem and burnout in a cross-sectional study of medical students	2007	Sverige	M. Dahlin
Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study.	2007	Sverige	M. Dahlin
Medical students' personality characteristics and academic performance: a five factor model perspective	2002	Belgia	F. Lievens, P. Coetsier,
Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students	1998	USA	C. Henning S. Ey

Chris Henning et al. gjorde i 1997 en studie blant studenter i helsefagene medisin, odontologi, sykepleie og farmasi [31]. Formålet var å se på grad av perfektjonisme og sosial tilpasning blant disse studentene.

Et noe overraskende funn i denne studien var at helsefagstudentene ikke scorete høyere for perfektjonisme enn hva som var blitt funnet i tidligere studier. De studentene som hadde høy grad av perfektjonisme hadde høyere sannsynlighet for å utvikle psykisk sykdom i løpet av studietiden. Studien konkluderte også med at helsefagstudentene befant seg i risikogruppen for utvikling av kliniske nivåer av psykisk stress. Over 27 % av studentene anga å oppleve et stress- eller belastningsnivå av klinisk betydning.

Voltmer et al. utførte i 2008 en tverrsnittstudie som omhandlet risikofaktorer forbundet med psykisk helse blant ferdigutdannede leger og medisinstudenter i første og femte studieår [32]. De fant at prevalensen av et sunt helsemønster var høyest blant førsteårsstudentene. Deretter synkende til femte år, og ytterligere på vei ned etter ferdig utdanning. Videre var stressnivået lavest ved studiestart, stigende til femte studieår, og høyest hos de som var ferdig utdannet. Studien konkluderte med at førsteårsstudentene til å begynne med var svært motiverte og ambisiøse. Etter som de fortsatte på studiet sank motivasjonen og ambisjonen. Dette kan tyde på at studentene følte at det ble stilt høye krav og at de med tiden ble så slitne at det førte til en nedgang i motivasjonen for videre studier. Det kan tenkes at utbrenthet i studietiden kan være en utløsende faktor for eventuelle spiseforstyrrelser i en studentgruppe.

En svensk studie fra 2007 beskriver uttrykket *performance based self esteem* i relasjon til grad av utbrenthet blant medisinstudenter [33]. Med dette uttrykket menes at man baserer sin selvtillit og verdi ut fra mål en har oppnådd. Et høyt ambisjonsnivå kombinert med denne måten å måle selvtillit på kan disponere for utbrenthet. I denne undersøkelsen så man en tydelig sammenheng mellom disse to variablene blant medisinstudentene. Man kan tenke seg at det å være utbrent eller slitne kan føre til større risiko for at personer som i utgangspunktet er disponert for å utvikle spiseforstyrrelser gjør nettopp det.

Gramstad og Gjestad presenterte i 2013 en studie som så på personlighetstrekk forbundet med angst og depresjon blant medisinstudenter og unge leger ved Universitetet i Bergen [34]. Her så de en tydelig at nevrotisme og egosvakhet¹ var forbundet med angst og depresjon. Disse personlighetstrekkene korrelerte med høyt arbeidspress og stressreaksjoner. Utadvendthet var negativt korrelert med depresjonssymptomer. Det ble ikke funnet signifikant sammenheng mellom disse psykiske variablene og det å være pliktoppfyllende. Videre korrelerte grad av opplevd arbeidspress med nivåer av angstsymptomer, depresjon og stressreaksjoner. Kjønn viste seg å være en signifikant prediktor for stress i forbindelse med jobbsituasjon; kvinnelige leger anga høyere nivå av jobbforbundet stress enn sine mannlige kolleger.

I denne studien viste det seg at unge leger med høy score for nevrotisme opplevde mer stress i arbeidet som lege, og de samme personene hadde økt risiko for å utvikle stressreaksjoner. Dette kan tyde på at leger med en bestemt personlighet har høyere sannsynlighet for å utvikle psykiske problemer dersom de tolker miljømessige faktorer som mer stressende enn sine kolleger med mer utadvendte personlighetstrekk.

En belgisk studie fra 1997 sammenlikner personlighetstrekk hos medisinstudenter med mastergradsstudenter i jus, økonomi, pedagogikk, realfag, psykologi, politikk, ingeniørfag og filosofi, språk og historie [35]. Studentene ble fulgt i en periode over tre år. Studien viste blant annet at medisinstudentene var mer utadvendte sammenliknet med studenter i ingeniør- og realfag. Medisinstudentene scoret også høyt på "agreableness", som til norsk kan oversettes med "behagelig, hyggelig, elskverdig, villig" [36]. Dette gjorde også psykologistudentene. Når det gjaldt å være pliktoppfyllende, befant medisinstudentene seg midt på treet. Medisinstudentene lå også på gjennomsnittet for nevrotisme og åpenhet. Lievens et al. konkluderte med at det likevel ikke foreligger et unikt personlighetsmønster som skiller medisinstudenter fra andre mastergradsstudenter.

¹ I artikkelen "Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians" av Gramstad og Gjestad brukes uttrykket *reality weakness*. Jeg tok kontakt med artikkelforfatteren for å få forklart dette begrepet, og i følge Gramstad kan begrepet best oversettes til norsk med ordet "egosvakhet".

En norsk kohortstudie om psykisk helse blant medisinstudenter i Tromsø, Bergen, Oslo og Trondheim fant at en tredjedel av medisinstudentene opplevde behandlingstrengende psykiske problemer [37]. En liknende studie blant svenske medisinstudenter konkluderte med at 27 % av studentene hadde en psykiatrisk diagnose [17]. Midtgaard et al. spesifiserer ikke type psykisk sykdom, men det kan tenkes at spiseforstyrrelser kan inngå under denne kategorien.

5 Diskusjon

Jeg har i dette arbeidet sett at prevalensen for *diagnosene* anoreksi og bulimi blant medisinstudenter i litteraturen beskrives som svært lav i absolutte tall. Litteraturen beskrevet over beskriver *risikoatferd for spiseforstyrrelser* blant medisinstudenter. Det viser seg at prevalensen for denne risikoatferden var høyest blant de spanske medisinstudentene (29,6 %). Ved to universiteter i USA lå prevalensen på henholdsvis 18,7 % og 16,5 %. Blant medisinstudentene ved et universitet i Storbritannia var prevalensen 14,7 %. Av de tyrkiske medisinstudentene som deltok i studien viste 10,4 % av studentene tegn til risikoatferd for spiseforstyrrelser. Studier blant medisinstudenter i to ulike byer i Kina viste at kun 2,47 % og 2,5 % av studentene hadde den risikoatferden som beskrevet over. Det største gapet i prevalens ligger således mellom de vestlige og de ikke-vestlige landene. Med tanke på Vestens stadig økende påvirkning på menneskene i Østens levesett, ville det være interessant å se liknende studier gjentatt om to tiår. I tråd med dette viser studier en økende trend mot et slankere kroppsideal i asiatiske kulturer de siste 20 årene, særlig blant unge kvinner [8]. Streben mot urealistiske og ofte uoppnåelige kroppsideal har blitt moderne. Dette representerer et sosiokulturelt skifte fra den tradisjonelle ikke-vestlige oppfatningen av at en tynn kroppsbygning er synonymt med underernæring, fattigdom og sykdom [38]. Det å være misfornøyd med eget kroppsilde har tradisjonelt vært sett på som et problem i Vesten.

De ulike studiene som er beskrevet over har benyttet seg av ulike screening- eller diagnosesystemer for å kartlegge forekomst av risikoatferd for spiseforstyrrelser. Selv om de samme scoringsskjemaene har vært brukt i

enkelte av studiene, er de ikke helt sammenliknbare da det har vært satt ulike grenseverdier for risikoatferd for spiseforstyrrelser. Faren for under-rapportering bør også nevnes. Mange studenter vil ikke innrømme verken for seg selv eller andre at de har et problem relatert til kosthold og eget kroppsbilde. At deltakelse i studiene var frivillig kan også maskere de faktiske tallene. Man kan tenke seg at det er de friskeste studentene som besvarer en slik undersøkelse, et forhold som i så fall vil bringe skjevhet inn i studieresultatene. De manglende eller mangelfulle svarene fra personer med spiseforstyrrelser kan være resultat av at vedkommende enten ikke ønsker å delta i undersøkelsen eller at svarene som leveres er fornektende. I tillegg er det vanskelig å sammenlikne forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter med øvrige studenter. Mye av litteraturen fokuserer på medisinstudenters spisemønstre og sammenlikner ikke med kontrollgrupper.

En annen begrensning ligger i at noen av studiene kun omhandlet kvinner. Ettersom forekomsten av spiseforstyrrelser har vist seg å være høyere blant kvinner, vil disse artiklene presentere høyere tall enn dersom studiene hadde inkludert både kvinner og menn. I studiene der både menn og kvinner var representert var det i 7 av 7 studier flere kvinner enn menn som viste risikoatferd for spiseforstyrrelser [8, 9, 11, 19, 20, 22, 24].

Skårderud presenterer disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer i forbindelse med utvikling av spiseforstyrrelser [16]. I sammenheng med medisinstudenter, som er tema for denne oppgaven, er det særlig de utløsende faktorene som er av betydning. Det samme kan sies om store prestasjonskrav som utløsende faktor.

Perfeksjonisme trekkes frem som et karaktertrekk hos personer som utvikler spiseforstyrrelser. Litteraturen jeg har gått gjennom i forbindelse med denne oppgaven beskriver at medisinstudenter befinner seg midt på treet når det gjelder perfeksjonisme [31]. Videre hevder Chris Henning at rundt en tredjedel av medisinstudentene i sin studie har større sannsynlighet for å utvikle psykisk sykdom. Dette tallet ligger nært statistikk fra Norge og Sverige [17, 37]. Andre

karaktertrekk som kan beskrive medisinstudenter er ifølge Lievens [35] at de er utadvendte og lette å like. Dette er egenskaper de blant annet deler med psykologistudenter. Videre viser medisinstudentene å befinne seg midt på treet når det gjelder åpenhet for nye opplevelser og erfaringer, nevrotisisme og det å være pliktoppfyllende. Lievens hevder imidlertid at det ikke finnes et isolert personlighetsmønster som er beskrivende for medisinstudenter. Dette er i tråd med de undersøkelsene som hevder at det ikke er noen større forekomst av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter sammenliknet med andre studenter [8-10].

Gramstad et al. hevder at karaktertrekkene nevrotisisme og egosvakhhet disponerer for angst og depresjon, og at medisinstudenter som har disse egenskapene i møte med et stressende hverdag vil kunne være mer disponert for å møte på psykiske utfordringer enn medisinstudenter med mer utadvendte personlighetstrekk. Forfatterne i denne studien spesifiserer imidlertid ikke hvilke karaktertrekk som er særegne for medisinstudenter.

Medisinstudiet i Norge er blant de studiene som stiller strengest karakterkrav til inntak. Dermed får vi en seleksjon av motiverte og ressurssterke studenter. Mange stiller høye krav til seg selv. Noen vil også kjenne på høye forventninger fra andre. Vi kan tenke oss at noen studenter ikke føler de greier å ha kontroll over studiesituasjonen. Med et stort pensum, mange ressurssterke medstudenter og høye krav til seg selv kan det tenkes at noen vil kjenne behov for å ha kontroll over noe. Enkelte vil da kanskje trekkes mot spiseforstyrrelser og kjenne en mestringsfølelse over å ha kontroll over matinntak og vektnedgang. Ettersom karakterkravet for å komme inn på medisinstudiet er såpass høyt, er det mange av studentene som har svært god selvdisiplin. Denne selvdisiplinen kan i enkelte tilfeller bli en fiende da den kan være med på å bidra til at man utvikler spiseforstyrrelser.

Flere studier, inkludert noen av de som presenteres i denne oppgaven, viser de potensielle helsefarene som ses i sammenheng med påkjenningen og arbeidsmengden som er forbundet med medisinstudiet. Det virker paradoksalt

at en utdanning og en jobbkarriere som tar sikte på å hjelpe og helbrede andre vies lite oppmerksomhet mot potensielt skadefulle effekter. Derfor bør det i fremtiden rettes et større fokus på å forebygge og fange opp tilfeller av spiseforstyrrelser. Dette vil både medisinstudenter og deres fremtidige pasienter kunne tjene på, ettersom en frisk lege vil være bedre rustet til å yte det beste for pasientene sine. Medisinstudenter med personlighetstrekk som gjør dem særlig sårbare for de stressmomenter som oppleves på medisinstudiet, kan tjene på å delta på mestringskurs, der de kan lære seg å hanske med de mange utfordringene de møter. Dermed kan de tolke miljøet rundt som mindre stressende.

6 Konklusjon

Tema for denne oppgaven var spiseforstyrrelser blant medisinstudenter. Etter å ha gått gjennom systematiske litteratursøk har jeg sett at forekomst av diagnosene anorexia nervosa og bulimia nervosa ikke er signifikant høyere blant medisinstudenter enn andre studentgrupper. Det er i noen studier sett at medisinstudenter i større grad enn andre studenter viser risikoatferd for spiseforstyrrelser.

Til tross for at den gjennomgåtte litteraturen konkluderer med at det ikke ser ut til at forekomst av spiseforstyrrelser er høyere blant medisinstudenter, sier min egen erfaring fra det sosiale miljøet rundt studiet noe annet. Som nevnt i diskusjonen er det sannsynlig at det foreligger en viss underrapportering, ettersom en kan tenke seg at mange av de sykeste ikke ønsker å delta i slike undersøkelser. Dette kan bidra til å gi et falskt bilde av den reelle situasjonen. Noen av studiene konkluderte med at medisinstudenter hadde tendenser til risikoatferd for spiseforstyrrelser. Selv tror jeg at mange som plasseres i denne kategorien trekker mer mot å ha en spiseforstyrrelse enn kun risikoatferd slik den er beskrevet over.

Av faktorer som fører til at unge mennesker utvikler spiseforstyrrelser nevnes genetik og familiære forhold, perfektjonisme og kulturelle forhold som

disponerende faktorer. For medisinstudenter kan dermed studiet og miljøet rundt være en kulturell faktor som kan bidra til å utvikle spiseforstyrrelser. Som utløsende faktorer er det kanskje store prestasjonskrav som er mest relevante i forbindelse med utvikling av spiseforstyrrelser blant medisinstudenter.

Flere kvinner enn menn rammes av spiseforstyrrelser. 80-90 % av tilfellene av spiseforstyrrelser er blant kvinner. Det kan tenkes at noe av årsaken til dette er at kvinner opplever et større press fra samfunnet mot å være tynne og pene enn det menn gjør. Det råder sterke mekanismer i forbindelse med identitet og selvbilde som påvirker oss helt fra vi er små. Det er stor forskjell mellom de sosiale forventningene som stilles til de to kjønnene. Nylig opplevde jeg noe som kan illustrere dette. Jeg gikk inn i en lekebutikk for å kjøpe en gåbil til datteren min. Ekspeditøren spurte om det var til gutt eller jente. Jenteutgaven fra produsenten var rosa med prinsesser på, mens gutteutgaven var en politibil. Indirekte kan man tolke det dithen at det forventes at jenter skal være vakre og ha fine klær, mens guttene skal være sterke, flinke og redde verden. Det finnes omfattende litteratur om kjønnsroller og forventninger til ulike kjønn, men ettersom det faller utenfor denne oppgavens begrensninger har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på det.

Medisinstudenter beskrives i overnevnte litteratur som middels perfeksjonistiske, middels nevrotiske, elskverdige, utadvendte og lette å like. Perfeksjonisme er beskrevet som en utløsende faktor for spiseforstyrrelser, og kombinert med et miljø og en kultur med økt kroppspress og store prestasjonskrav vil medisinstudenter kunne være utsatte for å utvikle spiseforstyrrelser.

Undersøkelser viser at en tredjedel av medisinstudenter i både Norge og Sverige har behandlingstrengende psykiske problemer. Derfor kan det være hensiktsmessig å tilby en egen rådgivning- eller veiledningstjeneste for studentene ved profesjonsstudiet i medisin. Ettersom hjelp da kan oppleves som mer tilgjengelig og alminnelig vil kanskje flere studenter benytte seg av dette.

For fremtiden ville det vært spennende å se mer omfattende studier av temaene medisinstudenter, spiseforstyrrelser og risikoatferd for spiseforstyrrelser. Det ville være interessant å se en kohortstudie som følger medisinstudenter over flere år, gjerne ved flere av de medisinske fakulteter i Norge. For å få et best mulig sammenlikningsgrunnlag burde man da sammenlikne med minst to ulike studentgrupper, for eksempel ingeniørstudenter og lærerstudenter. Å veie deltakerne ved studiestart, for deretter å sammenlikne med vekten ved avslutning av studiet, kunne være med på å gi et enda bedre bilde av situasjonen.

Det vil også være hensiktsmessig å innføre dette temaet som en del av læreplanen på medisinstudiet, lignende prosjektet Marianne Martinsen ved Norges Idrettshøgskole har gjennomført med svært gode resultater [39]. Gjennom dette kan en sette fokus på alvorlighetsgraden og konsekvensene en spiseforstyrrelse bringer med seg og ikke minst forhåpentligvis begrense antallet som utvikler spiseforstyrrelser.

7 Referanser

1. Helseinformatikk, N. *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. 2014; Available from: <http://www.legehandboka.no>.
2. Universitetsbiblioteket, U. *Søk*. 2015; Available from: <http://www.uit.no/ub>.
3. Bratman, S., *Orthorexia Home Page*.
4. SNL. *DSM-systemet*. 2014; Available from: <https://snl.no/DSM-systemet>.
5. SNL. *ICD-10*. 2009; Available from: <https://sml.snl.no/ICD-10>.
6. Garner, D.M., et al., *The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates*. *Psychol Med*, 1982. **12**(4): p. 871-8.
7. Garner, D.M. and P.E. Garfinkel, *The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. *Psychol Med*, 1979. **9**(2): p. 273-9.
8. Liao, Y., et al., *Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students*. *Compr Psychiatry*, 2010. **51**(5): p. 516-23.
9. Liao, Y., et al., *Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in Chinese medical university students*. *Int J Soc Psychiatry*, 2013. **59**(6): p. 578-85.
10. Szweda, S. and P. Thorne, *The prevalence of eating disorders in female health care students*. *Occup Med (Lond)*, 2002. **52**(3): p. 113-9.
11. Fidan, T., et al., *Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey*. *Compr Psychiatry*, 2010. **51**(1): p. 49-54.
12. Garner, D.M., M.P. Olmstead, and J. Polivy, *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia*. *International journal of eating disorders*, 1983. **2**(2): p. 15-34.
13. Røer, A., *Spiseforstyrrelser, symptomforståelse og behandlingsstrategier, 2.utgave.* .
14. PubMed. *MeSH*. 2015 25.02.15]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
15. US National Library of Medicine, N.I.o.H. *PubMed*. 2015; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
16. Skårderud, F., J. Rosenvinge, and K. Götestam, *Spiseforstyrrelser*. En oversikt. *Tidsskr Nor Legeforen*, 2004. **15**: p. 1938-42.
17. Dahlin, M.E. and B. Runeson, *Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study*. *BMC Med Educ*, 2007. **7**: p. 6.
18. Waadegaard, M., M. Davidsen, and M. Kjoller, *[Mental and physical health and risk behaviour related to eating disorders among 16-29-year-old women]*. *Ugeskr Laeger*, 2009. **171**(9): p. 713-7.
19. Dissing, A.S., et al., *Female medical students are estimated to have a higher risk for developing eating disorders than male medical students*. *Dan Med Bull*, 2011. **58**(1): p. A4207.
20. Sepulveda, A.R., et al., *Prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish university population: a pilot study*. *Body Image*, 2007. **4**(3): p. 317-28.
21. Futch, L.S., D.L. Wingard, and M.E. Felice, *Eating pattern disturbances among women medical and graduate students*. *J Adolesc Health Care*, 1988. **9**(5): p. 378-83.

22. Herzog, D.B., et al., *Substance use, eating behaviors, and social impairment of medical students*. J Med Educ, 1987. **62**(8): p. 651-7.
23. Herzog, D.B., et al., *Eating disorders and social maladjustment in female medical students*. J Nerv Ment Dis, 1985. **173**(12): p. 734-7.
24. Kiefer, I., et al., *Body weight: the male and female perception*. Soz Praventivmed, 2000. **45**(6): p. 274-8.
25. Fretheim, A., J.H. Rosenvinge, and M.K. Torstveit, *Spiseforstyrrelser*. Medisinsk informasjon. Vol.?rg. 23(2009)nr. 3. 2009, Oslo: Medlex.
26. Machado, B.C., et al., *Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: a Portuguese case-control study*. Eur Eat Disord Rev, 2014. **22**(4): p. 243-51.
27. Klump, K.L., et al., *Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study*. J Abnorm Psychol, 2009. **118**(4): p. 797-805.
28. Fairburn, C.G. and P.J. Harrison, *Eating disorders*. The Lancet. **361**(9355): p. 407-416.
29. Tidende, B. *Linn skiftet kjønn på Facebook*. 2014; Available from: <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Linn-skiftet-kjonn-pa-Facebook--3143675.html>.
30. iTromsø. *Josefin (26) skiftet kjønn på Facebook*. 2014; Available from: <http://www.itromso.no/nyheter/article9686687.ece>.
31. Henning, K., S. Ey, and D. Shaw, *Perfectionism, the imposter phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students*. Med Educ, 1998. **32**(5): p. 456-64.
32. Voltmer, E., et al., *Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study*. BMC Med Educ, 2008. **8**: p. 46.
33. Dahlin, M., N. Joneborg, and B. Runeson, *Performance-based self-esteem and burnout in a cross-sectional study of medical students*. Med Teach, 2007. **29**(1): p. 43-8.
34. Gramstad, T.O., R. Gjestad, and B. Haver, *Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians*. BMC Med Educ, 2013. **13**: p. 150.
35. Lievens, F., et al., *Medical students' personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective*. Med Educ, 2002. **36**(11): p. 1050-6.
36. *Ordnett*. 2015; Available from: <http://www.ordnett.no>.
37. Midtgaard, M., et al., *Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study*. Eur Psychiatry, 2008. **23**(7): p. 505-11.
38. Luo, Y., W.L. Parish, and E.O. Laumann, *A population-based study of body image concerns among urban Chinese adults*. Body Image, 2005. **2**(4): p. 333-45.
39. NIH. *Idrett, helse, kropp og prestasjon "Er det mulig å forebygge spiseforstyrrelser i idretten?"*. 2015; Available from: <http://www.nih.no/forskning/prosjektarkivet1/forskningsprosjekter-ved-nih/idrett-helse-kropp-og-prestasjon-er-det-mulig-a-forebygge-spiseforstyrrelser-i-idretten/>.