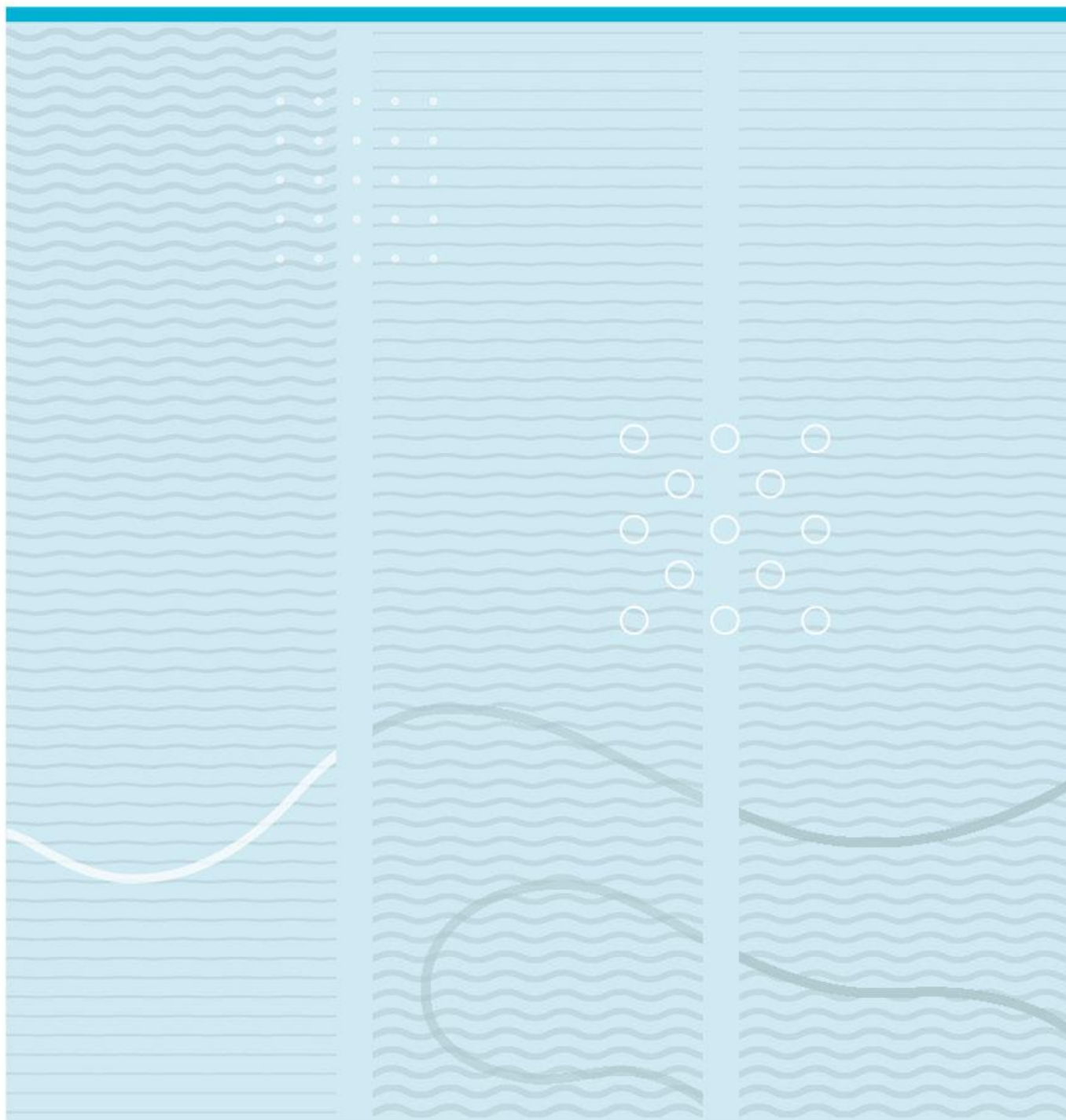


Anne Margit Sørensen

Spiseforstyrrelser og sosial ulikhet

Spiseforstyrrelser sett ut fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for USN Handelshøyskolen
Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Anne Margit Sørensen

Denne avhandlingen representerer 50 studiepoeng

Sammendrag

Konteksten er avgjørende for våre holdninger til mat, skjønnhet og kroppsidealer. Spiseforstyrrelser er spesielt komplekse lidelser, som utvikles gradvis over tid.

Jeg har formulert problemstillingen: *Er spiseforstyrrelser blant ungdom i ungdomsskolen og videregående skole mer utbredt i noen sosiale grupper enn i andre?* Det er brukt kvantitative metoder for å utforske denne, basert på datamateriell fra Ungdata-undersøkelsen.

I oppgaven kom det frem at andelen som har, eller står i fare for å utvikle, spiseforstyrrelser er rundt 20%, noe som er høyere enn antatt.

Mine funn viser at det har skjedd en utjevning mellom kjønnene, men det å være kvinne utgjør fortsatt en økt risiko for spiseforstyrrelser.

Jeg har sett på Bourdieus tre kapitalformer. Med tanke på «økonomisk kapital» er ikke spiseforstyrrelser lenger «de rike pikers lidelse». Derimot kom jeg frem til at det å komme fra hjem med dårligere råd, utgjør en svak økning i sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser. Sammenhengen mellom «kulturell kapital» og spiseforstyrrelser ble vanskeliggjort av metodiske utfordringer. Funnene antyder en samvariasjon, men den er svært svak og retningen uviss. Det er tre indikatorer knyttet til «sosial kapital» som viste en svak økning i sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser: Mobbing, høyt konfliktnivå i familien og å ha tilhørighet i miljøer som har stort fokus på utseende, moteklær og «likes».

Et godt selvbilde gir en sterk beskyttelse mot utvikling av spiseforstyrrelser. Det å være fornøyd med omgivelsene og seg selv gir også en viss beskyttelse.

Utvalget for denne undersøkelse var ungdommer fra 30 av landets kommuner, ingen av storbyene var representert. Dette svekker undersøkelsen generaliserbarhet.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
Forord	6
1 Oppgavens bakgrunn og oppbygning	7
1.1 Oppgavens oppbygning	10
2 Teoretisk forankring	11
2.1 Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv	11
2.1.1 Antikkens dualisme	11
2.1.2 Middelalderen - fra hellig anoreksi til kroppslig perfeksjon	12
2.1.3 Reformasjonen - askese som kjetteri, men dyrking av slankhet	13
2.1.4 Mot mer moderne beskrivelser av anoreksi og bulimi	14
2.1.5 En fysiologisk tilstand i hypofysen?	15
2.1.6 Mot psykologiske forklaringsmodeller	16
2.2 Spiseforstyrrelser i Norge frem til i dag	17
2.2.1 Norsk forskning i moderne tid	18
3 Spiseforstyrrelser i dag	20
3.1 Hva er spiseforstyrrelser?	20
3.2 Patologisk tilnærming til spiseforstyrrelser	23
3.2.1 Tre hovedformer for spiseforstyrrelser	23
4 Hvor går skillet mellom helse og uhelse?	26
4.1 Motstandsressurser	27
4.2 Sosiale relasjoner og ressurser	28
5 Eplet faller ikke langt fra stammen?	31
5.1 Bourdieu - klasseteori	31
5.1.1 Habitus	31
5.1.2 Det sosiale rommet	32
5.1.3 De ulike kapitalformene	34
5.2 Modernitetsteori	37
5.2.1 En ny tid - risikosamfunnet	38
5.2.2 Tre grunntrekk i det moderne samfunnet	40
5.2.3 Barn og unge i det moderne samfunnet	41

6	Dagens situasjon i forhold til spiseforstyrrelser	43
6.1	Omfang.....	43
6.2	Kjente risikofaktorer	43
6.2.1	Den vestlige kulturen.....	45
7	Metode	47
7.1	Problemstilling.....	47
7.2	Kvantitativ versus kvalitativ	49
7.3	Datainnsamling - Ungdata	50
7.3.1	Ungdata-undersøkelsen	50
7.4	Dataenes målenivå	51
7.5	Utvalget – enhetene for undersøkelsen	52
7.5.1	Missing	53
7.6	Operasjonalisering av begrepene	53
7.6.1	Faktoranalyse	56
7.7	Konstruksjon av indekser.....	58
7.7.1	De avhengige variablene – operasjonalisering av spiseforstyrrelser.....	59
7.7.2	De uavhengige variablene	61
7.8	Teori- og metodekritikk	69
8	Analyse	70
8.1	Univariate analyser.....	71
8.1.1	De avhengige variablene - hvor utbredt er spiseforstyrrelser?.....	71
8.1.2	De uavhengige variablene - hva slags kapital har norsk ungdom?.....	72
8.2	Bivariate analyser	78
8.2.1	Kjønnforskjeller i forhold til spiseforstyrrelser.....	78
8.3	Multivariat analyse	81
8.3.1	Den lineære regresjonsanalysen	83
8.3.2	Samvariasjon mellom EAT5&EAT8-indeksen og uavhengige variabler	85
9	Drøfting.....	87
9.1	Trenger vi enda et bidrag om spiseforstyrrelser?	87
9.2	Hvor utbredt er spiseforstyrrelser?	88
9.3	H1: Jenter er mer utsatt for spiseforstyrrelser enn gutter	91
9.4	Spiseforstyrrelser og de ulike kapitalformene.....	93

9.4.1	H2: Høy økonomisk kapital øker sannsynligheten for å utvikle sp.forstyrrelser	93
9.4.2	H3: Høy kulturell kapital øker sannsynligheten for å utvikle sp.forstyrrelser...	94
9.4.3	H4: Lav sosial kapital øker sannsynligheten for å utvikle sp.forstyrrelser	95
9.5	H5: Misnøye med tilværelsen øker sannsynligheten for sp.forstyrrelser.....	101
10	Konklusjon	104
	Referanser/litteraturliste	107
	Oversikt over tabeller og figurer	113
	Vedlegg	114

Forord

En spennende og lærerik reise er over. En stor takk til veileder Jens Grøgaard for gode råd på veien.
Vil også takke Guro Olborg og Sigrunn Tvedten.

Horten, 09.09.2020

Anne Margit Sørensen

1 Oppgavens bakgrunn og oppbygning

Tema for masteroppgaven er spiseforstyrrelser og sosial ulikhet. Inspirasjonen til temaet kom da jeg så dokumentarserien «Helene sjekker inn» med journalisten Helene Sandvig på NRK (Sandvig, 2015). Hun besøkte en avdeling for spiseforstyrrelser og gjennomførte flere intervjuer med pasientene der. Programmet ble sett i en periode da jeg studerte Bourdieus klasseteori, og nysgjerrigheten på om det kunne være noen sammenhenger her var vekket.

Det er ofte søkelys på at de nedre samfunnslag er mer risikoutsatt for sykdommer og helseplager (Sletten, 2015, s. 8). Jeg ønsket derfor å undersøke om det er noen sykdomstilstander som oppstår hyppigere i de øvre samfunnslagene. En slik sykdomstilstand kunne tenkes å være spiseforstyrrelser. Dette kan linkes til at det ofte er et større prestasjonsjag i de øvre sosiale lagene. «Generasjon perfekt» er et uttrykk som stadig brukes om de unge i dag (Aftenposten, 2015). De skal prestere på alle felt. Fokuset på utseende er større enn noen gang. Slanke personer tillegges gjerne flere positive egenskaper som å være viljesterke, vakre, selvdisciplinerte, sunne og så videre (Pettersen, 2013, s. 47-48). Opplever ungdommene i de høyere sosiale lag et større press på å være vellykket enn andre ungdommer? Hvis så er tilfelle, kan dette presset føre til psykiske helseplager som spiseforstyrrelser?

Det har skjedd en utvikling over generasjoner hvor en stadig større andel av befolkningen tar høyere utdanning. De har nådd lengre enn sine foreldre i forhold til utdanningsnivå. Det er ikke lett for dagens unge. Det kreves stadig mer kompetanse. Både faglig dyktighet og personlig egnethet er avgjørende i konkurransen på arbeidsmarkedet. Personlighetstester blir benyttet i utsilingsprosessen på veien mot en ansettelse. Lista blir stadig lagt høyere. Risikoen for å mislykkes er høy. Hva gjør disse høye kravene med mestringsfølelsen og selvbildet til ungdommene? Finn Skårderud skriver at «spiseforstyrrelser handler alltid om lav og svingende selvfølelse» (Skårderud, 2000, s. 8). Videre skriver han at «kontrollen over maten og kroppen kan være forsøk på å oppnå kontroll og bedre selvfølelse» (Skårderud, 2000, s. 8). Mestringsfølelse vil være essensielt for selvbildet, og mangel på kontroll over eget liv vil ofte gi seg utslag i psykiske lidelser deriblant spiseforstyrrelser. Skårderud skriver at «spiseforstyrrelser er et komplisert samspill mellom biologi og psykologi» (Skårderud, 2000, s. 9). Jeg ønsker i denne oppgaven å trekke inn et samfunnsvitenskapelig perspektiv. Hvordan påvirker den sosiale bakgrunnen sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser?

Hele 90% av de som rammes er kvinner, og sykdommen debuterer vanligvis i tenårene (Skarbø & Rohde, 2017, s. 5). Anslagsvis lider rundt 50.000 kvinner av spiseforstyrrelser i Norge (Torgersen & Hånes, 2016). En har funnet at det har vært en relativ økning på 40% av tenåringsjenter som får behandling for psykiske lidelser på 5 år. Økningen er i første rekke innenfor diagnosegruppene: angstlidelser, depresjon, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Økningen er størst blant jenter (Surén, 2018).

«– Disse unge jentene lever under et konstant press, hvor de skal gjøre det bra på skolen, trene, spise sunt og være perfekt på alle kanter. De blir utsatt for dette døgnet rundt, gjennom pressen, sosiale medier og i sine nærmeste omgivelser» sier Thorsteinsson (seksjonsleder i BUPA Poliklinikk intensiv) til journalist Krømke (Krømke, 2014).

Spiseforstyrrelser er et alvorlig problem både på individ- og samfunnsnivå. For den enkelte kan det i verste fall medføre døden eller alvorlige senskader. I tillegg er det vanskelig for de nærmeste å forholde seg til denne typen lidelser. Spiseforstyrrelser resulterer ofte i et økt konfliktnivå i de nære relasjonene (Pettersen, 2013, s. 46, 49). For samfunnet er det alvorlig når mange unge mennesker får alvorlige psykiske helseproblemer. De som rammes må ofte bryte utdannelsesløpet og kommer senere eller aldri inn på arbeidsmarkedet. Dette vil medføre økte omkostninger for samfunnet i form av NAV-ytelser og helsebehandling (Repål, Strand & Karlsen, 2017, s. 110). Det å få mer kunnskap om denne typen lidelser er viktig både av hensyn til individet og samfunnet forøvrig.

Spiseforstyrrelser er diagnoser som må forklares ut ifra flere forklaringsfaktorer. Ofte får de biologiske og psykologiske perspektivene størst oppmerksomhet. Det å trekke inn en samfunnsfaglig vinkling kan bidra med mer utfyllende kunnskap. Jeg ville derfor undersøke om noen grupper er mer utsatt enn andre for å utvikle spiseforstyrrelser. Er det noen fellestrekk mellom de som rammes? Har modernitetsteoretikerne rett i sine påstander om at kjønn, familie, utdanning, yrke og sosial klasse har blitt irrelevante størrelser?

I denne oppgaven vil jeg se om det er noen ulikheter i sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser i forhold til sosial bakgrunn. Jeg kom frem til følgende problemstilling:

Er spiseforstyrrelser blant ungdom i ungdomsskolen og videregående skole mer utbredt i noen sosiale grupper enn i andre?

I de siste årene har det dukket opp begreper som ortoreksi og megareksi. Ortoreksi beskriver en tilstand der man blir så opptatt av å spise sunt at det utvikles en forstyrrelse. Megareksi er en tilstand der man har blitt sykelig opptatt av å bli så stor og muskuløs som overhodet mulig. Verken ortoreksi og megareksi er egne diagnoser, og vil i diagnosesystemet falle inn under spiseforstyrrelser (Rådet for psykisk helse, 2015). I min oppgave vil jeg derfor ikke gå nærmere inn på disse spesielle tilstandene, men fokusere på spiseforstyrrelser generelt.

I forhold til sosial ulikhet vil jeg i denne oppgaven ta utgangspunkt i Bourdieus kapitalbegreper med vektlegging på økonomisk, kulturell og sosial kapital. Tilgangen på data har gjort at ikke alle kapitalbegrepene er like godt dekket. I forhold til økonomisk kapital er det kun en egnet variabel i datasettet. I forhold til kulturell kapital har jeg plukket ut tre tilfredsstillende variabler. Det var flere aktuelle variabler som kunne knyttes til sosial kapital, og hovedvekten vil derfor ligge på sosial kapital grunnet de metodiske utfordringene. De variablene som var mest relevante og signifikante i forhold til spiseforstyrrelses-variablene, er tatt med i analysene. I tillegg har jeg tatt med variabler angående tilfredshet og selvbilde, da disse vil være indirekte påvirket av kapitalsammensetningen individene besitter.

Googler man spiseforstyrrelser får man 900.000 treff. Det er nesten tusen publikasjoner på norsk. På tross av dette var det lite å finne om spiseforstyrrelser fra et samfunnsfaglig perspektiv. Psykiater Finn Skårderud og psykolog Jan Rosenvinge er antagelig de som har skrevet flest bøker og artikler om spiseforstyrrelser i Norge og vil bli presentert nærmere i teoridelen. I forhold til idrett og spiseforstyrrelser er det forsket mye. Her kan Jorunn Sundgot-Borgen nevnes, som blant annet har slått alarm om spiseforstyrrelser i langrennssporten (Aaserud, 2018). Mira Aaboen Sletten er en av dem som har sett på hvordan sannsynligheten for å utvikle psykiske helseplager kan knyttes til sosial bakgrunn. Hun fant ut at generelle psykiske helseplager fortsatt er mest utbredt i lavere sosiale sjikt. Likevel er hennes funn svært interessante i forhold til denne oppgaven. Sletten bruker også data fra Ungdata-undersøkelsen (Sletten, 2015, s. 8-25). I denne oppgaven vil jeg kun fokusere på spiseforstyrrelser.

1.1 Oppgavens oppbygning

Den teoretiske delen starter med kapitel 2, som tar leseren med inn i det historiske perspektivet i forhold til spiseforstyrrelser. Kapittel 3 omhandler hva spiseforstyrrelser er, hvor Finn Skårderud gis en sentral plass med bidrag fra flere. Her vektlegges den patogene tilnærmingen, hvor individet enten er frisk eller syk. I kapittel 4 gis den salutogene tilnærmingen plass i regi av Aron Antonovsky, hvor vi ser på kontinuumet mellom helse og uhelse. Handlingsteori står i fokus i kapittel 5, hvor Pierre Bourdieus klasseteori møter motstand fra modernitetsteoretikerne Ulrich Beck, Anthony Giddens og Zygmunt Bauman. Den teoretiske delen avsluttes i kapittel 6 med en beskrivelse av omfang og kjente risikofaktorer.

I kapittel 7 beveger vi oss over i metodedelen. Den starter med en presentasjon av tema, problemstilling og sentrale hypoteser. En redegjørelse for metodevalg følger for videre å presentere datagrunnlaget opprinnelse - Ungdata-undersøkelsen. Så kommer en grundig beskrivelse av utvalget, før man avslutningsvis gjennomgår operasjonaliseringsprosessen av de sentrale begrepene i problemstillingen.

I kapittel 8 presenteres resultatene fra univariate, bivariate og multivariate analyser. Vi starter her med de enkleste analysene, frekvensanalyser, for å belyse hvordan respondentene fordeler seg på de avhengige og uavhengige variablene. Ved bruk av krysstabeller går vi i dybden på kjønn, den mest kjente risikofaktoren. Analysedelen avsluttes med en presentasjon av den lineære regresjonsanalysen hvor spiseforstyrrelser blir testet mot ulike uavhengige variabler/indekser.

I kapittel 9 drøftes resultatene, og hypotesene testes ut i tur og orden. Her vurderes funnene opp mot teorien.

I konklusjonsdelen, kapittel 10, samles trådene og hypotesene blir enten bekreftet eller avkreftet. Ble problemstillingen besvart?

2 Teoretisk forankring

I teoridelen vil jeg først se på hvordan synet på mat, kropp og sykdom har endret seg gjennom tidene. Videre vil jeg gjøre rede for hva spiseforstyrrelser er og foreta en gjennomgang av grenselinjene mellom det friske og det syke. Her vil jeg presentere både det salutogene og patogene sykdomsperspektivet. Spesielt vil Aron Antonovsky og Finn Skårderud trekkes frem, med bidrag fra flere. Videre kommer en presentasjon av ulike handlingsteorier, som gir ulike perspektiver på hvorfor vi handler som vi gjør. Her vil Pierre Bourdieu klasseteori stå sentralt, men han kan ikke stå uimotsagt. Flere bidrag fra de fremste modernitetsteoretikerne brukes for å beskrive viktige trekk ved individualiseringstenen. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for dagens omfang og kjente risikofaktorer.

2.1 Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv

Holdninger og atferd i forbindelse med mat og utseende har endret seg med tid og sted. Kroppens prestisje har vært gjennom dramatiske endringer opp gjennom historien (Skårderud, 2000, s. 43). Hva som har blitt oppfattet som friskt og sykt likeså. Ens selvilde er sterkt preget av den historiske konteksten man lever i. Hva som blir ansett som attraktivt og vakkert er ikke noe statisk, men i kontinuerlig endring. Avvikende atferd knyttet til mat og matinntak er ikke et nytt fenomen. Vi kan ikke uten videre sette likhetstegn mellom tidligere tiders avvikende spiseatferd og det vi i dag kaller spiseforstyrrelser. Tidligere tiders avvik gir oss imidlertid interessante perspektiver på hvordan holdninger og bevissthet rundt mat, kropp og spiseatferd har vært opp gjennom historien.

2.1.1 Antikkens dualisme

I den eldste antikken finner man det vi kan kalle et godt og harmonisk kroppssyn. Kroppene ble dyrket og hadde en sentral posisjon i kunsten. Skulpturene var gjerne nakne og viste en kroppslig disiplin kombinert med harmoni og koordinasjon. I den yngre antikken skjer det et skifte med både kristne og platonske bidrag. Kroppen blir utsatt for skam, pinlighet og strenghet. Dualismen setter et skille mellom kropp og sjel. Kroppen reduseres til en nødvendig plage, mens sjelen og ideene opphøyes (Skårderud, 2000, s. 43). Helt siden oldtiden kan man dokumentere handlingsmønstre som i dag ville blitt ansett som sykelige, og som ut fra vår terminologi ville falt inn under det vi

omtaler som spiseforstyrrelser. I oldtidens Hellas var man svært opptatt av kropp og utseende. Grekernes kroppsidealer ble ført videre av romerne, som mer eller mindre overtok de greske skjønnhetsidealene. Dette kan vi blant annet se ved å studere greske og romerske skulpturer. Både grekere og romere idealiserte slanke kvinner og fedme ble ansett som stygt. Det var på den tiden vanlig å sette kvinner på slankekur, for å gjøre dem attraktive for giftemål. I mange kilder finner man ulike metoder for å kvitte seg med «matoverskuddet». Kreterne var på denne tiden kjent for å ha kunnskap om brekkmidler, som gjorde dem i stand til å fråtse i mat uten å bli fete. Keiser Augustus ga råd om å stikke en fjær i halsen for å fremkalle brekninger etter store etegilder. Både overspising og spisevegring forutsatte en viss grad av velstand for å kunne fungere som uttrykksmiddel (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 16, 17). Dette er handlingsmønstre, som vi i dag ville kalt bulimiske. Bulimia stammer fra de greske ordene «bous limos», som betyr «mye sult». Disse ordene ble allerede brukt av Plutark rett etter Kristus (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2369).

I den babylonske kulturen rundt 500 e.Kr. finnes det eksempler på tilfeller med voldsom hunger (hebraisk «boolmot»). Dette ble ansett som en farlig tilstand som trengte behandling. Mye tyder på at man anså denne tilstanden som svært avvikende og uforskyldt, og de som var rammet ble verken møtt med moralsk eller religiøs fordømming. Til forskjell fra gresk og romersk kultur ble ikke overspising sett på som et tegn på velstand, men heller som et sykdomstegn (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 17).

2.1.2 Middelalderen - fra hellig anoreksi til kroppslig perfeksjon

Denne dualismen videreføres gjennom middelalderen, og nakenheten forsvinner ut av kunsten. Gjennom kristendommen ble fråtseriet syndig, og appetitten ble disiplinert (Skårderud, 2000, s. 44, 68). Faste var og er fortsatt et av mange religiøse ritualer. I tidlig middelalder ble likevel ekstrem spisevegring ansett som djevelens verk, men dette endret seg utover middelalderen. På 1200-tallet oppstår et fenomen som ble kalt «anorexia mirabilis», som kan oversettes til «hellig anoreksi». Spisevegring blir knyttet til religionsutøvelse ved at man avstår fra denne verdens goder, for å rette hele sin oppmerksomhet mot det guddommelige. Spisevegring ble således knyttet til de åndelige verdiene. Askese blir ansett som en from form for religionsutøvelse, der man på mirakuløst vis mister appetitten (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 17). På den tiden valgte noen unge kvinner å innta minimalt med mat utfra et ønske om «åndelig perfeksjonisme». Det ble knyttet mye

mystikk til disse kvinnene, og enkelte risikerte å bli brent på bålet for hekseri (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2369). Andre ble ansett som hellige personer, og fikk høy status. De hadde mirakuløst avstått fra det livsviktige menneskelige behovet for mat. Dette var en tid med økende dualisme, hvor skillet mellom kropp og sjel stadig blir skarpere. Flere av disse kvinnene ble kanonisert til helgen etter sin død, og tjente som forbilder innen den romersk-katolske kirken. Caterina av Siena er kanskje den meste kjente av disse, som på 1300-tallet sultet seg til døde 32 år gammel. Kirken valgte å betrakte hennes sultestreik som en guddommelig handling, og hun ble dermed en av flere «hellige anorektikere». Disse kvinnene var hyperaktive og perfektjonistiske i sin higen etter «åndelig skjønnhet», og de ble aldri fornøyd med egen innsats. De fremsto som oppofrende overfor sine medmennesker, men klarte aldri selv å motta omsorg (Fretheim, 2009, s. 4, Skårderud, 2000, s. 34-35).

En kan trekke mange likhetstrekk mellom denne tidens «åndelige perfektjon» og dagens jag etter «kroppslig perfektjon». Beundringen for faste og askese kan ses i sammenheng med den dualismen som gjennomsyrrer det meste av filosofisk og religiøs tenkning i vår vestlige kultur. Man skiller mellom kropp, sjel og ånd. Sjelen, ånden og psyken blir sett på som noe viktig og opphøyet. Kroppen derimot er kun materie og lite verdsatt. Kroppen blir noe man skal legge under sin kontroll - noe som man må underkue. Anoreksi blir noe som symboliserer kontroll og «renhet», hvor man ikke lar seg lede av impulser, drifter og lyster. Bulimi blir noe som forbindes med skam ved at man gir etter for kroppens behov, og blir dermed gjenstand for moralsk fordømmelse. Det kan imidlertid bestrides at disse kvinnehistoriene er historisk korrekte. Det mangler vitenskapelig bevis for at kvinnene faktisk led av spisevegring. Likevel er det rimelig å trekke linjer mellom den katolske kirken og spiseforstyrrelser med tanke på kombinasjonen av religiøs fromhet og asketisk livsstil. Bulimisk atferd ble ansett som avvikende og umoralsk atferd, men etter hvert ble denne atferden mer oppfattet som uttrykk for fordøyelsesbesvær med et visst vekttap (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 18, 27).

2.1.3 Reformasjonen - askese som kjetteri, men dyrking av slankhet

Reformasjonen førte til store omveltninger. Askese ble nå sett på som kjetteri og som djevelens verk, og man tok avstand fra helgendyrkelse. Det ble likevel ikke slutt på den dualistiske tradisjonen som kun antok nye uttrykksformer. Gjennom hele middelalderen og helt frem til opplysningstiden

hadde skjønnhetsidealet for kvinner vært moderat overvekt. På 1600-1700-tallet skjer det en endring i kroppsidealene. Fra opplysningstidens begynnelse helt til våre dager handler skjønnhet i stor grad om slankhet. Spesielt blir tynnhet et ideal for kvinner i borgerskapet og i høyere sosiale lag. Det å være slank blir noe som markerer klasses tilhørighet (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s.20). Utover på 1600-tallet tar man stadig mer avstand fra religiøse og overnaturlige forklaringer. Opplysningstiden preges av at man skal finne fornuftige og vitenskapelige forklaringer på ulike fenomener. Det er fornuften som skal være styrende. Det skjer en sekularisering av samfunnet, og kirken mister mye av makten over individene. Man søker kunnskapsbaserte svar ut fra observasjon. Dette påvirker synet på matvegring, som nå blir gjenstand for medisinen. De med spisevegring går fra å bli dyrket som helgener, til å få status som pasienter. Her kan nevnes Thomas Hobbes som i 1668 beskriver et tilfelle som ligger meget nær det vi i dag kaller anorexia nervosa. Flere følger i hans fotspor, og hele ni doktorgrader innen medisin omhandler anoreksi utover 1600- og 1700-tallet. En av disse hevder at sykdommen kan tilskrives emosjonelle forhold, mens en annen hevder at sorg kan være en utløsende faktor (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 20, Skårderud, 2000, s. 34-36). I 1689 beskrev den engelske legen Richard Morton et tilfelle som ligner dagens anoreksipasienter. Han presenterer «nervøs atrofi» som en tilstand kjennetegnet ved redusert appetitt, matvegring, amenoré, vekttap og hyperaktivitet. Morton mente at «emosjonelt opprør» var forklaringen på tilstanden, og hans behandling besto av medikamenter og landlig luft (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2370). Morton var av de første som beskrev spisevegring hos menn. Hans arbeid ble dessverre viet liten oppmerksomhet. Bulimi ble beskrevet i mange oppslagsverk på 1700-tallet. Det ble beskrevet som en tilstand med ekstrem opptatthet av mat, som ble fulgt av overspising etterfulgt av oppkast og besvimelse (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 21, 27).

2.1.4 Mot mer moderne beskrivelser av anoreksi og bulimi

Utover 1800-tallet kom det flere beskrivelser av anorexia nervosa og bulimi fra leger både i USA, Frankrike og England. Inndelingene var usystematiske og uklare, og det var lite samordning av funnene. I 1860 beskrev Louis-Victor Marcé en spesiell form for «hypokondrisk delirium» som rammet unge jenter i puberteten. Han gav en detaljert kasuistikk som minner om det vi i dag omtaler som anorexia nervosa. Marcés behandling besto i å flytte pasientene til nye omgivelser, og han mente at tvangsforing var nødvendig i enkelttilfeller (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2370). I 1873 publiserte den franske legen Ernest Charles Lasegue en meget detaljert beskrivelse av symptomer

på spisevegring, og brukte begrepet «vita minima» som betegner et innsnevret livsfelt (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 22, Skårderud, 2000, s. 64-65). Han anså sykdommen som et symbolsk uttrykk for en familiekonflikt (Fretheim, 2009, s. 5). Lasegue var positiv når det gjaldt prognosen og hadde ingen tilfeller med dødelig utfall. Han anbefalte en forsiktig tilnærming, der man ga pasienten en periode med forsiktig oppmerksomhet. Den første som introduserte begrepet «anorexia nervosa» var sir William Gull i 1874. Gull sin behandling besto av hvile, varme og regelmessige måltider. I arbeidene til Lasegue og Gull er det flere fellestrekk med det vi i dag kaller spiseforstyrrelser, men meningsinnholdet og motivasjonen for spisevegringen avviker fra dagens symptombilde. Det ble ikke nevnt noe om angst for overvekt eller ønske om å nå estetiske idealer i disse arbeidene (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2370). Felles for de to legene var at de begge anså spisevegring som en nervøst betinget sykdomstilstand. Selv om det var mye som var interessant i arbeidene deres, har man sett at de tok feil på vesentlige punkter. Blant annet hevdet begge at spisevegringen skyldes manglende appetitt. I dag vet vi at dette oppstår senere i sykdomsforløpet. Selv om Gull med flere beskriver tilstander med abnorm appetitt, så var det ingen som modifiserte diagnostikken. Det skulle ta lang tid før man snakket om bulimi. Videre mangler det beskrivelser av overopptatthet av kroppsvekt og frykt for fedme, som i dag anses som sentrale trekk ved spiseforstyrrelser. Dette kan enten skyldes mangelfulle kliniske observasjoner, eller en endring av det kliniske bildet over tid. Tankevekkende er det at begge trekker frem familiens betydning for opprettholdelsen av anoreksi (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 22).

2.1.5 En fysiologisk tilstand i hypofysen?

På slutten av 1800-tallet skjedde det en økning i forekomsten av anorexia nervosa. Dette kan ha sammenheng med de store samfunnsendringene på denne tiden, blant annet økt industrialisering, urbanisering og endringer i familiestrukturene. Storfamilien ble erstattet av kjernefamilien og barnetallet sank. Familierelasjonene ble tettere, og forholdet til familiemedlemmene ble et av flere mål for livskvalitet. På denne tiden begynner man å omtale bulimi som noe mer enn en somatisk tilstand. Akkurat som anorexia nervosa blir bulimi forbundet med hysteri som særlig rammet kvinner (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 24, 28). Dette var en tid da romantikken idealiserte ånd over kropp, og det hersket en forestilling om at den som var blek og svak hadde en romantisk og spennende sjel (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2370). Nå som anorexia var blitt en medisinsk

tilstand, ble det diskusjoner om klassifikasjon og behandlingsmetoder. Det var i første rekke England og Frankrike som ledet an i arbeidet med anorexia.

Fra begynnelsen av 1900-tallet finner man flere rapporter om pasienter med tvangspreget overspising etterfulgt av oppkast, som ble ansett som varianter av anorexia nervosa. Noen egne systematiske arbeider om bulimi var ennå ikke satt på dagsorden (Kjelsås & Götestam, 2004, s. 2370). I forhold til anoreksipasienter ble tvangsforing mer vanlig utover på 1900-tallet. I 1914 begynte ting også å skje i Tyskland, hvor patologen Morris Simmons fant lesjoner i hypofysen til anoreksipasienter. Han mente derfor at anorexia ikke var en mental lidelse, men en somatisk (Fretheim, 2009, s. 5). Dette var et blindspor. Simmons resultater ble gått etter i sømmene, og man fant at vekttap ikke var et vanlig symptom ved hypofysesvikt. Etter dette skilte man klart mellom anorexia nervosa og hypofysesvikt, som nå ble kalt «Simmonds sykdom» (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 26).

2.1.6 Mot psykologiske forklaringsmodeller

I mellomkrigstiden kom psykologiske forklaringsmodeller igjen i fokus (Fretheim, 2009, s. 5). I 1932 kom den russiske psykiateren Moshe Wulff med en omfattende redegjørelse om fire bulimiske pasienter. Han begrenset ikke materialet til kun å omfatte spiseatferd, men fant i tillegg forstyrrelser i søvnmønster, depresjon og avvikende kroppoppfatning. Wulff mente at bulimi skilte seg klart fra anorexia nervosa. Noe som den dag i dag er et kontroversielt standpunkt (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 28). I dag er det vanlig å se disse diagnosene i sammenheng.

På 1940-tallet kom psykoanalytikere til å interessere seg for anorexia nervosa. Disse så på anorexia nervosa som et uttrykk for oral fiksering, og som et symbol for «ubevisste orale konflikter av primitiv og regressiv natur» (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 26). De mente dette var et forsvar mot ubevisste ønsker om oral inseminasjon og graviditet. Psykoanalysen kom til å være dominerende på feltet helt frem til 1960-tallet. Freud hadde selv i tidligere arbeider beskrevet et tilfelle av anorexia nervosa, og ikke uventet knyttet han dette til at tapet av appetitt skyldes nervøst betinget seksuell frykt i puberteten (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 26). Innenfor den psykoanalytiske tradisjonen har det vært lite søkelys på bulimi.

På 1960-tallet gjorde psykiateren Hilde Bruch fremskritt på området. Hun tilhørte den psykoanalytiske skolen og jobbet videre med psykodynamiske teorier. Bruch var den første til å hevde at drivkraften hos pasienten var et ønske om slankhet, og at de hadde en overdreven frykt for fedme til tross for at de var undervektige. Hun vektla pasientenes streben etter slankhet og beskrev forstyrrelser i pasientenes oppfatninger om egen kropp. Årsaken til dette var ifølge Bruch manglende bekreftelse og manglende positive stimuli fra foreldrene i barnets tidligste år, som resulterte i mangel på egofunksjoner, selvfølelse og autonomi. Hun var uenig i at tilstanden var forårsaket av seksuelt basert frykt, men hevdet at det var «en interpersonelt fundert utviklingsforstyrrelse» (Rosenvinge, Bassøe & Støylen, 1991, s. 27). 1960-tallet var en periode der man var opptatt av en dyp forståelse av pasienten, men psykoanalysen ga få praktiske råd angående behandling (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2371).

Ved inngangen til 1970-tallet skjedde et historisk skifte i forhold til kroppsidealene i vesten. En beveget seg da bort fra de mer runde kroppsidealene til 1970-tallets Twiggy-modell (White, 1992, s. 354). Medisinsk begynner man på 1970-tallet å se klarere medisinske mønstre. Man innser at symptomene til mange av pasientene skiller seg klart fra anorexia nervosa (Fretheim, 2009, s. 5). Disse pasientene drev med overspising etterfulgt av oppkast og/eller misbruk av avføringsmidler, og de var stadige på slankekur. I løpet av 1970-tallet lanserte Gerald Russell begrepet «bulimia nervosa», som nå ble akseptert i fagmiljøet. Det var først på 1980-tallet at gjennombruddet for behandling, forskning og informasjon om bulimi kom (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2370-2371). I dag er slankhet fortsatt viktig, men en ny dimensjon har kommet til. Twiggy-modellen har blitt erstattet av et mer atletisk image, som vektlegger helse og fitness (White, 1992, s. 354). Likevel må en fastslå at når det kommer til sultestreik/anorexia - være seg religiøs eller psykologisk - så dreier det seg i hovedsak om kvinnehistorie (Skårderud, 2000, s. 55).

2.2 Spiseforstyrrelser i Norge frem til i dag

I forhold til andre vestlige land, så har interessen for spiseforstyrrelse vært forholdsvis laber i Norge. Flere forhold kan forklare dette. For det første var det få kjente tilfeller med denne lidelsen. Det norske samfunnet var isolert og fattig i forhold til andre europeiske land. Kontinentale holdninger til kvinnelig skjønnhet og slanke kroppsidealer spredte seg ikke i like stor grad til Norge. I løpet av 1800-tallet var det få kasuistikker av symptomer på spiseforstyrrelser. Et av få eksempler

var Vetlesen som i 1886 beskriver lidelsen «nervøs dyspepsi». Han beretter om en kvinne i 40-årene som har magesmerter, fordøyelsesproblemer og selvfremkalte brekninger kombinert med «sterke mentale inntrykk» (Kjelsås & Göttestam, 2004, s 2371).

Mye taler for at spiseforstyrrelser i stor grad var et ukjent tema for den norske legestanden frem til midten av 1900-tallet. I 1951 kommer det første vitenskapelige arbeidet, som studerte utfallet hos en gruppe anoreksipasienter. En hevder der at anorexia nervosa er en variant av «hysterisk nevrose» (Kjelsås & Göttestam, 2004, s 2371). Etter dette fulgte flere studier av utfall og prognoser av ulike psykiske lidelser.

Fra 1950-1980 er det i første rekke fire norske leger som viser interesse for spiseforstyrrelser. Finn Askevold, Hans Bassøe og Olav Trygstad publiserte flere studier. Marie Nævestad publiserte i 1969 en artikkel om psykoterapi ved anorexia nervosa (Kjelsås & Göttestam, 2004, s 2371).

På 1980-tallet vokste interessen for vitenskapelig forskning på utfall og prognoser for spiseforstyrrelser. Til sammenligning var det gjennomført tilsvarende studier i både Danmark og Sverige allerede på 1930-tallet. I løpet av 1980-årene blir spiseforstyrrelser mer synlig i det norske samfunnet. Kunnskapen om disse lidelsene økte i befolkningen. Fagmiljøene fikk noe økte bevilgninger både til forskning og behandling, men det er først de siste tiårene man har satt i verk tiltak for å utvikle en nasjonal modell for behandlingen av disse lidelsene (Kjelsås & Göttestam, 2004, s 2371).

2.2.1 Norsk forskning i moderne tid

I dag er interessen for spiseforstyrrelser stor i Norge, og det har vært satset mye på forskning. Man kan stadig lese om disse lidelsene i media. Interessen virker spesielt stor i forhold til sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og idrett. Et navn vi stadig ser i media er Jorunn Sundgot-Borgen, professor ved Seksjon for idrettsmedisinske fag. Hun har blant annet slått alarm om spiseforstyrrelser i langrennssporten og har forsket mye på spiseforstyrrelser i idrettsmiljøet (Borgen, Torstveit & Skårderud, 2004, s. 2126-2129, Aaserud, 2018). Ina Garthe har skrevet om "Acute and long-term weight loss and weight gain in elite athletes; influences on body composition and performance" (Garthe, 2011). Marianne Martinsen har hatt fokus på forebygging blant

idrettsutøvere blant annet i «Preventing eating disorders among young male and female elite athletes» (Martinsen, 2015). Andre har hatt en mer medisinsk/psykiatrisk tilnærming. Her kan nevnes Finn Skårderud som har skrevet sin doktoravhandling om «Psychiatry in the flesh: embodiment of troubled lives: studies of anorexia nervosa and eating disorders» (Skårderud, 2007). Jan Rosenvinge har en psykologisk tilnærming og har skrevet mange artikler og fagbøker. Han var med i arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten av spiseforstyrrelser i regi av Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn, 2002). Psykolog Karianne Rasmussen Vrabel har sett på sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og seksuelle overgrep «A five-year prospective follow-up of longstanding eating disorders: influence from personality disorders and child sexual abuse» (Vrabel, 2010). Mia Elisabeth Aurmo Haugens har fra sitt pedagogiske ståsted gjennomført «En kvalitativ studie av tidlig intervensjon ved en spiseforstyrrelse med fokus på lærerens rolle» (Aurmo, 2006). Dette er kun noen få av de norske bidragene til dette forskningsfeltet på 2000-tallet.

3 Spiseforstyrrelser i dag

Å svare på hva spiseforstyrrelser er, er lettere sagt enn gjort. Hva som har blitt ansett som friskt og sykkelig har som vi har sett endret seg opp gjennom historien. Konteksten man lever i er helt avgjørende for synet på helse, sykdom, skjønnhetsidealer, mat og så videre. Grensene mellom det normale og sykelige er diffuse (Pettersen, 2013, s. 47). Spiseforstyrrelser er ikke noe man får over natta, men noe som utvikler seg gradvis til en sykkelig tilstand. «Spiseforstyrrelser starter som noe og utvikler seg til noe annet», skriver Anne Røer (Røer, 2009, s. 15).

Det er to ulike tilnærminger til sykdom. Først har vi det patogene perspektivet: Det er når orden og stabilitet forstyrres at det oppstår sykdom. Sykdom er uvanlig og oppstår forholdsvis sjelden. Dette er en dikotom tilnærming der man enten er frisk eller syk, og ved sykdom settes en diagnose. Dette perspektivet fokuserer på å holde folk friske gjennom forebygging og behandle i de tilfeller sykdom oppstår. Jeg vil her ta utgangspunkt i Skårderud med bidrag fra flere.

På den annen side har man det salutogene perspektivet, der Aron Antonovsky har vært en viktig bidragsyter. Her mener man at mennesker er i kontinuerlig bevegelse på et kontinuum mellom helse og uhelse. Vi er ikke enten frisk eller syk. Det er mer nyansert enn som så. Ifølge Antonovsky må vi finne de faktorene som fremmer bevegelse mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 16-20). Når det kommer til faktorer som fremmer helse, innfører Antonovsky begrepet «sense of coherence», som kan oversettes med «sammenheng i tilværelsen» (Gammersvik, 2012, s. 48). «Opplevelse av sammenheng» (heretter kalt OAS) er ressurser som gjør individene i stand til å mestre ulike utfordringer i livet (Kristoffersen, 2016, s. 52).

3.1 Hva er spiseforstyrrelser?

Et tilfreds individ med tro på egne evner og ressurser til å takle skuffelser og utfordringer vil neppe utvikle spiseforstyrrelser, hevder Skårderud (Skårderud, 2000, s. 21). Spiseforstyrrelser rammer de som på en eller annen måte sliter med psykiske utfordringer, som blir betegnet psykiske lidelser. Alle psykiske lidelser har det til felles at de er summen av biologiske, psykiske og kulturelle faktorer, sier Skårderud (Skårderud, 1998/2000, s. 61). Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på en gruppe

psykiske lidelser, som har visse sentrale kjennetegn: Ekstrem opptatthet av vekt og kropp kombinert med en forstyrret spiseatferd og kroppoppfatning.

Spiseforstyrrelser defineres som: «Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse» (Skårderud, 2000, s. 11).

Skårderud fremhever to psykologiske fenomener som er sentrale i utviklingen av spiseforstyrrelser:

For det første sliter vedkommende ofte med lav selvfølelse, noe som sjelden er synlig for utenforstående. Ofte vil vedkommende heller overkompensere for å oppnå mestringsfølelse for eksempel på områder som skole og idrett. Vedkommende kan derfor oppfattes som vellykket, og blir sett på som både flink og suksessrik. Omgivelsene opplever dem som velfungerende. De som utvikler spiseforstyrrelser, er vanligvis svært avhengig av bekreftelse fra andre. De er ytrestyrt, og omgivelsene gir dem ofte nettopp det de ønsker av positive tilbakemeldinger på utseende og den slanke kroppen. De er ofte vokst opp med å høre at det er det viktig å være god. For noen tipper dette over til å bli en sykelig tilstand (Skårderud, 2000, s. 21-22, 26-27, Pettersen, 2013, s. 47).

For det andre har de en opplevelse av å ikke ha kontroll. Manglende kontroll er gjerne et resultat av lav mestringsfølelse på flere livsområder og dagliglivets krav (Skårderud, 2000, s. 12, 21). I Repål, Strand og Karlsens undersøkelse var en opplevelse av manglende kontroll noe av det jentene trakk frem. Stor arbeidsmengde på skolen og stort prestasjonspress gjorde hverdagen uforutsigbar og stressende (Repål et. al, 2017, s. 118). Maten og kroppen kan da i enkelte tilfeller bli en arena for å forsøke å mestre noe i en verden der man føler man ikke mestrer noe som helst. Å kontrollere matinntak og kropp representerer kontroll over følelsene. Selvkontrollen kommer ut av kontroll, og utvikler seg til ulike former for spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000, s. 12, 22, 24, Skårderud, 1998/2000, s. 12).

Det er ikke uvanlig at de som har spiseforstyrrelser sliter med å sette ord på følelser. Maten og kroppen har utviklet seg til å bli et språk for å takle følelser og problemer (Skårderud, 2000, s. 12, 22, 24, Pettersen, 2013, s. 46). Atferden og kommunikasjonen vi observerer kan være en formidling av «egen forvirring» (Skårderud, 2000, s. 28). Et sentralt trekk ved spiseforstyrrelser er ambivalente

følelser, som river i hver sin retning og oppleves som kaotiske og farlige. Mange beskriver det som et «indre kaos» (Skårderud, 1998/2000, s. 12, Skårderud, 2000, s. 22).

I likhet med den religiøse fasten er den anorektiske fasten en streben etter perfektjonisme og det «rene» (Skårderud, 1998/2000, s. 12). De rammede stiller svært høye krav til seg selv innenfor for eksempel skole og idrett. Høye krav er ikke unikt for spiseforstyrrelser, men en sentral del av den vestlige kulturen (Pettersen, 2013, s. 51).

Spiseforstyrrelser utvikler seg gjerne i kjølvannet etter en slankekur og aktive handlinger for å endre egen kropp (Pettersen, 2013, 47). Målet med å endre kroppen er å fremme selvfølelse og kontroll. Kroppen blir en ting, som kan bearbeides for at vedkommende kan bli en annen. Idealkroppen er noe man kan speile seg i (Skårderud, 2000, s. 21, 25).

Skårderud beskriver tre grunnleggende handlemåter som kjennetegner de som rammes av spiseforstyrrelser:

«Nekteren» lukker munnen og spiser minimalt, og kan ha vrangforestillinger om kroppsstørrelse og mengden mat som inntas. Matsituasjonen blir krevende og det er vanlig med regler på hva som er «tillatt» å spise.

«Renseren» er en som kvitter seg med det man tar inn enten ved hjelp av oppkast, overtrening eller avføringsmidler. Fasting kan forekomme.

«Overspiseren» mister kontrollen over matinntaket, og måltidene kan både være detaljplanlagt og impulspreget. Vedkommende fyller seg til randen, gjerne etterfulgt skam og selvforakt (Skårderud, 2000, s. 12).

Kontrollsvikten kan være en følge av belastninger på flere områder, både individuelt, familiært, biologisk og kulturelt. Det er samspillet og totalbelastningen som fører til spiseforstyrrelser (White, 1992, s. 351, Skårderud, 1998/2000, s. 12-13). Spiseforstyrrelsen kan være en løsning på håndtering av vanskelig følelser, problematiske relasjoner eller kravene man møter fra omgivelsene.

Spiseforstyrrelser blir en strategi for å håndtere hverdagen, og derfor har de rammede et ambivalent forhold til å det å bli frisk (Pettersen, 2013, s. 48). Vedkommende kan ha en opplevelse av at egne grenser har blitt krenket enten fysisk eller psykisk.

Spiseforstyrrelser skiller seg fra andre lidelser på grunn av de mange motsetningene. På den ene siden så er spiseforstyrrelser den mest dødelige psykiatriske lidelsen, og mange sliter med alvorlig nedsatt funksjonsnivå i årevis. Samtidig er flertallet av de rammede under utdanning eller i arbeid, og ser ut til å ha bra funksjonsnivå. Mange gjør det dessuten svært bra prestasjonsmessig både i skole og arbeidsliv (Pettersen, 2013, s. 47).

3.2 Patologisk tilnærming til spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser skiller seg fra en del andre lidelser ved at det ikke er en «enten-eller»-sykdom. Det dreier seg mer om å befinne seg på et kontinuum av ulike alvorlighetsgrader. Innen medisinen har man behov for orden, og av den grunn deles ulike tilstander inn i diagnoser (patogenese), men disse er ikke absolutte størrelser og kan påvirkes av tid og kulturelle forhold. På verdensbasis finnes det to ulike diagnose-systemer: ICD-10 og DSM-IV. I norsk helsevesen bruker vi det internasjonale diagnose-systemet ICD-10, som er utviklet av verdens helseorganisasjon (Skårderud, 2000, s. 12, 13). En klar svakhet med ICD-10 kriteriene er at de er lite sensitive for spesifikke faktorer som kjennetegner spiseforstyrrelser hos barn og ungdom (Klepp & Aarø, 2017 s. 129-132). Dessuten har cirka 10% av befolkningen i Norge lettere problemer knyttet til kropp og mat, som kan være forstadier til en spiseforstyrrelse (Torgersen & Hånes, 2016).

3.2.1 Tre hovedformer for spiseforstyrrelser

Det er vanlig å dele spiseforstyrrelser inn i tre hovedformer:

Anorexia Nervosa er en «self-starvation disease», hvor målet er å bli tynn. Anorexia kjennetegnes ved at man er alvorlig undervektig (15% under forventet normalvekt). Vedkommende har en intens frykt for å legge på seg, som følge av et feilaktig bilde av kroppens størrelse og form. Selvfølelsen er sterkt knyttet til vekt og utseende, og tankene sirkler konstant rundt mat og kalorier.

Vedkommende sulter seg for å undertrykke de menneskelige behovene. Dette oppleves som mestring og kontroll. Anorektikeren stenger verden ute. «Nei til mat» er ofte en protest. Atferden er som regel forutsigbar. Anorektikeren prøver å sulte ut sine behov ved å begrense hva og hvor mye man spiser (White, 1992, 352-353, Skårderud, 2000, s. 14-17, 42-46, Vrabel, 2011, s.10-11, Torgersen & Hånes, 2016).

Bulimia Nervosa er en lidelse med overspising med etterfølgende renselse, som oppkast, avføringsmidler, overtrening gjerne i kombinasjon med streng faste. Ofte er det en forhistorie med anoreksi. De forsøker å benekte sine behov, men sprekker. Noe som bekrefter den lave selvrespekten. Det å mislykkes har lav status i vår kultur. De er mer følelsesmessig ustabile, og impulser og begjær renner plutselig over etterfulgt av skam og selvbekreidelse. Lidelsen kan være vanskelig å oppdage da de ofte er normalvektige eller overvektige (Skårderud, 2000, s. 14-17, 42-46, Vrabel, 2011, s.10-11, Torgersen & Hånes, 2016, White 2009, s.353-354).

Overspisinglidelse vil si overspising uten kompenserende handlinger, og overvekt blir en direkte konsekvens av dette. Lidelsen defineres gjennom opplevelsen av kontrollsvikt over sult og matinntak. De spiser uten kontroll, og ofte fortæres maten raskt og gjerne uten forutgående sultfølelse. Ofte stopper man ikke før man føler seg ubehagelig mett, og hendelsene fører ofte til skam og depresjon. Følelsene erstattes av mat, og behovene forblir udekket. De som har denne lidelsen skiller seg ofte fra de to andre diagnosene, ved at de ikke har det samme søkelyset på kropp, vekt og utseende (Skårderud, 2000, s. 14-17, 42-46, Vrabel, 2011, s.10-11, Torgersen & Hånes, 2016).

Et spørsmål som er reist er om spiseforstyrrelsene er en og samme lidelse. De ulike spiseforstyrrelsene har mange likhetstrekk, men det er samtidig viktige forskjeller mellom dem (Skårderud, 2000, s. 42). Rundt 60-70% av de som er rammet av spiseforstyrrelser har andre tilleggsdiagnoser. Først og fremst dreier det seg om ulike personlighetsforstyrrelser, ruslidelser, depresjon og angsttilstander. Noe som gjør den medisinske tilstanden kompleks og vanskelig å behandle. De med spiseforstyrrelser kan i mange tilfeller bevege seg mellom de ulike diagnosetyperne i sykdomsforløpet (Pettersen, 2013, s. 46-47).

Spiseforstyrrelser er alvorlige lidelser som har store ringvirkninger, og representerer store belastninger på individet både fysisk, emosjonelt og sosialt. Tilstanden varer ofte i flere år, og forårsaker en rekke langtidsplager. Tilstanden vil i stor grad påvirke vedkommende nærmeste familie og venner (Klepp & Aarø, 2017, s. 129-132, Skårderud, 2000, s. 60). Forutsigbarhet er viktig for de med spiseforstyrrelser, og de er ofte avhengig av å følge rigide regler og rutiner. Spesielt er anorektikere redde for forandringer i seg selv, og dette vil gjerne føre til isolasjon og ensomhet (Skårderud, 2000, s. 33). Spiseforstyrrelser er komplisert, og det må en helhetlig behandling til med flere ulike behandlingsmetoder. I mange tilfeller blir sykdomstilstanden livstruende (Skårderud,

2000, s. 8-11, Pettersen, 2013, s. 47). Spiseforstyrrelser er den tredje største dødsårsaken for tenåringsjenter i Europa (Skårderud, 2000, s. 73).

4 Hvor går skillet mellom helse og uhelse?

For å forebygge psykiske helseplager er det viktig å fange opp utfordringer tidlig og begrense omfanget av uhelse slik at det ikke utvikler seg til psykiske lidelser (Repål et al., 2017, s. 110). Ifølge Antonovsky befinner vi oss stadig på et kontinuum mellom helse og uhelse.

Hvordan vi forholder oss til verden er personavhengig og vi responderer på ulike måter. Hvor går skillet mellom helse og sykdom, hvorfor tåler noen mer enn andre og hva kommer denne forskjellen av, spør Antonovsky. Svaret mener han ligger i begrepet «sense of coherence» («opplevelse av sammenheng»). «En sterk OAS er avgjørende for å kunne håndtere tilværelsens mange stressfaktorer på en god måte, og dermed bevare helsen» (Antonovsky, 2012, s. 105, 141, 172). Alle mennesker utsettes for ulike stressfaktorer gjennom livet. Det kan være situasjoner som dødsfall, skilsmisse, flytting og så videre. I Repål, Strand og Karlsens undersøkelse var det tre former for press jentene trakk frem: karakterpress, kroppspress og gjengpress. Dette var tre stressfaktorer som var gjensidig forsterkende, og som hadde påvirkning på jentenes selvbilde, psykososiale miljø og tilhørighetsfølelse (Repål et al., 2017, s. 109, 114-115).

Stressfaktorer er «krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på» (Antonovsky, 2012, s. 50). Antonovsky bruker begrepet «generelle motstandsunderskudd» i stedet for stressfaktorer (Antonovsky, 2012, s. 133). Stressfaktorer er allestedsnærværende og kan deles inn i tre typer:

Kroniske stressfaktorer, som er langvarige. Disse beskriver i grove trekk en persons liv - en livssituasjon.

Vesentlige stressfaktorer, som er livsbegivenheter som er steds- og tidsbegrensede. Vi har ingen automatisert respons på dem og følgende kan være vanskelig å forutsi.

Akutte, daglige stressfaktorer, som vil si daglige irritasjonsmomenter. De er tilfeldig, og vi har sjelden noen automatisert respons på dem. De fører til lite endring i tilværelsen (Antonovsky, 2012, s. 50).

Det finnes både indre og ytre stressfaktorer som øker spenningsnivået. Indre stressfaktorer kan være uinnfridde ambisjoner, kognitiv dissonans og lignende. Ytre stressfaktorer kan være knyttet til mellommenneskelige relasjoner, livsbetingelser, kulturelle og strukturelle forhold. Den vestlige kulturen er preget av høye krav til oss selv og et overdrevent søkelys på mat, kropp og utseende.

Perfeksjonismen kan føre til et forhøyet stressnivå (Pettersen, 2013, s. 51). OAS-nivået vil være avgjørende for motivasjonen til å håndtere stressfaktoren og spenningsnivået, men vedvarer det følelsesmessige spenningsnivået over lengre tid fører det til overbelastning. Individene med sterk OAS opplever følelsene på et mer bevisst plan og klarer å beskrive dem, og dermed blir de mindre truende. En med svak OAS har lettere for å undertrykke følelsene, og spenningen bygger seg opp. Omformes spenningen til stress vil det på sikt føre til sykdom (Antonovsky, 2012, s. 139-140, 158-160, 191-193). Hvordan vi håndterer spenningen kan gi tre ulike utfall: Patologisk, nøytralt eller helsefremmende (Antonovsky, 2012, s. 51). Antonovsky påstår at en person med sterk OAS har større tilbøyelighet til å oppleve situasjoner som ikke-stressende, og tilpasser seg bedre til dagliglivets krav. En med svak OAS vil derimot ofte flykte fra situasjonen uten å løse problemet eller oppløse spenningen som på sikt vil føre vedkommende mot uhelseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 141-145).

4.1 Motstandsressurser

Helt avgjørende for utvikling av en sterk OAS er "generelle motstandsressurser". Dette er «potensielle ressurser som personer med en sterk opplevelse av sammenheng kan mobiliserer og bruke for å finne løsninger på det instrumentelle problemet» (Antonovsky, 2012, s. 20, 133). Dette er ulike ressurser hver og en av oss har til rådighet i møte med stressfaktorer i hverdagen. Det kan være både indre og ytre ressurser, som økonomi, venner, god selvfølelse, kunnskap, fysisk styrke med mere. Antonovsky beskriver dette som: «Fenomener som skaper komplekser av livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning» (Antonovsky, 2012, s. 42). Begrepet «opplevelse av sammenheng», er altså de generelle motstandsressursene vi har til disposisjon for å tåle livets belastninger. OAS er «- en helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente» (Antonovsky, 2012, s. 17).

«Opplevelse av sammenheng» består av tre komponenter:

Begripelighet, som handler om at man opplever de stimuli man utsettes for som kognitivt forståelig. I motsatt fall oppleves situasjonen som kaotisk, uforståelig og uforutsigbar. Grunnlaget for begripelighet er erfaringer preget av indre sammenheng.

Håndterbarhet, som handler om at man opplever å ha de nødvendige ressursene for å håndtere situasjonen man er stilt overfor. Grunnlaget for håndterbarhet er erfaringer preget av hensiktsmessig belastningsbalanse.

Meningsfullhet, som handler om at man opplever livsområdene som utfordringer det er verdt å engasjere seg i. Her ligger selve motivasjonsfaktoren. Grunnlaget for denne komponenten er erfaringer preget av medbestemmelse, og den er viktig for å skape vår «jeg»-identitet. Om vi opplever vår rolle som viktig avhenger av om samfunnet rundt oss verdsetter den innsatsen vi gjør (Antonovsky, 2012, s. 19-, 106-107, 139-140).

De tre komponentene er uløselig knyttet til hverandre, og det er høy korrelasjon mellom dem. Alle de tre komponentene er nødvendige bestanddeler av OAS (Antonovsky, 2012, s. 44).

OAS er ikke en respons på en konkret hendelse, men mer et perspektiv på livet generelt (Antonovsky 2012, s. 92,189). OAS er ikke en mestringsstrategi, men heller en grunnholdning. «En person med en sterk OAS velger den mestringsstrategien som virker best egnet til å håndtere stressfaktoren han eller hun må håndtere» (Antonovsky, 2012, s. 148). En kan skille mellom ekte og uekte OAS. En med en uekte OAS synes absolutt alt er begripelig, håndterlig og meningsfylt, og har løsninger på alle problemer. Disse personene får store problemer, når virkeligheten innhenter dem. En med rigid OAS tviholder på et system og forsvarer dets regler for enhver pris. Noe som ofte er tilfelle for de med spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000, s. 33). En med sterk OAS balanserer mellom lukkethet og åpenhet i systemet, har tiltro til at ny informasjon vil gi mening og er ikke redd for dagliglivets utfordringer (Antonovsky, 2012, s. 49).

4.2 Sosiale relasjoner og ressurser

Ifølge Antonovsky er det en klar sammenheng mellom OAS og sosial klasse og samfunnsmessige/historiske betingelser. Slike rammebetingelsene er essensielle for hvilke motstandsressurser man har til rådighet, og er avgjørende for hvor man ligger på kontinuumet innenfor OAS. Det er ikke uten betydning om man er mann eller kvinne, rik eller fattig. Det er heller ikke alle kulturer/subkulturer som styrker OAS-nivået, i noen tilfeller heller det motsatte (Antonovsky 2012, s. 82, 105-107, 157).

Repål, Strand og Karlsen fant blant annet at jentene i større grad enn guttene rapporterte om negativ følelsesmessig belastning. Jentene har en større sårbarhet overfor psykisk stress i omgivelsene sine. I HUNT-studiene fant man at jenter var mer sårbare for negative psykososiale forhold. Dette kan for eksempel være svake vennerelasjoner og dårlig integrasjon i skolehverdagen. Skolenes psykososiale miljø er derfor viktig for ungdommenes helse (Repål et al., 2017, s. 109, 111, 117).

De med en sterk OAS har ikke nødvendigvis et vakrere liv enn andre, men det er måten man møter livets opp- og nedturen som er av betydning. Det er sjelden man kan endre OAS-nivået i voksen alder, for det innebærer radikale endringer i de institusjonelle, sosiale og kulturelle rammene som legger betingelsene for våre livsopplevelser (Antonovsky, 2012, s. 130-135). Antonovsky slutter seg til at sosial støtte har stor betydning for helsen og har en direkte sykdomsforebyggende effekt. Det er hvordan man reagerer på stressfaktorer som er avgjørende for om man utvikler sykdom eller ikke. De med en svak OAS vil ha større sannsynlighet for å velge ugunstig atferd i forhold til egen helse, mens de med sterk OAS ofte velger en mer helsefremmende atferd. Antonovskys hevder at en persons OAS-nivå har direkte fysiologiske konsekvenser og påvirker derfor personens helsetilstand (Antonovsky, 2012, s. 139-140, 163).

Antonovskys standpunkt er at det gir mening å snakke om en gruppes OAS, så sant gruppen ikke er for stor. Det vesentlige er at man føler en gruppebevissthet og at gruppen har en varighet over tid, noe som er tilfellet med familie, venner og kollegaer. Gruppen må i så fall skape et kulturelt produkt som gjenskaper gruppens verdensbilde. Det sosiale miljøet har stor påvirkningskraft på OAS-dannelsen i barne- og ungdomsårene, og videre i livet vil man ofte søke mot grupper som man har mye til felles med. Dette minner mye om det Bourdieu skriver om «habitus» og «det sosiale rommet», som jeg vil ta for meg i kapittel 4.1. Det er ifølge Antonovsky stor sannsynlighet for at en person med sterk OAS søker mot grupper med høyt OAS-nivå. En gruppe med høy OAS vil igjen styrke enkeltmedlemmenes OAS-nivå. Dermed vil man få en positiv stigende spiral. Sosial støtte har mye å si for enkeltmedlemmenes OAS-nivå, og spesielt viktig i barne- og ungdomsårene (Antonovsky, 2012, s. 181-185). Sosiale støtte og positive sosiale nettverk er viktige beskyttelsesfaktorer mot psykiske helseplager hos ungdom (Repål et al., 2017, s. 111). Dette harmonerer med det Sarason med flere fant om at stressende livshendelser og manglende sosial støtte spiller en stor rolle i utviklingen av psykisk og fysisk overbelastning som kan utvikle seg til

sykdom (Sarason, I, Potter, E., Antoni, M., Sarason, B., 1982, s. 12). Sosial støtte bidrar vesentlig i opprettholdelsen av den mentale helsen (Abdulaziz, 2010). Likevel understrekes det at en tilhørighet i en gruppe med høy OAS ikke gir noen garanti for at man selv utvikler en sterk OAS (Antonovsky, 2012, s. 181-185).

5 Eplet faller ikke langt fra stammen?

Hva er det da som får noen til å lukke munnen, spise minimalt, kvitte seg med det man tar inn eller overspise? Hvorfor vi handler som vi gjør har vært et sentralt diskusjonstema gjennom tidene. Her vil det redegjøres for to sentrale handlingsteorier. Først Bourdieus klasseteori, hvor han hevder at vi er disponert til å handle på bestemte måter som følge av en dyp sosialiseringssprosess. Ikke så fast at det kan kalles en rituell handling, men heller ikke så fritt og bevisst at det kan kalles en kalkulerende, målrettet handling (Prieur & Sestoft, 2006, s.26). Modernitetsteorien med individualiseringsten protesterer med bidrag fra: Zygmunt Bauman, Ulrich Beck og Antony Giddens (Krange, 2004, s. 10). Klasse, kjønn, etnisitet har ikke lengre noen påvirkning på våre handlingsvalg. Vi er blitt absolutt frie – “as free as could possibly be imagined” (Bauman, 2000, s. 22).

5.1 Bourdieu - klasseteori

Pierre Bourdieu er en av de fremste sosiologene som hevder at vår utvikling som mennesker er langt fra tilfeldig. Alle mennesker har et forhold til mat, kropp og utseende. Hvordan vi forholder oss til verden rundt oss henger nøye sammen med hvilken posisjon vi har i «det sosiale rommet» ifølge Bourdieu (Bourdieu, 2002, s. 27).

Bourdieu har en strukturell tilnærming der han hevder at den dominerende klassen undertrykker de laverestående klassene, ved å hevde at det er de som innehar den legitime kulturen. Med andre ord vet de best hva som er å trakte etter. Det er i så fall denne klassen holdninger til mat, kropp og utseende, som har makt til å definere hva som er stygt eller vakkert. Smak er en «spesielt god markør for klasse» (Bourdieu, 2002, s. 20). Det er ingen tilfeldigheter når det kommer til hva vi foretrekker.

5.1.1 Habitus

Habitus kan forstås som de aspektene ved kulturen som har blitt inkorporert i individet, og som i stor grad styrer våre handlinger i hverdagen. Det kan beskrives som et sett disposisjoner som er avgjørende for våre handlingsvalg, som for eksempel begynne på en diett, trene eller slanke seg.

Disse disposisjonene kan beskrives som skjemaer for habitus, som har sin opprinnelse i klassifisering (Bourdieu, 2002, s. 207). «Disse skjemaene er en praktisk orientering av praksis ...» (Bourdieu, 2002, s. 207). Oftest foregår dette på et ubevisst nivå. Habitus er i stor grad et resultat av den uformelle sosialisering innenfor familien over tid. Vi følger ofte tillærte mønstre.

Både jenters og gutters atferd er preget av tidligere erfaringer og forventninger. De sosiale konstruksjonene kan forsterke kjønnsforskjellene. I skolen blir blant annet egenskaper som utholdenhet, pålitelighet og pliktoppfyllenhet verdsatt høyt. Det er jenter som hovedsakelig oppfyller disse kriteriene. Høy arbeidsmoral og pliktoppfyllende atferd anses som mer feminint. Lærerenes holdninger og forventninger kan påvirke elevenes atferd, selv om dette skjer på et ubevisst plan (Aasen, Lekhal, Drugli & Nordahl, 2015, s. 78-85). Omgivelsenes forventninger kan legge et ekstra press på jentene, de møter høyere krav. Forventningene kan virke forsterkende på jentenes atferd. Vi hører om «de flinke pikene» som stresser seg syke når de skal lykkes på alle arenaer (Sletten, 2015, s. 8). Har disse jentene noen fellestrekk i forhold til sosioøkonomisk bakgrunn?

Siden vi snakker om noe som virker utenfor bevisstheten, blir det vanskelig å granske det og ei heller styre dette med viljen (Bourdieu, 2002, s. 207). Ifølge Bourdieu er det en forbindelse mellom sosial klasse og handlingsmønstre. Smaken fungerer som en «sense of one's place», som er styrende for orienteringen i det sosiale rommet – «en sosial stedsans» (Bourdieu, 2002, s. 208, 209, 215). Dette er en slags kroppsliggjort, praktisk kunnskap om hva som er «fornuftig oppførsel» der man befinner seg. Dette innebærer samtidig en «sans for begrensning» (Bourdieu, 2002, s. 210, 215).

5.1.2 Det sosiale rommet

Hvor vi befinner oss i det sosiale rommet henger nøye sammen med hvilke økonomiske, kulturelle og sosiale betingelser vi lever under. Posisjonene i det sosiale rommet består av tett innvevde systemer av ulike disposisjoner (habitus). Habitus kjennetegner ulike samfunnsklasser (Bourdieu, 2002, s. 28). De som ligger nærme hverandre i dette rommet har mange fellestrekk når det kommer til livsstil, holdninger og preferanser.

Forskning viser et klart mønster for kjønnsforskjeller i risiko for å utvikle helseplager i tjuei vestlige land, hvor jenter har en høyere risiko enn gutter (Repål et al., 2017, s. 110). En vet videre at det er en klar overvekt av jenter som er rammet av spiseforstyrrelser. Spørsmålet blir da om det er flere fellestrekk blant de som rammes. Finnes det noen klare klasseforskjeller i utviklingen av spiseforstyrrelser? Ifølge Bourdieu teori vil det gjøre nettopp det. Dette harmonerer godt med at anoreksi er kjent for å være mer utbredt i øvre middelklasse og overklassen i vesten. Blant annet har man funnet forskjeller i private versus offentlige skoler i London (White, 1992, s.353).

De folkelige klassene vil, ifølge Bourdieu, underkaste seg «nødvendigheten». De laveste samfunnslagene lar seg styre av «nødvendighetens smak». Kvinnene vil derfor ha en pragmatisk og funksjonalistisk «estetikk» (Bourdieu, 2002, s. 28, 180). Ting skal kunne brukes til noe. Ikke noe fjas. Mat skal gi næring og energi. Kroppen skal være sterk. Dette til forskjell fra borgerskapets kvinner som bruker både tid og ressurser på å ta seg godt ut – «de kultiverte kvinnene». De har både tid og ressurser til å pleie og bevare sin helse, skjønnhet og ikke minst slankhet. Dette til forskjell fra de folkelige kvinnene hvor sånt blir lite verdsatt og sett på som bortkastet - ikke nødvendig (Bourdieu, 2002, s. 185). Likevel kan dette kanskje være en fordel i forhold til risiko for utvikling av spiseforstyrrelser. Et mindre press for å ta seg godt ut og være slank kan ha en beskyttende effekt. Kvinnene fra de folkelige samfunnsklassene oppmuntres til å ta de «fornuftige valgene». Gjør de ikke det og skiller seg ut, kan de irettesettes med bemerkninger som for eksempel: «Hva er det hun tror hun er?». Irettesettelsene fungerer som advarsler om at man skal holde seg på sin plass.

«Et helt sett av indikatorer peker på at kvinner fra folkelige lag tillegger kroppen sin mindre verdi og viser mindre interesse for den enn kvinner i andre klasser gjør ... Kvinner fra folkelig lag gir seg selv også nesten alltid dårligere karakterer for utseende enn kvinner fra andre lag gjør... Videre tillegger de skjønnhet mindre betydning og bruker systematisk mindre tid, penger og interesse på alle former for kroppsstell» (Bourdieu, 2002, s. 186).

Ens kapitalsammensetning er avgjørende for hvor man befinner seg i det sosiale rommet. Plasseringen i det sosiale rommet fungerer slett ikke som en krystallkule og kan bare til en viss grad predikere atferd og handlingsvalg. Bourdieu påstår at man ser klare mønstre, som gjør at man kan si noe om sannsynligheten for hvilke handlingsvalg man foretar seg. Selv om enkeltindividene kan avvike fra dette, så er avvikene sjeldent store. En kan si at de som er nærme hverandre i det sosiale

rommet har noenlunde ensartet habitus. Klassetilhørigheten etableres ved en effektiv sosialiseringssprosess og klassebevissthet. Denne tilhørigheten innebærer en del forpliktelser for hvert enkelt individ. Det er krav som må oppfylles for å ikke komme på kant med gruppen: «Universet av muligheter er lukket» (Bourdieu, 2002, s. 187). Det utvikles en homogenitet i de ulike gruppene. De andres forventninger forsterker de objektive betingelsene man lever under (Bourdieu, 2002, s. 187). Bourdieu tar for eksempel for seg hvordan ulike samfunnslag vurderer ulike fysiske aktiviteter i forhold til kostnader og utbytte. Ut fra egne skjemaer for persepsjon og vurdering, velger man det som gir best utbytte i forhold til kostnadene (for eksempel økonomiske eller fysiske). Utbytte kan blant annet være helse, skjønnhet eller styrke - som både kan være synlig eller usynlig. Dette er utbytte som igjen kan lede til økonomisk eller sosialt utbytte, for eksempel ved sosial forfremming. Symbolsk utbytte kan knyttes til fordelings- eller statusverdien av den aktuelle fysiske aktiviteten, som igjen i større eller mindre grad viser seg å være forbundet til klasse (Bourdieu, 2002, s. 42).

5.1.3 De ulike kapitalformene

Bourdieu trekker frem kulturell kapital som spesielt ekskluderende. Noe som trekker grenselinjer mellom oss og «de andre». Gjennom oppveksten opparbeider vi oss ulike typer kapital, og kapitalen utgjør maktressurser som vi kan benytte oss av i ulike situasjoner. Det finnes en mengde ulike kapitalformer, men Bourdieu trekker ut tre hovedtyper: økonomisk, sosial og kulturell. Disse ulike kapitalformene kan vi igjen dele inn i tre ulike former: kroppsliggjort, institusjonalisert og objektivisert.

Økonomisk kapital er den aller viktigste kapitalformen, da alle andre kapitalformer utledes av denne. Ifølge Bourdieu er alle de andre kapitaltypene forkledde former for økonomisk kapital. Alt er til syvende og sist reduserbart til økonomisk kapital. Økonomisk kapital vil være viktig for å kunne frigjøre tid, som er nødvendig for å tilegne seg andre kapitalformer. Høy økonomisk kapital gir muligheter til selvrealisering. Dessuten er de andre kapitalformene konvertible til økonomisk kapital under visse betingelser. Den kroppsliggjorte formen for økonomisk kapital er penger, verdipapirer, eiendom og lignende. Lovgivning og bankvesen er eksempler på den institusjonaliserte formen (Bourdieu, 2006, s. 22-24).

Kulturell kapital finner vi i objektivert form som materielle gjenstander, som for eksempel bøker, instrumenter, bilder med mere. Det er først og fremst utdanning som utgjør den institusjonaliserte formen for kulturell kapital. I kroppslig tilstand eksisterer den som varige disposisjoner i kropp og sinn (Bourdieu, 2006, s. 8). Den kroppslige tilstanden forutsetter en innprenting og assimilering over tid. Dette er et arbeid som innebærer en personlig kostnad i forhold til tid og er ikke noe som kan utføres av andre. Dette er et selvforbedringsarbeid. Hjemmet spiller en vesentlig rolle i dette arbeidet ved at man påvirkes til å verdsette noe over noe annet. Slik som å foretrekke slankhet fremfor en mer fyldig figur.

‘Jeg hører om foreldre som står foran speilet og måler sin egen kropp. Kommenterer hvordan de ser ut. Da er det viktig å vite at barn legger merke til dette, og begynner tidlig med akkurat det samme som foreldrene, nemlig å trykke seg selv ned’ sier Helsesøster Tale Maria Krohn Engvik til journalist Westeng (Westeng, 2018).

Kroppsliggjøring av kulturell kapital er en livslang prosess. Det er en kultivering av individet – «Bildung». Den kroppsliggjorte kapitalen blir en integrert del av personen selv (Bourdieu, 2006, s. 10). Overføringen av kulturell kapital er mer tilslørt enn overføring av økonomisk kapital (Bourdieu, 2006, s. 25). Tidligere var familien den viktigste arenaen for overføringen, men senere har utdanningsinstitusjonene overtatt mye av denne rollen. Utdanningssystemet har gradvis utvidet sitt spillerom som reproduksjonsinstrument (Bourdieu, 2006, s. 25, 26). “The school is in fact the institution which, by its positively irreproachable verdicts, transforms socially conditioned inequalities in matters of culture into inequalities of success, interpreted as inequalities of talent, which are also inequalities of merit” (Bourdieu & Darbel, 1991, s. 111).

Den institusjonaliserte formen skjer vanligvis i form av utdanning. Utdanningen gir en garanti for tilegnede egenskaper ved individet. Eksamenene lager et kontinuum av forskjeller mellom prestasjonene, som er avgjørende for om man har lyktes eller mislykkes. Lykkes man, kan kompetansen brukes i konkurransen på arbeidsmarkedet. På den måten kan den kulturelle kapitalen konverteres til økonomisk kapital. Hjemmet spiller en betydelig rolle i videreføring av den kulturelle kapitalen ved at høyt utdannede foreldre kan gjøre tilegnelsen i skolesystemet lettere (Bourdieu, 2006, s. 9, 15-16). I tillegg er det ressurskrevende å tilegne seg kulturell kapital, og man er avhengig av familiens økonomi for å fristille tid til denne tilegnelsen. Familiens økonomi er

avgjørende for om man har anledning til utdanning og kjøp av kvalitetsgjenstander. Det er selve personligheten som står på spill. Disse investeringene fremstår som vitnesbyrd om visse indre kvaliteter, som distingverer individet fra «de andre» (Bourdieu, 2002, s. 13, 81).

Sosial kapital er summen av «de aktuelle eller potensielle ressurser som er knyttet til å inneha et varig nettverk av mer eller mindre institusjonaliserte relasjoner av gjensidige bekjentskaper og anerkjennelse» (Bourdieu, 2006, s. 16). Det vil si at man innehar et medlemskap i en gruppe. Eksempler på slike grupper er familie, vennegjeng, arbeidskolleger med mer. Det er snakk om menneskelige relasjoner som innebærer sosiale forpliktelser. Alle mennesker har medlemskap i flere grupper avhengig av hvor mange kontaktpunkter de har. Slike relasjoner vedlikeholdes gjennom ulike former for bytteforhold enten i materiell eller symbolsk form. Det er vanlig med ulike instituerende handlinger som er med på å informere og forme gruppeindividene (Bourdieu, 2006, s. 16). Størrelsen på nettverkene varierer. Størrelsen på den sosiale kapitalen et individ innehar avhenger av størrelsen på det nettverket han effektivt kan mobilisere ved behov. Til gjengjeld er de aller fleste grupper avhengig av et minimum av homogenitet, som må anerkjennes av de enkelte gruppemedlemmene (Bourdieu, 2006, s. 17). Dette kan for eksempel være «krav» til hvordan man kler seg og former kroppen sin. Avviker man for mye fra skjønnhetsidealene i gruppen kan det påvirke gruppens holdninger til deg som person. En kan bli betraktet som likegyldig og lat for ikke å legge nok innsats i å opprettholde en slank og veltrent figur. Til gjengjeld vil gruppetilhørigheten fungere som et sikkerhetsnett. Gruppen kan gi støtte gjennom en kollektivt eid kapasitet. Dette utgjør den kroppsliggjorte tilstanden ved at enkeltindividene kan føle en trygghet på at noen stiller opp hvis det skulle røyne på. Gruppen kan minimere personlige feiltrinn. Likevel er det alltid grenser for hvor langt gruppen er villig til å strekke seg. Utvisning og ekskludering kan være konsekvensen når man bryter med det gruppen kan stå inne for.

Nettverkens eksistens er ikke naturgitt, sosialt gitt og ei heller gitt en gang for alle, hvis man ser bort fra familie hvor medlemmene er genetisk bundet til hverandre. Nettverkene er avhengig av uendelige anstrengelser for å bestå, hvor institueringsriter produserer/reproduserer varige og nyttige relasjoner. Dette er de viktige øyeblikkene som binder gruppemedlemmene sammen. Det kan finnes både skrevne og uskrevne regler på hvordan man skal oppføre seg, kle seg, snakke og så videre. Nye medlemmer kan for en kortere tid rokke ved gruppestabiliteten, og kan føre med seg

små og større endringer. Likevel er presset for tilpasning størst hos det nye medlemmet. Den sosiale reproduksjonen innebærer en kontinuerlig sosialisering innenfor gruppen.

I forhold til spiseforstyrrelser har man sette en oppblomstring av hemmelige nettsamfunn, hvor de med spiseforstyrrelser oppmuntrer hverandre til å fortsette sin sykelige adferd. Disse gruppene er lukket og man må ofte bevise at man er en «ekte» anorektiker for å få innpass. Med andre ord foregår det en klar sosialisering av gruppemedlemmene og faren for ekskludering er overhengende (Gustafsson, 2013, s. 16-18).

«- Jeg ba folk mobbe meg til jeg sluttet å spise. Det gjorde de gladelig», «Margrethe» til journalist Clausen (Clausen, 2019).

«Margrethe» fortalte at man måtte sende bilder av seg selv for å vise at det oppfyller kriteriene for innpass i gruppen (Clausen, 2019). I våre dager er det ikke bare snakk om fysiske grupper, men i tillegg ulike nettsamfunn. Sosial kapital dreier seg ikke lenger bare om fysiske bekjenskaper. Mange har «cyber-bekjenskaper» hvor man på lik linje med vanlige grupper må tilpasse seg og anstrenge seg for å passe inn. Til gjengjeld får man det man ønsker av støtte og oppmuntring. Om det foregår en helseskadelig sosialisering innenfor disse gruppene kan det få fatale følger.

5.2 Modernitetsteori

Modernitetsteoretikerne Beck, Giddens og Bauman hevder langt på vei at individenes plassering i den sosiale strukturen har minimalt å si for hvilke livssjanser de har (Krange, 2004, s. 14).

Senmoderne, risikosamfunn og flytende modernitet er blant begrepene som brukes om dagens samfunn. Modernitetsteoretikerne hevder at moderniteten nå går inn i en ny fase. Den gamle moderniteten hadde en fast form med sterke institusjoner. Den nye moderniteten er derimot flytende og utvikler seg i retning av et tøylesløst og grenseløst samfunn. De sosioøkonomiske grunnstrukturene er endret og resultatet er en grenseløs kultur, som griper inn i livene til folk på nesten alle livsområder. Folk må enten de vil eller ikke tenke over sine valg. Uansett peker begrepene mot noen sentrale utviklingstrekk. Et av disse trekkene er tesen om individualisering. Kort fortalt handler det om at de gamle samfunnsinstitusjonene mister grepet om menneskenes liv (Krange, 2004, s. 7, 14). Durkheim viste til at moderniteten førte til at båndene som knyttet

individene til familie, hjemsted og tradisjoner ble stadig svakere. Individets følelsesmessige moralske og solidariske forpliktelser smuldres bort og det kollektive felleskapet svekkes (Krange, 2004, s. 35). Tilbake står menneskene overlatt til seg selv og må helt alene ta ansvar for sine valg. Dette innebærer ikke at individene lever i sosial isolasjon. Det vi er alene om er å forme vår egen individuelle beretning uten retningsgivende anvisninger. Vår oppgave er kontinuerlig å ta stilling til hvem vi er, og hvem vi vil være (Krange, 2004, s. 7).

5.2.1 En ny tid - risikosamfunnet

Beck innfører begrepet «risikosamfunnet», som en ny basis for samfunnsutvikling. Industrisamfunnet har vært det sentrale for samfunnets oppbygning med sine ulike institusjoner. Det er plassen i produksjonskjeden som i store trekk har vært avgjørende for hvem man er. Det har påvirket ens preferanser i forhold til blant annet yrkesvalg, stil, interesser, holdninger og verdier. Becks påstand er at risikoene blir drivkreftene for samfunnsutviklingen i den nye moderniteten. Resultatet blir oppløsning av industrisamfunnet. Risikoenes materielle kjerne er alle miljøproblemene, som nå vil få betydelige konsekvenser for produksjon og forbruk. Dette vil påvirke samfunnsstrukturen og individene. Mens industrisamfunnet produserte ulikheter og virket ekskluderende, virker nå risikoene utjevne da miljøtruslene er universelle. Sosial klasse blir en irrelevant størrelse. Vi er alle i samme båt. Den nye basisen i samfunnet gjør at rikdom og fordeling ikke lenger fungerer konstituerende for samfunnet. Industrisamfunnets undergang gjør at kjønn, familie, sosiale klasser, utdanning, yrke blir tappet for funksjon og betydning. Slike kollektive størrelser gir ikke individene svar på hvem de er og er ei lenger styrende for deres handlingsvalg (Krange, 2004, s. 19, 20).

Dette harmonerer med Skårderuds påstand om at spiseforstyrrelser i dag er «demokratiske lidelser». Tidligere ble spiseforstyrrelser oppfattet som de «rike pikers lidelse» («Doctors Daughters Disease»). I dag finner vi ingen nevneverdig sosial skjevforeling av spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000, s. 228).

I risikosamfunnet er individualiseringen den sentrale kulturelle impulsen. Individets eksistensielle oppgave er «å sette seg selv i sentrum for eget liv» (Krange, 2004, s. 20). Båndene som holdt individene tilbake, er kuttet og friheten vunnet. En frihet som gjelder begge kjønn. «Men and women are fully and truly free ...» (Bauman, 2000, s. 22). Institusjonene har ikke lengre makt til å gi

form og innhold til identitetene (Krange, 2004, s. 30). Menneskene er frie til å «shop around in the supermarket of identities» (Bauman, 2000, s.83). Bauman minner oss på at vi ikke må glemme hvor stor påvirkning massemedia har. “The desired life tends to be life as seen on TV” (Bauman, 2000, s. 84). Massemedia har med andre ord stor påvirkning på hva vi foretrekker og hvordan vi oppfatter verden rundt oss. Hvor ofte ser man ikke ordet «slankekur» på forsiden av ukebladene? I ulike TV-programmer er det stort søkelys på kropp og skjønnhet. Sosiale medier gjør oss synlige 24/7. Flere av jentene i Repål, Strand og Karlsens undersøkelse fortalte at de fulgte blogger der mote, kropp og utseende var blant temaene. Reklamen på disse bloggene hadde unge jenter som målgruppe og denne påvirkningen opplevde de som uheldig (Repål et al., 2017, s. 116).

«Det er alltid noe en ikke er fornøyd med. Man må bli tynnere ... men samtidig ha former...det er jo sånn dritvanskelig. rumpe og pupper, men fortsatt være tynn» (Repål et al., 2017, s.115).

Vi bombarderes med stadige oppdateringer over hvordan andre lever sine liv, og de fleste gir en retusjerte bilde av virkeligheten. På den annen side er det en trend å dele de mer problematiske forholdene ved livene for eksempel med egne blogger om spiseforstyrrelser. Olsen har blant annet gjort kvalitative funn, hvor bloggerne viser til både positive og negative opplevelser ved å blogge. Positivt ved at det hadde en «terapeutisk» effekt og tilbakemeldinger som virker støttende. Negative ved at det ble økende press på å bli frisk raskere (Olsen, 2014, s. 4).

Likevel er det en pris å betale. Vi lever i en prestasjonskultur med høye krav (Pettersen, 2013, s. 51). Det har skjedd en destabilisering av hele samfunnsstrukturen som fører til en uforutsigbarhet og usikkerhet i ulike handlingssituasjoner. De nye mulighetene fører til en risiko for å mislykkes. Det å ta utdanning blir en viktig del av å ta kontroll over eget liv. Utdanning vil føre til at menneskene lærer å tenke mer kritisk og får en mer refleksiv måte å tilegne seg verden på. Dette vil igjen øke individualiseringstendensen. Den fungerer som en selvforsterkende spiral. Prisen blir en ny organisering, hvor arbeidstakere får en løsere tilknytning til arbeidsgiverne. Dermed svekkes de sosiale rettighetene og arbeidstilknytningen blir mer risikofylt. Utdanning blir en nødvendighet for å få innpass i arbeidsmarkedet. Paradokset er at denne utviklingen fører til en devaluering av utdanning. Utdanning blir en av mange betingelser for å sikre sin posisjon i arbeidsmarkedet. Flere risikerer en løsere tilknytning til arbeidet og sosial utstøtning. Individene kan oppleve situasjonen som uoversiktlig, og at de selv er ansvarlig for egen suksess eller fiasko. For mange kan

presset blir for stort og gir utslag i psykiske lidelser som spiseforstyrrelser. Individualiseringen er kjernen i risikosamfunnet. Individene mangler de gamle handlingsanvisningene. "Universal principles to rebel against are hard to find" (Bauman, 2000, s. 22). De utsettes for en sterk økning av handlingsvalg. Det blir umulig å velge. Individualisering betyr dermed at individene tvinges til «å sette seg selv i sentrum for egne valg i alle livets sammenhenger» (Krange, 2004, s. 23).

5.2.2 Tre grunntrekk i det moderne samfunnet

Giddens trekker frem tre grunntrekk ved det moderne samfunnet:

For det første «disembedding mechanisms» - et ekspertsystem. Vitenskapen legger stadig nye områder under seg som fører til stadig flere abstrakte kunnskapsområder. Dette fører til konstante og raske endringer. Kunnskapen blir stadig mer fragmentert og differensiert. Individene blir kontinuerlig stilt overfor nye problemer, situasjoner og utfordringer, som innebærer nye former for risikoer. Det er viktig å ha tillit til ekspertsystemene. Likevel er det alltid en risiko for at disse ekspertsystemene kan feile, og det er til dette Giddens legger i sitt risikobegrep.

For det andre er det «separation of time and space», et resultat av utviklingen av ekspertsystemene. Tid og rom blir løsrevet fra hverandre og tiden blir abstrakt. Det moderne individet er tvunget til å planlegge tiden sin. Bosetningsmønstrene og nye kommunikasjonsmidler gjør at sosiale relasjoner ikke begrenses av geografiske avstander. Kulturen mister dermed sitt lokale fotfeste. Identitetsutviklingen skjer uten referanser til oppvekststedet.

For det tredje bruker Giddens begrepet «reflexivity», som gjenspeiler at mennesker stilles overfor mange ulike kunnskapsbaserte handlingsvalg. Handlingsvalgene er ofte på kollisjonskurs med hverandre. Individene må ha et bevisst og aktivt forhold til kunnskap for å orientere seg i samfunnet. Menneskene må evne å møte ulike handlingssituasjoner, betrakte og vurdere ulike handlingsvalg for så å finne en løsning. Med andre ord utvikle refleksivitet. Denne refleksiviteten går to veier: Å ha et refleksivt forhold til de handlingsalternativene omverden tilbyr. Å ha et refleksivt forhold til seg selv - reflektere over seg selv og sine egne livsprosjekter. Friheten til å skape sin egen selvidentitet er stor. Samtidig er faren for å mislykkes overhengende. Individene må kontinuerlig

arbeide med å skape/opporettholde sin selv-identitet. For å lykkes er man avhengig av å ha en basal trygghet overfor samfunnet man lever i (Krange, 2004, s. 23-27).

5.2.3 Barn og unge i det moderne samfunnet

Det individualiserte samfunn er «et samfunn der modernitetens institusjoner har mistet grepet om mennesker og kanskje særlig unge menneskers liv» (Krange, 2004, s.14). Dagens ungdom vokser opp under helt andre rammebetingelser enn tidligere generasjoner. De er friere og mindre bundet til den sosiale og kulturelle konteksten. Samtidig kan de unge selv være pådrivere for et økt individualisert samfunn ved å være grenseoverskridende overfor sosiale og kulturelle påtrykk. Samtidig kan verden virke mer kaotisk og uoversiktlig. Friheten er vunnet, men prisen er risikoen for å mislykkes. De står overfor et samfunn som mangler sosial form og struktur. Dagens ungdom vokser opp i en sterkt individualisert kontekst, hvor ansvaret er overført fra det kollektive nivået til ungdommen selv. For at vi skal forstå ungdommens problemer og utfordringer er det avgjørende at vi har forståelse for den konteksten dagens ungdom vokser opp i. Det vil si at den unge «må sette seg selv i sentrum for eget liv» når veien videre stokes ut (Krange, 2004, s. 14, 17, 35-37).

Dette bryter på mange måter med tidligere sosiologisk tankegang, der sosialiseringprosessen ble viet stor oppmerksomhet. Sosialisering er «de måter og prosesser hvorved menneskets forvandles fra biologisk vesen til samfunnsvesen» (Østerberg, 1984, s. 78). Tidligere ga man den sosiale og kulturelle konteksten stor betydning for individets utvikling og handlingsvalg. Ungdommens måte å tenke, føle og handle varierte dermed i de ulike samfunnslagene. Individualiseringstenen innebærer at kjønns- og klassespesifikk sosialisering ikke lenger er relevant. «Seinmoderne ungdommer orienterer seg og handler i verden uten at de sosialiseringprosessene de har vært gjennom virker som føringer på det de gjør» (Krange, 2004, s. 40).

Opgavene de unge pålegges i dag er store og tunge. Økt personlig ansvar og faren for selvforskyldt marginalisering er stor (Krange, 2004, s. 36). Hvordan vil risikosamfunnet prege individenes liv? Bli ansvar for stort? Mye tyder på at flere sliter med å håndtere de økte kravene. Hvordan påvirker individualiseringen de unge? Funn viser en relativ økning på 40% av psykiske lidelser blant ungdom i løpet av en 5-års periode (Surén, 2018). Mye tyder på at presset blir for stort for mange. Baumann

uttrykker det slik: «Den flytende moderniteten er et hvileløst samfunn for hvileløse individer ...»
(Krange, 2004, s. 29).

6 Dagens situasjon i forhold til spiseforstyrrelser

Hvor mange er det som rammes av spiseforstyrrelser? Hvem er det som rammes? Først vil det gjøres rede for omfanget, for deretter å gå gjennom kjente risikofaktorer.

6.1 Omfang

Antallet tilfeller avhenger av hvordan man definerer spiseforstyrrelser. Noe som har variert opp gjennom historien. Å gi eksakte tall på forekomsten av spiseforstyrrelser er vanskelig. Metodene man bruker i kartleggingen er av stor betydning. Antall tilfeller avhenger av undersøkelsesmetodene. Spørreskjemaer kan kun brukes til å gi en pekepinn på hvilke personer som befinner seg i risikozonen for å utvikle spiseforstyrrelser (Klepp & Aarø, 2017, s. 133-134). En antar at mørketallene er store. Økningen av forekomst av spiseforstyrrelser i den vestlige verden kan forklares ut fra to forhold: En reell økning de siste femti årene. Økt interesse og oppmerksomhet for spiseforstyrrelser som gjør at flere tilfeller oppdages (Skårderud, 2000, s. 69-71).

Internasjonale undersøkelser viser at forekomsten av anoreksi og bulimi ligger på cirka 2% for kvinner mellom 15 til 45 år i den vestlige verden (Skårderud, 2000, s. 69). Ifølge norske befolkningsundersøkelser har omtrent 10% lettere spiseproblemer som kan utvikle seg til spiseforstyrrelser. Forekomsten av anoreksi hos kvinner i alderen 15-44 år anslås å være på 0,3%. Tallet for bulimi anslås å ligge på 2%. Rundt 50.000 kvinner i alderen 15-44 år har spiseforstyrrelser i Norge hvorav 2700 har anoreksi, mens 18.000 har bulimi (Torgersen & Henås, 2016). Rundt 30% av de som rammes av anoreksi kommer til behandling. For bulimi er tallet enda lavere (Skårderud, 2000, s. 70).

6.2 Kjente risikofaktorer

Halvparten utvikler spiseforstyrrelser før de fyller 18 år (Skårderud, 2000, s. 69). Kvinner utgjør cirka 90% av de som rammes. En enestående kjønnsfordeling innenfor psykiatrien. Likevel er det viktig å huske at dette ikke er en kvinnelidelse (Skårderud, 2000, s. 70, 84-85). Spiseforstyrrelser er et tydelig tegn på «en overbelastet kropp». Kroppen slår tilbake mot alle kravene (Skårderud, 2000, s. 57) Overbelastningen skyldes et komplisert bilde av en rekke biologiske, psykiske og sosiale faktorer

som virker sammen. Det er den totale belastningen som blir utslagsgivende (Torgersen & Hånes, 2016). Man har i dag oversikt over en rekke risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser. I denne oppgaven vil flere av disse bli testet, og jeg vil undersøke om det er noen fellestrekk i forhold til sosial bakgrunn.

Risikofaktorene kan deles inn etter individuelle, familiære og kulturelle faktorer:

På det individuelle plan dreier det seg om: Biologiske faktorer som alder, kjønn og overvekt.

Atferdsmessige faktorer som: slanking, gruppetilhørighet. Psykologiske faktorer som: selvbilde, depresjon, perfeksjonisme, tvang og stress.

På det familiære nivået er dysfunksjonelle mønstre i familien en risiko. Opptatthet av utseende og vekt. Samt modellering av uheldige handlingsmønstre innad i familien. En overbeskyttende familie er uheldig, spesielt i forhold til individets egne grenser. Angstlidelse og andre psykiske lidelser i familien utgjør en risiko.

På det sosiokulturelle nivået formidler media et slankt kroppsideal. Et samfunn som vektlegger og belønner utseende og slankhet, og fordømmer fedme (Klepp & Aarø, s. 138-143).

Det kan skilles mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende risikofaktorer:

Disponerende faktorer innebærer en sårbarhet overfor de utløsende faktorene. Faktorer som svekker motstandskraften til å håndtere de utløsende faktorene. Genetikk er en faktor som ser ut til å øke sannsynligheten både for anoreksi og bulimi. Enkelte personlighetstrekk som perfeksjonistiske, dårlig selvbilde, tvangspregete og rigide personlighetstrekk disponerer for anoreksi. Impulspregete personlighetstrekk disponerer for bulimi. Familiære forhold med en historie av psykiatri, rusmisbruk, konflikter og tap kan gjøre de unge sårbare. Traumer, fysiske og seksuelle overgrep utgjør disponerende faktorer. Kulturelle forhold, som tynnhetsidealer, slankepress og dårlige måltidsrutiner.

Det er mange utløsende faktorer som kan være dråpen som får begeret til å renne over. Mobbing og da spesielt knyttet til utseende. Tap- og konfliktsituasjoner. Store prestasjonskrav. Endrede livsvilkår, som for eksempel: skilsmisse, flytting. Slanking. Tidlig eller sen pubertet. Skader, spesielt i forhold til idrettsutøvere.

Vedlikeholdende faktorer er det som gjør at vondt blir verre. Det kan være fysiologiske forhold, som psykiske følger av underernæring. Psykologiske faktorer som at symptomene oppleves som nyttige. Familiekonflikter som utløses av spiseforstyrrelsen. Negativ påvirkning fra miljøet, for eksempel at

man blir sett og behandlet som et problem av omgivelsene. Miljøer som stimulerer til sykkelig atferd i forhold til mat (Torgersen & Hånes, 2016, Skårderud, 2000, s.74-78).

6.2.1 Den vestlige kulturen

Den vestlige kulturen er i seg selv en risikofaktor, og man har sett en klar økning av psykiske plager de siste tiårene (Sletten, 2015, s. 8). De sosiokulturelle risikofaktorene er de normer, verdier og standardene vi finner i kulturen. Jane White trekker frem fem sosiokulturelle trekk ved vårt samfunn som utgjør kan øke risikoen for utvikling av spiseforstyrrelser:

Først kan nevnes vår kulturs verdsettelse av en slanke kroppsfigurer. Gjennom historien har idealene for kvinnekroppen vært i forandring, slik vi har sett gjennom det historiske perspektivet. I dag er det den atletiske kroppen som er idealet, som reflekterer sunnhet og fitness. Det er særlig tre egenskaper som gjenspeiler seg i en slank kropp: En slank kropp blir sett på som vakker og mer seksuell attraktiv. En slank kropp blir gjerne koblet til det å ha god helse og makt. Til slutt blir det å være tynn assosiert med å ha selvdisciplin.

For det andre verdsettes perfeksjonisme høyt i vår kultur. Kvinnene streber mot et «superkvinne»-ideal hvor de er perfekte på alle livsområder være seg utdanning, jobb, familie, utseende, kropp og så videre. Spesielt for kvinner er det å ha en perfekt kropp i forhold til form og vekt viktig. Mye av anerkjennelsen de får er knyttet til utseende. For mange kvinner blir dermed utseende vesentlig for selvbildet.

Diettnormer står sentralt i vårt samfunn. Det å være på diett er mer normalt enn unntakene. 75% av kvinnelige collegestudenter var på diett for å kontrollere vekten uavhengig av om de hadde et vektproblem eller ikke.

Medias innflytelse på verdier, holdninger og standarder i vår kultur. I media blir fitness knyttet til slankhet som et kriterium som indikerer at man har herredømme over kroppen. Kvinnemagasiner har mest stoff om slanking, dietter og mat. Spesielt er ungdom sårbare for denne påvirkningen i en fase der de strever for å finne sin identitet.

Til slutt er enkelte yrkesvalg en risiko i vårt samfunn. Her kan nevnes yrker som dansere, flyvertinner, modeller og skuespillere. I disse yrkene opererer man gjerne med konkrete standarder for vekt og kroppsform.

Disse sosiokulturelle faktorene vil forsterke hverandre på ulike måter. Sosiokulturelle faktorer vil uten tvil bidra til utviklingen av spiseforstyrrelser i et komplisert samspill med andre sårbarhetsfaktorer (White, 1992, s 354-360).

7 Metode

Samfunnsvitenskapene undersøker en kompleks virkelighet (Johannessen, 2003, s. 43).

Spiseforstyrrelser er lidelser som er spesielt sammensatte og kompliserte. Det vil være en urealistisk målsetting å kartlegge det totale årsaksbildet. I samfunnsvitenskapen er det sjelden snakk om lovmessigheter. Det man måler er sannsynligheter, hvor en årsak kan gjøre sannsynligheten større eller mindre for at et fenomen inntreffer (Johannessen, 2003, s. 47).

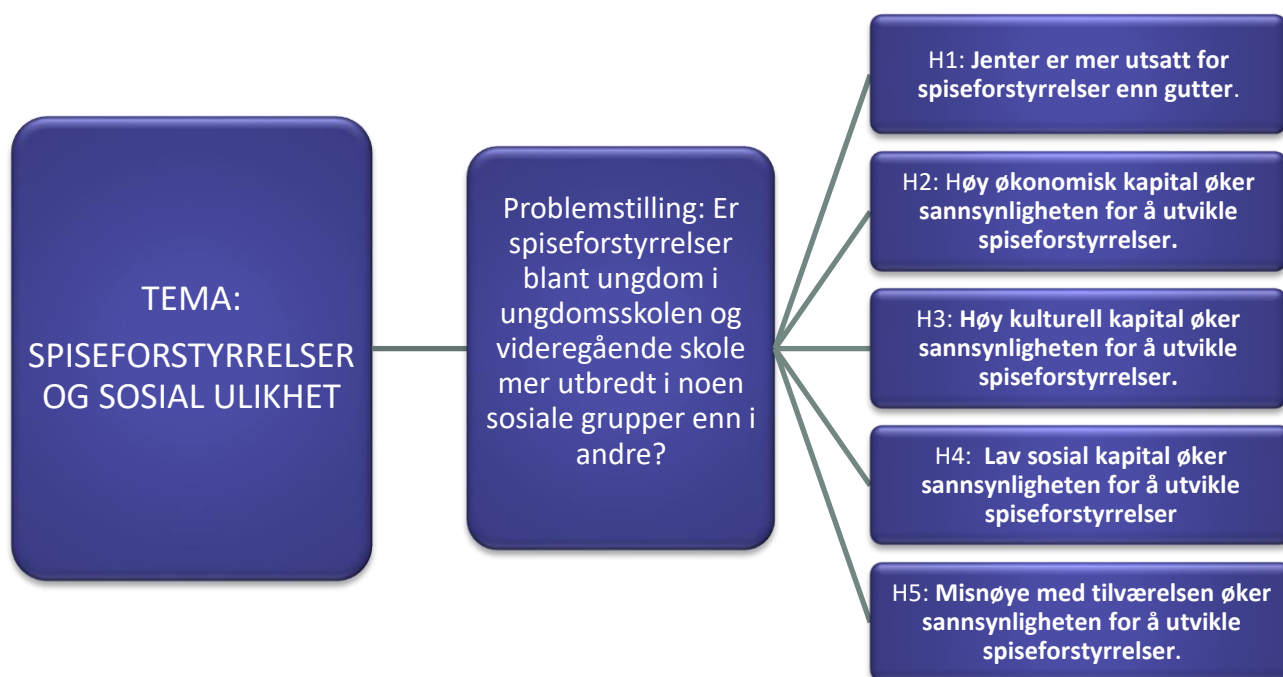
Empiri/data skapes av forskeren, og utgjør bindeleddet mellom virkeligheten og de utførte analysene (Johannessen, 2003, s. 41). I denne sammenhengen vil variabler som indikerer spiseforstyrrelser utgjøre de avhengige variablene (EAT 1-8 i Ungdata). Disse variablene vil prøves mot ulike uavhengige variabler som indikerer økonomiske, kulturelle og sosiale forhold ved ungdommenes liv.

Formålet med empiriske undersøkelser er å fremskaffe ny kunnskap. Ny kunnskap kan være genuint ny kunnskap, som kan utfordre allerede eksisterende kunnskap. Ny kunnskap kan også videreutvikle eksisterende kunnskap uten å røkke denne etablerte kunnskapen (Jacobsen, 2005, s. 14-16). Denne oppgavens ambisjon er av den sistnevnte typen. Hensikten med undersøkelser kan deles inn i tre hovedtyper: For det første kan den være beskrivende, som vil si at man ønsker å få mer innsikt i hvordan et fenomen ser ut. For det andre kan den være forklarende, ved at den gir svar på hvorfor et fenomen oppstår. For det tredje kan den være predikerende, og vil gjøre oss i stand til å forutsi når et fenomen vil oppstå (Jacobsen, 2005, s. 16). Denne oppgaven er en beskrivende undersøkelse. Den beskriver hvordan spiseforstyrrelser og sosiale ulikheter henger sammen, men gir ingen forklaringer på hvorfor det er slik.

7.1 Problemstilling

Problemstillingen for denne oppgaven er:

Er spiseforstyrrelser blant ungdom i ungdomsskolen og videregående skole mer utbredt i noen sosiale grupper enn i andre?



Figur 1 Oversikt over tema, problemstilling og overordnede hypoteser, se også vedlegg 17

Det er to hovedtyper av problemstillinger: Den ene er problemstillinger med formål om å beskrive dagens situasjon, beskrivende problemstillinger. Den andre typen problemstillinger prøver å si noe om sammenhengen mellom en antatt årsak og en virkning, forklarende/kausale problemstillinger. Videre kan en problemstilling enten være: Eksplorerende, det vil si at de ønsker å utdype noe vi ønsker mer kunnskap om. Eller den kan være testende, det vil si at vi ønsker å se rekkevidden/omfanget av et fenomen (Jacobsen, 2005, s. 61).

I denne oppgaven er problemstillingen hovedsakelig beskrivende. Ungdata-undersøkelsen gir et bilde av situasjonen på et gitt tidspunkt. Jeg vil i denne oppgaven å beskrive ulike sosiale forhold, som kan øke sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser. Sammenhengen betyr da ikke at ulike sosial forholde fører til spiseforstyrrelser, til det er utviklingen av spiseforstyrrelser altfor komplisert. Likevel kan det være noen sosiale aspekter ved individenes liv, som øker sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser. Problemstillingen er også testende, siden jeg tester flere hypoteser om at enkelte grupper er mer utsatt enn andre (figur 1).

7.2 Kvantitativ versus kvalitativ

Det første veiskillet man står ovenfor når man skal undersøke et fenomen, er om man skal velge en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming. Kvantitativ metode er tallenes tale, hvor tallene brukes for å beskrivelse virkeligheten. Den tar utgangspunkt i at man kan måle sosiale fenomener ved bruk av metoder og instrumenter som tallbasert informasjon. Den sosiale virkeligheten beskrives ved hjelp av ulike statistiske teknikker, gjerne ved hjelp av spørreskjema med faste svaralternativer som gir ulike tallverdier (Jacobsen, 2005, s. 63-64).

Kvalitative metode er ordenes tale, man bruker ord for å beskrive virkeligheten. Kvalitative metoden anses som en motreaksjon på å anvende naturvitenskapelige metoder for å studere sosiale fenomener. Ved en åpen tilnærming gjennom intervju/observasjon får man frem flere nyanser og variasjoner (Jacobsen, 2005, s. 62-63, s. 166-168).

Kampen om hva som er den beste metoden er nært knyttet til kampen mellom det positivistiske eller hermeneutiske vitenskapssynet. Positivismen leter etter lovmessigheter som kan generaliseres med et overordnet mål for å kunne predikere hendelsesforløp. Det eksisterer en objektiv virkelighet som kan studeres gjennom objektive metoder og mål. Hermeneutikken på sin side hevder at det ikke finnes generelle lover. Hvert tilfelle er unikt og særegent. Virkeligheten er noe vi mennesker konstruerer, og man må derfor undersøke hvordan mennesker oppfatter verden rundt seg. I den senere tid har de to tilnærmingene kommet hverandre i møte. I denne prosessen har Karl Popper vært en sentral person, som taler for at det finnes en mellomposisjon. Popper hevder at det kan være visse lover i sosiale systemer, men de er ikke nødvendigvis absolutte. Han innførte begrepet «sannsynlighet», som vil si at det kan være en mulighet for at det vi antar vil skje, ikke skjer (Jacobsen, 2005, s. 31-33, s. 235).

Denne oppgavens ambisjon er ikke å finne absolutte lovmessigheter. Den er mer i tråd med Poppers ontologiske syn. Resultatene vil ikke gi svar på hvem som kommer til å utvikle spiseforstyrrelser, men si noe om forhold som kan øke sannsynligheten for spiseforstyrrelser. Denne oppgaven søker kun å besvare om det er ulikheter i utbredelsen av disse symptomene utfra økonomiske, kulturelle og sosiale forutsetninger. Finnes det noen mønstre her?

7.3 Datainnsamling - Ungdata

Ungdata-undersøkelsen 2010-2015 ble valgt, da den hadde åtte variabler som kunne knyttes til spiseforstyrrelser. Videre var det mange ulike variabler som identifiserer ulike økonomiske, kulturelle og sosiale aspekter ved individenes liv. I Ungdata brukes standardiserte spørsmål, hvilket innebærer at spørsmålene har faste svaralternativer. Noe som gjør det lett å kode om verdiene til tall, som muliggjør kvantitative analyser.

Jeg har verken lagd spørsmålene selv, valgt ut respondenter eller stått for innsamlingen. Dette har både fordeler og ulemper. Det er ressursbesparende både i forhold til tid og økonomi. Gjenbruk av data er fornuftig for å unngå å belaste sårbare grupper, som ville vært etisk problematisk.

Bruk av Ungdata-undersøkelsen hadde visse ulemper. Ingen av variablene er skreddersydd for oppgavens problemstilling. Utvalget av respondenter kunne vært gunstigere. EAT-variablene var kun undersøkt i 30 kommuner. Hvor representative er disse kommunene? Hvordan selve undersøkelsen ble gjennomført kan påvirke resultatene. Forsto respondentene spørsmålene og fikk de nok tid til å svare på alle?

Likevel veier fordelene opp for ulempene. En måtte tilpasse seg det datasettet som forelå. Variablene måtte bearbeides før de kunne anvendes i analysene. Dataene i en undersøkelse må oppfylle to viktige krav: For det første må de være valide, det vil si at de er gyldige og relevante. For det andre må de være reliable, det vil si at de er pålitelige og troverdige (Jacobsen, 2005, s. 19). I og med det er en anerkjent undersøkelse som er utviklet av fagfolk, er det rimelig å tro at Ungdata i stor grad oppfyller disse kravene.

7.3.1 Ungdata-undersøkelsen

Ungdata er lokale undersøkelser, som tilbys alle kommuner og fylkeskommuner. De er gjennomført i skoletiden på ungdomsskoler og videregående skoler. Normalt tar det en time å besvare alle spørsmålene. Undersøkelsen foregår elektronisk ved digitalt spørreskjema. Spørreskjemaet er bygd opp av tre deler: Grunnmodulen, som er den obligatoriske modulen med faste sett av spørsmål som alle ungdommene skal besvare. I tillegg kan kommunene og fylkeskommunene velge å ta med et batteri av valgfrie, forhåndsdefinerte spørsmål fra tilleggsmodulene. Disse valgfrie spørsmålene er

delt inn i ulike bolker ut fra tema: A, B, C, D, E og F. Kommunene og fylkeskommunene kan også lage egendefinerte spørsmål (Frøyland, 2015, s. 8-13). EAT-variablene befant seg i tilleggsmodul C, og derfor var det kun de kommunene som hadde valgt ut disse som var aktuelle. Utvalget av de uavhengige variablene er hentet fra den obligatoriske delen, da noe annet ville gitt uakseptable missing-verdier.

Ungdata-undersøkelsen har hovedsakelig vært initiert av kommunene selv. Det har ikke vært noen overordnet koordinert plan på nasjonalt nivå. Undersøkelsen blir vurdert til at materialet har god representativitet for landet som helhet (Frøyland, 2025, s. 9). Svarprosenten ligger i de fleste tilfeller på over 80%, noe svakere for videregående enn for ungdomsskolen. Undersøkelsen har gjennomgått en revidering. Den største revisjonen fant sted i 2013, og ble implementert i 2014 (Frøyland, 2015, s.8-12).

7.4 Dataenes målenivå

Før man går i gang med analyser må man undersøke hva slags målenivå dataene er på. Variablene kan deles inn i et målhierarki. Hvor variablene befinner seg i hierarkiet sier noe om hvilke statistiske analyser det er meningsfylt å foreta. Ofte blir de ulike målnivåene delt i fire ulike skalaer:

Nominalskala: «Nomen» betyr navn. Det vil si at variablenes verdier kun er kategorier med ulike navn. Verdiene er gjensidig utelukkende og uttømmende. Tallene gir ingen informasjon om rangeringen eller størrelse på verdiene. Det er ingen skala, og hvem som kommer først og sist spiller ingen rolle.

Ordinalskala: Dette innebærer en viss orden. Det vil si at verdiene fortsatt er gjensidig utelukkende og uttømmende, men i tillegg har de en logisk rangering. Her er det kategorier som kan rangeres på en skala. Det er en logisk rekkefølge selv om avstanden kan variere. Endring i rekkefølgen vil medføre at logikken i en opplagt rangering brytes.

Intervallskala: «Intervall» betyr mellomrom. Det vil si at verdiene fortsatt er gjensidig utelukkende og uttømmende. Det er en logisk rangering. I tillegg kjenner man avstanden mellom kategoriene, men man mangler et nullpunkt.

Ratioskala/forholdstallsnivå: Her har man alle egenskapene som de andre målnivåene har, men man har i tillegg et absolutt nullpunkt. Man kan si at noe er dobbelt eller halvparten så mye som noe annet. På dette nivået har man alle kvalitetene som trengs for å gjennomføre alle typer analyser (Clausen, 2009, s. 15).

De to første typene variabler kalles kategoriske variabler, da de plasserer svarene i ulike kategorier. De to siste skalaene kalles kontinuerlige variabler, da de i tillegg sier noe om avstanden mellom verdiene. Variabler på ordinalnivå med mer enn 5 verdier kan i enkelte tilfeller regnes som en kontinuerlige. Noen variabler har kun to verdier, dikotome variabler. Jo høyere målnivå desto mer avanserte analyser kan utføres. De fleste variablene i Ungdata er på ordinalnivå som legger begrensninger på analysemulighetene.

7.5 Utvalget – enhetene for undersøkelsen

Utvalg vil si at man plukker ut enkeltindivider av populasjonen som blir gjenstand for undersøkelsen, utvalgsundersøkelser. Ideelt sett skulle man gjerne undersøkt hele populasjonen, da vil generalisering vært uproblematisk. De gangene man trekker et utvalg vil det alltid knyttes usikkerhet til om man kan generalisere resultatene til å gjelde resten av populasjonen (Johannessen, 2003, s. 24). Ungdata har om lag 260.000 respondenter, det vil si tilnærmet hele populasjonen av ungdom i ungdomsskole og videregående skole. For denne oppgaven er det variablene som viser indikasjoner på spiseforstyrrelser (EAT) som er av interesse. EAT-variablene var i den valgfrie tilleggsmodulen, dermed ble antall respondenter kraftig redusert (Frøyland, 2015, s. 80-81). Kun 30 kommuner hadde valgt å bruke EAT-variablene. Ungdommene som har svart på disse spørsmålene kommer fra følgende kommuner: Ås, Aurskog-Høland, Sigdal, Tønsberg, Bø, Kvitseid, Fyresdal, Froland, Bygland, Vindafjord, Etne, Stord, Fitjar, Kvinnherad, Ørskog, Sula, Aukra, Rindal, Smøla, Ørland, Midtre Gauldal, Melhus, Selbu, Tydal, Namsos, Overhalla, Inderøy, Sømna, Brønnøy og Herøy. Kun ungdommene fra disse kommunene utgjør utvalget for denne undersøkelsen. Første steg i denne analysen ble derfor å lage en fil kun med disse kommunene. Det aktuelle antall enheter blir da 17599. EAT-variablene kom først med i 2014 etter revideringen gjennomført høsten 2013. Det er kun årene 2014 og 2015 som er av interesse for denne undersøkelsen. Ifølge Frøylands rapport skulle antall respondenter da vært 13889, fordelt på 8348

ungdomsskoleelever og 5541 videregående elever (Frøyland, 2017, s. 310-314, vedlegg 1). Det er en overvekt av ungdomsskoleelever. Frekvensanalysen for de 30 aktuelle kommunene viste et antall på kun 11343. Årsaken til avviket har ikke vært mulig for meg å avdekke.

7.5.1 Missing

Missing-verdiene angir hvor mange respondenter som ikke har svart på den aktuelle variabelen (Johannessen, 2003, s. 54). I forhold til missing-verdier på disse variablene, så varierte den fra 0,7% til 16,3% (vedlegg 2). Mellom 10.063 og 10.212 respondenter har svart på EAT-variablene, som da blir utvalget for denne undersøkelsen. De som ikke har besvart disse spørsmålene er ikke relevante for denne oppgaven. Missing gis derfor ikke gjennomsnittsverdier (MEAN).

Med så mange uavhengige variabler kunne jeg fort mistet halvparten av respondentene, kun fordi de hadde hoppet over ett eneste spørsmål. Dette ville vært svært uhensiktsmessig. Dette problemet løste jeg ved å gi missing gjennomsnittsverdier (MEAN) på alle de uavhengige variablene, da dette ikke ville påvirke resultatene i den store sammenhengen.

7.6 Operasjonalisering av begrepene

For å kunne besvare problemstillingen må man operasjonalisere fenomenet man ønsker å undersøke. Det vil si at man gjør generelle fenomener mer konkrete slik at de kan måles. Dette gjøres ved å lage ulike variabler, som er spesifikke egenskaper/kjennetegn ved enhetene. Hver variabel har ulike verdier som utgjør svaralternativene. I naturvitenskapen forholder man seg ofte til naturlige tallverdier som meter, timer og så videre. I samfunnsfagene er det stadig slik at tallene kun er symboler for ord (Jacobsen, 2005, s. 126). Hvert svaralternativ i spørreskjemaet har en tallverdi som representerer ulike svar i ord og setninger.

For å kunne finne svar på problemstillingen kreves det data som dekker de avhengige variablene spiseforstyrrelser og uavhengige variabler som indikerer ulike forhold av sosial ulikhet. I og med disse spørsmålene ikke var laget for min undersøkelse, krevde det en del bearbeiding av datamaterialet som forelå.

Tabell 1 Oversikt over alle variablene som er med i analysen

OVERSIKT OVER ALLE VARIABLENE I UNDERSØKELSEN

(S) = verdiskalaen snus

AVHENGIG VARIABLER

Svar alternativer:

Spiseforstyrrelser:

EAT1 Jeg er opptatt av å bli tynnere (S)	1 Alltid (4)
EAT2 Jeg prøver å holde diett (S)	2 Ofte (3)
EAT3 Jeg føler ubehag etter at jeg har spist søtsaker (S)	3 Sjelden (2)
EAT4 Jeg trimmer for å gå ned i vekt (S)	4 Aldri (1)
EAT5 Jeg kaster opp etter at jeg har spist (S)	
EAT6 Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe (S)	
EAT7: Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat (S)	
EAT8: Jeg føler maten kontrollerer livet mitt (S)	

UAVHENGIGE VARIABLER

Kjønn:

Kjnn: Er du gutt eller jente?	1 Gutt
	2 Jente

Økonomisk kapital:

FamRd1: Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene? (S)	1 Vi har hatt god råd hele tiden (5)
	2 Vi har stort sett hatt god råd (4)
	3 Vi har verken hatt god eller dårlig råd (3)
	4 Vi har stort sett hatt dårlig råd (2)
	5 Vi har hatt dårlig råd hele tiden (1)

Kulturell kapital:

ForUtd1: Har faren din utdanning på universitet eller høyskole? (S)	1 Ja (2)
ForUtd2: Har moren din utdanning på universitet eller høyskole? (S)	2 Nei (1)

Bker1 Hvor mange bøker har dere i hjemmet?	1 Ingen
	2 Mindre enn 20
	3 20-100
	4 100-500
	5 500-1000
	6 Mer enn 1000

Sosial kapital:

Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen?	1 Helt enig (4)
	2 Litt enig (3)
Skole1: Jeg trives på skolen	3 Litt uenig (2)
Skole2: Lærerne mine bryr seg om meg	4 Helt uenig (1)
Skole3 Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	
Skole6: Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen (S)	

Fritid9: Hvor mange ganger har du siste 7 dager: Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater (S)	1 Ingen ganger (4) 2 1 gang (3) 3 2-5 ganger (2) 4 6 ganger eller mer (1)
Tenk deg at du har et personlig problem. Hvem ville du snakket med? PersProb1 Foreldre PersProb2 Andre familiemedlemmer PersProb5 Ingen (S)	1 Helt sikkert (3) 2 Kanskje (2) 3 Nei (1)
Venner2: Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til?	1 Ja, helt sikkert 2 Ja, det tror jeg 3 Det tror jeg ikke 4 Har ingen jeg vil kalle venner akkurat nå
Hva er viktig for å få status i ditt vennemiljø? Status6: Å ha et bra utseende (S) Status8: Å ha moteriktige klær (S) Status11: Å få mange 'likes' på sosiale medier (S)	1 Øker statusen mye (5) 2 Øker statusen litt (4) 3 Har ingen betydning (3) 4 Minker statusen litt (2) 5 Minker statusen mye (1)
Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive ditt forhold til dine foreldre. Foreldre1: Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida. Foreldre 2: Foreldrene min kjenner de fleste av de vennene jeg er sammen med i fritida Foreldre7 Jeg krangler ofte med foreldrene mine (S) Foreldre8 Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie (S) Foreldre9 Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet	1 Passer svært godt (4) 2 Passer ganske godt (3) 3 Passer ganske dårlig (2) 4 Passer svært dårlig (1)
Mobb2 Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida? (S)	1 Ja, flere ganger i uka (6) 2 Ja, omtrent en gang i uka (5) 3 Ja, omtrent hver 14. dag (4) 4 Ja, omtrent en gang i måneden (3) 5 Nesten aldri (2) 6 Aldri (1)
MobbDig6 Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil? (S)	
Tilfredshet med livet Nedenfor er noen påstander om hvor fornøyd du er med livet ditt.	
Selvbilde1 Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er	1 Stemmer svært godt (4)
Selvbilde2 Jeg er ofte skuffa over meg selv (S)	2 Stemmer ganske godt (3)
Selvbilde3 Jeg liker ikke den måten jeg lever livet på (S)	3 Stemmer ganske dårlig (2)
Selvbilde4, Jeg er stort sett fornøyd med meg selv	4 Stemmer svært dårlig (1)
Selvbilde5 Jeg liker meg selv slik jeg er	

Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt?	1 Svært misfornøyd (5)
Fornyd1: Foreldrene dine (S)	2 Litt misfornøyd (4)
Fornyd2 Vennene dine (S)	3 Verken fornøyd eller misfornøyd (3)
Fornyd3: Skolen du går på (S)	4 Litt fornøyd (2)
Fornyd4: Lokalsamfunnet der du bor (S)	5 Svært fornøyd (1)
Fornyd6: Helsa di (S)	
Fornyd7: Utseende ditt (S)	

For å finne de variablene som på best måte operasjonaliserte begrepene ble flere strategier benyttet. I starten var det helt avgjørende å få oversikt over alle aktuelle variabler som teoretisk kunne knyttes til spiseforstyrrelser og indikerte ulike økonomiske, kulturelle og sosiale forhold ved enhetene (tabell 1). Et stort antall variabler ble ytterligere redusert etter en bivariat korrelasjonsanalyse, som avdekket hvordan de uavhengige variablene korrelerte med de avhengige. En del relevante variabler ble dermed forkastet da de ikke ville gitt pålitelige resultater (vedlegg 3). Likevel er antallet variabler stort nok til å gjøre flere interessante funn. I tillegg ble det kjørt faktoranalyser med de ulike variabelbatteriene, som ga god oversikt over hvilke variabler som innholdsmessig hørte sammen. For å kvalitetssikre hvilke variabler som skulle inngå i indeksene ble det kjørt en Cronbach alfa-test. Jeg vil nå redegjøre for metodene som ble benyttet og gi en oversikt over variablene og indeksene som vil bli brukt i denne oppgaven.

7.6.1 Faktoranalyse

Fenomenene som blir undersøkt i denne oppgaven er svært omfattende og komplekse. Det var et stort antall variabler som skulle med i analysen, og situasjonen ble fort uoversiktlig. Et nyttig verktøy for å gjenvinne oversikten var faktoranalyse. Vi kan forenkle datamaterialet ved å gjennomføre faktoranalyser, som reduserer antall variabler til et mindre antall faktorer (Johannessen, 2003, s. 167). I faktoranalyse ser man på gjensidige relasjonene mellom variablene. Man forsøker å finne mønstre mellom variablene og å se om svar på en variabel ofte går sammen med svar på beslekta variabler.

Det finnes flere varianter med faktoranalyse. En skiller i første rekke mellom eksplorerende og konfirmerende/bekreftende faktoranalyse. Eksplorerende faktoranalyse er den enkleste og mest brukt i starten på en analyse for å se om man kan finne mønstre i korrelasjonen mellom variablene (Clausen, 2009, s. 31, Johannessen, 2003, s. 168). I denne oppgaven er det eksplorerende

faktoranalyse som brukes i startfasen for å avdekke hvilke variabler man kan slå sammen til samlende mål i indekser.

For at man skal kunne ha nytte av faktoranalyse er det visse betingelser som bør være oppfylt. For det første bør være et visst antall enheter. Hva som er optimalt er det uenighet om, men Tabachnick & Fidell operer med minst 300 enheter (Johannessen, 2003, s. 169, Clausen, 2009, s. 31). I denne oppgaven er antallet enheter 11343. For det andre bør det være et visst antall variabler - minimum tre, men ingen øvre grense. Det bør være fem ganger så mange enheter som variabler. For det tredje bør variablene være minimum på ordinalnivå, men helst intervall- eller forholdstallsnivå. Variablene som brukes i denne oppgaven er i all hovedsak på ordinalnivå. For det fjerde bør variablene ha minimum fire verdier, men jo flere jo bedre. Om faktoranalysen er eksplorerende kan man avvike noe fra disse kravene (Johannessen, 2003, s. 169, Clausen, 2009, s. 31). Variablene i denne undersøkelsen har alt fra to til seks verdier. Kravene oppfylles ikke alltid, men her brukes eksplorerende faktoranalyse kun for å finne mønstre i startfasen av analysen. For det femte bør fordelingen være normalfordelt, men om det er eksplorerende faktoranalyse kan kravet fravikes. De fleste variablene er ikke normalfordelt (vedlegg 12), men kravet kan avvikes. For det sjette bør sammenhengen være lineær, eventuelt må variablene omkodes (Johannessen, 2003, s. 169). Faktoranalyse bør dessuten benyttes med forsiktighet dersom ingen korrelasjoner er større enn 0,300 (Clausen, 2009, s. 31).

Det er flere måter å undersøke om det var en statistisk sammenheng mellom variablene i faktoranalysen, og om de er egnet for faktoranalyse:

For det første har man Correlation Matrix, som viser korrelasjonen mellom variablene. Om de fleste har større enn 0,300 så viser det at variablene var egnet for faktoranalysen.

For det andre har man Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), som undersøker partielle korrelasjoner. Det vil si bivariate korrelasjoner kontrollert opp mot de andre variablene. KMO varierer fra 0 til 1. Lav KMO viser til høye partielle korrelasjoner, mens høy KMO viser til lave partielle korrelasjoner. KMO bør være over 0,600.

For det tredje har man Bartlett's test, som tester nullhypotesens gyldighet. Den tester om korrelasjonene i korrelasjonsmatrisen kunne kommet fra et utvalg hvor alle korrelasjonene var lik null. Altså overhodet ikke korrelert. Vi ønsker å forkaste nullhypotesen. Det er ønskelig at den skal

være statistisk signifikant og da må verdien være under 0,05, det vil si $p < 0,05$ (Johannessen, 2003, s. 171-172).

I faktoranalyse blir ingen variabler sett på som avhengige. Metodens hovedformål er å redusere antall variabler til et mindre antall mer omfattende variabler, kalt faktorer/komponenter. Faktoranalysens hovedoppgave blir å skape orden og system ved å redusere mengden data ved å gruppere nært beslektede enkeltvariabler. Resultatet er en datareduksjon, som gir bedre oversikt uten å miste vesentlig informasjon (Johannessen, 2003, s. 173, Clausen, 2009, s. 31). Her brukes faktoranalyse som verktøy for å finne mønstre, for deretter å lage indekser/skalavariabler.

I utgangspunktet er det like mange faktorer som variabler, men noen faktorer forklarer mer av variansen enn andre. Dette måles ved faktorens egenverdi. Det er kun de faktorene med høyest egenverdi (over 1) som er interessante (Johannessen, 2003, s. 174). De variablene med små estimater bør en vurdere å kutte ut (Clausen, 2009, s. 39).

For å få frem mønsteret tydeligere kan vi foreta en rotert ekstraksjon. Dette kan gjøres på to måter: ortogonal og oblik rotasjon. En kan anvende ortogonal rotasjon hvis det er en eksplorativ analyse, og at dataene egner seg for faktoranalyse. Varimax er den vanligste ortogonale rotasjonen. Ortogonal rotasjon er lettere å beskrive, fortolke og rapportere. Det er denne typen som er brukt i denne undersøkelsen. Ved å rotere faktorladningen maksimerer vi høye korrelasjoner mellom variablene og minimerer lave korrelasjoner. Styrken på faktorladning viser hvor sterk sammenhengen er. Tabachnick & Fidell vurderer styrken slik: $< 0,71$ = utmerket, $0,63$ - $0,70$ = veldig bra, $0,55$ - $0,62$ = god, $0,45$ - $0,54$ = hederlig, $0,32$ - $0,44$ = svak, $> 0,31$ = dårlig. Ut fra resultatene kan man fjerne lave skår og kjøre faktoranalysen på nytt og få enda tydeligere mønster (Johannessen, 2003, s. 177-181).

7.7 Konstruksjon av indekser

Med utgangspunkt i faktoranalysene fant jeg mønsteret i variablene som ble utslagsgivende for hvilke variabler som skulle inngå i indeksene. Når man har variabler som måler noe av det samme og i tillegg har samme antall verdier kan det være aktuelt å lage indekser. En indeks er en kontinuerlig variabel som er satt sammen av minimum to kategorivariabler. Det er viktig å være klar

over at indekser kan være problematiske måleverktøy, da ekstremverdier gjerne mer ekstreme (Clausen & Eikemo, 2012, s. 68-70).

For å kvalitetssikre variablene i indeksene ble det kjørt en reliabilitetsanalyse - Cronbachs-alfa. Denne testen vurderer om indikatorsettet «representerer en tilfredsstillende operasjonalisering» (Christophersen, 2012, s. 161). Cronbachs-alfa varierer fra 0 til 1. Verdien 1 viser til høy indre konsistens. Optimalt bør den være over 0,700, men jeg har i oppgaven akseptert verdier ned i 0,600 for å få med viktige variabler i analysen.

7.7.1 De avhengige variablene – operasjonalisering av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er: «når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse» (Skårderud, 2000, s. 11). EAT-variablene omhandler ulike aspekter ved denne problematikken. Spørsmålene har sitt utgangspunkt fra «The Eating Attitude Test» (EAT) utviklet av Garner og Garfinkel i 1979. Testen er en av de mest brukte kartleggingsverktøyene i forhold til spiseforstyrrelser, men den er ikke et diagnostisk verktøy. Opprinnelig består testen av 26 spørsmål. I Ungdata benyttes det 8 spørsmål: *Jeg er opptatt av å bli tynnere (EAT1), Jeg prøver å holde diett (EAT2), Jeg føler ubehag etter at jeg har spist søtsaker (EAT3), Jeg trimmer for å gå ned i vekt (EAT4), Jeg kaster opp etter at jeg har spist (EAT5), Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe (EAT6), Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat (EAT7), Jeg føler at maten kontrollerer livet (EAT8)*. EAT-variablene har fire verdier: *alltid, ofte, sjelden, aldri* (Frøyland, 2015, s. 80-81). Disse variablene ble snudd, slik at høyest verdi ga den høyeste hyppigheten (mest plager). En ser et klart skille mellom de fire første og de fire siste EAT-variablene. De siste angir sterkere/alvorligere symptomer enn de fire første. Det antas at miljømessig faktorer har størst påvirkning på mildere psykiske plager hos unge. I forhold risikoen for å utvikle alvorligere og mer kroniske plager antas den genetiske faktoren å være mest utslagsgivende (Sletten, 2015, s. 11).

I faktoranalysen (vedlegg 4) ladet flere av variablene på begge komponentene. En bivariat korrelasjonsanalyse (tabell 2) viste at de fleste variablene var sterkt korrelert og alle korrelasjoner var over 0,300 (Pearsons r). Den laveste var på 0,304. Samtlige korrelasjoner var signifikante. Cronbach alfa var på 0,865, som viser høy intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. En samlende indeks med alle åtte EAT-variablene var derfor berettiget.

Jeg kaster opp maten etter jeg har spist (EAT5) og Jeg føler maten kontrollerer livet mitt (EAT8) er spesielt sterke variabler for spiseforstyrrelser etter Skårderuds definisjon: «Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen...» (Skårderud, 2000, s. 11).

Tabell 2 EAT-variablenes korrelasjoner (Pearsons r)

EAT1	Pearson Correlation	1							
	Sig. (2-tailed)								
	N	10212							
EAT2	Pearson Correlation	,604**	1						
	Sig. (2-tailed)	0,000							
	N	10055	10073						
EAT3	Pearson Correlation	,583**	,583**	1					
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000						
	N	10117	10022	10139					
EAT4	Pearson Correlation	,705**	,573**	,533**	1				
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000					
	N	10106	10002	10081	10125				
EAT5	Pearson Correlation	,304**	,345**	,345**	,307**	1			
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000				
	N	10107	10005	10087	10080	10129			
EAT6	Pearson Correlation	,353**	,324**	,356**	,318**	,322**	1		
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
	N	10099	10001	10081	10080	10085	10119		
EAT7	Pearson Correlation	,419**	,388**	,435**	,369**	,345**	,613**	1	
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	N	10083	9978	10058	10059	10062	10070	10102	
EAT8	Pearson Correlation	,427**	,414**	,456**	,382**	,440**	,558**	,696**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	10042	9939	10018	10017	10021	10027	10019	10063
		EAT 1	EAT2	EAT3	EAT4	EAT5	EAT6	EAT7	EAT8

Det ble laget to EAT-indekser til bruk i analysen:

spiseforstyrrelse_2 laget av de to alvorligste indikatorene EAT5 og EAT8. Skala 0-1.

spiseforstyrrelse_3 en summerende indeks over alle EAT-variablene. Skala 0-8.

Disse ble lagd av snudde variabler, slik at høy verdi ga mest symptomer. Dessuten ble de gjort dikotome: 0=*aldri/sjelden* og 1=*ofte/alltid*.

7.7.2 De uavhengige variablene

Operasjonalisering av kjønn

H1: Jenter er mer utsatt for spiseforstyrrelser enn gutter

Variabelen *Er du gutt eller jente?* (Kjønn) er en dikotom variabel med verdiene: 1=*Gutt*, 2=*Jente* (Frøyland, 2015, s. 19). Høy verdi viser til *jente*. Den har det laveste målnivå, nominalnivå, og kun egnet for enklere analyser.

Operasjonalisering av økonomisk kapital

H2: Høy økonomisk kapital øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser

Den kroppsliggjorte formen for økonomisk kapital er penger, eiendom og lignende (Bourdieu, 2006, s. 24). I mangel på bedre alternativer endte jeg opp med kun å bruke *Har familien din hatt god eller dårlig råd, økonomi de siste to årene?* (FamRd1), som gjengir elevenes subjektive opplevelse av familiens økonomiske situasjon. Denne ble lagd med tanke på å fange opp familiens sosioøkonomiske status. Variabelen hadde verdiene: 1=*Vi har hatt god råd hele tiden*, 2=*Vi har stort sett hatt god råd*, 3=*Vi har verken hatt god eller dårlig råd*, 4=*Vi har stort sett hatt dårlig råd*, 5=*Vi har hatt dårlig råd hele tiden* (Frøyland, 2015, s. 25-26). Den ble snudd slik at jo høyere verdiskår, desto høyere økonomisk kapital. Dette er en variabel på ordinal nivå, men den brukes som kontinuerlig variabel i regresjonsanalysen. Da forutsetter vi at det er underliggende skala.

Operasjonalisering av kulturell kapital

H3: Høy kulturell kapital øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

Å operasjonalisere Bourdieus begrep «kulturell kapital» er en utfordring. Kulturell kapital er varige disposisjoner i kropp og sinn Familie og utdanningssystemet spiller en sentral rolle i dette selvforbedringsarbeidet (Bourdieu, 2006, s. 8, 25). Jeg valgte å lage indeksen:

IndexForeldresutdannelse. Denne ble satt sammen av: *Har faren din utdanning på universitet eller høyskole?* (ForUtd1) og *Har moren din utdanning på universitet eller høyskole?* (ForUtd2), som har verdiene: 1=*Ja*, 2=*Nei* (Frøyland, 2015, s. 21). Disse ble snudd slik at utdanning på høyskole og universitet ga høyest verdi. De to variablene har en korrelasjon på 0,440, godt over 0,300. Cronbach alfa-test er på 0,619. Å lage en indeks av disse to er ikke bare teoretisk fornuftig, men oppfyller de metodiske kravene.

Bøker er en av flere former for objektivert kulturell kapital (Bourdieu, 2006, s. 8). Variabelen *Bøker i hjemmet* (Bker1) har vist seg i en rekke studier å være en god indikator for kulturell kapital. Denne har verdiene: 1=*Ingen*, 2=*Mindre enn 20*, 3=*20-100*, 4=*100-500*, 5=*500-1000*, 6=*Mer enn 1000* (Frøyland, 2015, s. 26). Høy verdi viser til mange bøker i hjemmet. Dette er en variabel på ordinalnivå, som brukes som kontinuerlig variabel i regresjonsanalysen.

Operasjonalisering av sosial kapital

H4: Lav sosial kapital øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

Sosial kapital er de ressursene man har ved å tilhøre et/flere nettverk, og som man kan mobilisere ved behov (Bourdieu, 2006, s. 16). Sosial støtte virker styrkende på OAS-nivået, og har dermed en helsebringende effekt (Antonovsky, 2012, s. 139-140, 163). Skårderud trekker frem at problematiske sosiale relasjoner kan være en av flere risikofaktorer. I Ungdata er det mange variabler som kan knyttes til sosial kapital. De signifikante og mest relevante ble tatt med.

H4a: Lav sosial trivsel på skolen øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

I og med at ungdommene tilbringer store deler av tiden på skolen var det naturlig å undersøke hvordan skolehverdagen kan påvirke sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser. Det ble foretatt en faktoranalyse (vedlegg 6) med alle skolevariablene. Faktoranalysen viste at faktoranalyse var berettiget: KMO var på 0,719 og Bartletts-test sig. 0,000. Variablene la seg på to dimensjoner: Faktor1 og Faktor2 (ikke opprettet, se vedlegg 3).

Med utgangspunkt i Faktor1 ble det laget en indeks over trivsel i skolehverdagen. Denne ble satt sammen av variablene: *Jeg trives på skolen* (Skole1), *Lærerne mine bryr seg om meg* (Skole2), *Jeg føler jeg passer inn blant elevene på skolen* (Skole3) og *Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen* (Skole6). Disse har verdiene: 1=*Helt enig*, 2=*Litt enig*, 3=*Litt uenig*, 4=*Helt uenig* (Frøyland, 2015, s. 30-31). Skole6 ble snudd, slik at høy verdi på alle variablene viser til at man mistrives sosialt på

skolen. Alle fire Skoletrivsel-variablene skåret over 0,669 på faktoranalysen som vil si veldig bra styrke ifølge Tabachnick & Fidell vurderingsskala. Egenverdien på 2,301, utgjør 38,346% av variansen i de fire indikatorene. I tillegg kjørte jeg en bivariat korrelasjon mellom disse fire, hvor den minste var på 0,295. Cronbach alfa var på 0,733, som viser intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Det ble opprettet en additiv indeks: IndexSkoletrivsel.

H4b: Det å være lite sammen med jevnaldrende øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser

Ungdomstiden innebærer en løsrivelsesfase, der venner får mer betydning på bekostning av foreldrerelasjonen. Gode sosiale relasjoner med jevnaldrende vil ha en beskyttende effekt i forhold til psykiske helseplager. For å operasjonalisere dette valgte jeg variabelen: *Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner* (Fritid9). Denne har verdien (per uke): 1=*Ingen ganger*, 2=*1 gang*, 3=*2-5 ganger*, 4=*6 ganger eller mer* (Frøyland, 2015, s. 36-37). Denne variabelen som er på ordinalnivå, ble snudd slik at lite sosial omgang gir høy verdi.

H4c: Mangel på støttende nettverk øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

Sosial støtte har en positiv effekt for å forebygge psykiske helseplager. Sosial støtte variablene er inspirert av Sarason's social support measure, som definerer sosial støtte som «tilgjengelighet til personer man kan stole på, og som viser at de bryr seg om deg og er glad i deg» (Frøyland, 2015, s. 29). Sarason har blant annet funnet at sosial støtte «modererer sammenhengen mellom negative livshendelser og sykdom» (Frøyland, 2015, s. 30). Jeg valgte ut tre av disse: *Foreldre* (PersProb1), *Andre familiemedlemmer* (PersProb2) og *Ingen* (PersProb5). Disse har verdiene: 1=*Helt sikkert*, 2=*Kanskje*, 3=*Nei* (Frøyland, 2015, s. 29-30). Den sistnevnte ble snudd, slik at høy verdi på disse variablene viser til at man har liten støtte.

En faktoranalyse med alle PersProb-variablene (vedlegg 6) viste seg berettiget: KMO var på 0,650 og Bartlett's-test sig. 0,000. Kun én komponent kom ut av dette. De to utvalgte variablene scoret 0,751 og 0,746 som vil si veldig bra styrke ifølge Tabachnick & Fidells vurderingsskala. SNUPersProb5 skåret kun 0,641 og er tematisk ulik de andre, og beholdes som selvstendig variabel. PersProb2 er ikke signifikant i forhold til EAT2 og EAT4. I tillegg kjørte jeg en bivariat korrelasjon mellom disse to som viste 0,472(=r). Cronbach alfa var på 0,641, som viser ganske høy intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Den additive indeksen er: IndeksFamiliestøtte.

I tillegg valgte jeg å ta med variabelen: *Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?* (Venner2). Denne har verdiene: 1=*Ja, helt sikkert*, 2=*Ja, det tror jeg*, 3=*Det tror jeg ikke*, 4=*Har ingen jeg vil kalle venner nå for tiden* (Frøyland, 2015, s. 28). I en bivariat korrelasjonsanalyse var den signifikant med alle EAT-variablene med unntak av EAT4. Høy verdi viser til at man har liten støtte hos venner. Variabelen er på ordinalnivå, men i regresjonsanalysen brukes den som kontinuerlig variabel.

H4d: Prestasjonsjag fører til høyt stressnivå som øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

Prestasjonsjag kan knyttes til sosial kapital ved at det sier noe om egenskapene til de sosiale nettverkene. Mira Sletten skriver om «de flinke pikene», som stresser seg syke og skal prestere både på skolen, fritidsaktiviteter, sosialt og se bra ut (Sletten, 2015, s. 10). Jeg valgte her ut: *Å ha bra utseende* (Status6), *Å ha moteriktige klær* (Status8), *Å få mange likes på sosiale medier* (Status11). Disse har følgende verdier: 1=*Øker statusen mye*, 2=*Øker statusen litt*, 3=*Har ingen betydning*, 4=*Minker statusen litt*, 5=*Minker statusen mye* (Frøyland, 2015, s. 28-29). De tre variablene ble snudd slik at høy verdi viser til økende status.

Disse ble på grunnlag av en faktoranalyse (vedlegg 7) slått sammen til en indeks for status, som ble satt sammen av: SNUStatus6_1, SNUStatus 8_1 og SNUStatus 11_1. Faktoranalysen viste at den var berettiget, KMO var på 0,698 og Bartlett's-test. sig. 0,000. Disse tre variablene scoret alle over 0,811 på den ene dimensjonen som ble ekstrahert, som vil si utmerket i styrke ifølge Tabachnick & Fidells vurderingskala. Egenverdier på 2,141, utgjør 71,376% av variansen i de tre indikatorene. I tillegg kjørte jeg en bivariat korrelasjon mellom disse tre, hvor den minste var på 0,516(=r). Cronbach alfa var på 0,799, som viser høy intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Den additive indeksen er: IndexStatus

H4e: Svak grad av foreldreinvolvering øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser

Det var flere egnede Foreldre-variabler: *Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med* (Foreldre1), *Foreldrene mine kjenner de fleste av de vennene jeg er sammen med i fritida* (Foreldre2), *Jeg krangler ofte med foreldrene mine* (Foreldre7), *Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie* (Foreldre8), *Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet* (Foreldre9). Disse hadde følgende verdier: 1=*Passer svært godt*, 2=*Passer ganske godt*, 3=*Passer*

ganske dårlig, 4=Passer svært dårlig (Frøyland, 2015, s. 26-27). Foreldre3, Foreldre7 og Foreldre9 ble snudd slik at høy verdi viser til lav grad av foreldreinvolvering og høyt konfliktnivå. En faktoranalyse (vedlegg 8) med Foreldre-variablene visste at faktoranalyse var berettiget: KMO var på 0,666 og Bartlett's-test sig. 0,000. Variablene la seg på to faktorer. Faktor1 Foreldreinvolvering og Faktor2 Konfliktnivå i familien.

Indeks for foreldreinvolvering er satt sammen av Foreldre1_1, Foreldre2_1 og Foreldre9_1. De tre la seg på den første dimensjonen og alle skåret over 0,710, som vil si utmerket ifølge Tabachnick & Fidells vurderingsskala. Egenverdien på 2,151, utgjør 43,018% av variansen i de tre indikatorene. I tillegg kjørte jeg en bivariat korrelasjon mellom disse tre variablene, hvor den minste var på 0,360(=r). Cronbach alfa var på 0,733 som viser høy intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Additiv indeks er: IndexForeldreinvolvering.

Indeks for konfliktnivået i familien er satt sammen av SNUForeldre7_1 og SNUForeldre8_1. Konfliktnivå i familien variablene la seg på den andre dimensjonen og alle skåret over 0,835, som tilsier utmerket ifølge Tabachnick & Fidells vurderingsskala. Egenverdien er på 1,179, som utgjør 23,571% av variansen i de to indikatorene. I tillegg kjørte jeg en bivariat korrelasjon mellom disse to variablene, som var på 0,457(=r). Cronbach alfa var på 0,627 som viser brukbar intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Additiv indeks er: IndexKonfliktnivåfamilien.

H4f: Å bli mobbet øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

Jeg valgte å sette søkelys på de som blir mobbet, da kun disse variablene var signifikante i forhold til EAT-variablene. Her var det to variabler: *Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?* (Mobb2) og *Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil?* (MobbDig6). Disse hadde følgende verdier: 1=Ja, flere ganger i uka, 2=Ja, omtrent en gang i uka, 3=Ja omtrent hver 14. dag, 4=Ja omtrent en gang i måneden, 5=Nesten aldri, 6=Aldri (Frøyland, 2015, s. 33-34). Disse ble snudd slik at høy verdi viser til utsatt for mye mobbing.

En faktoranalyse (vedlegg 9) ble utført, men den viste seg ikke å være berettiget: KMO var på 0,561, altså under 0,600, og kun Mobb2 og MobbDig6 var signifikante med EAT-variablene. Disse var det til gjengjeld høyt korrelert: 0,506. Cronbach var på 0,654. Av den grunn valgte jeg å slå SNUMobb2_1 og SNUMobbDig6_1 sammen til: IndexMobbing.

Operasjonalisering av tilfredshet med tilværelsen

H5: Misnøye med tilværelsen øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

«Et svært tilfreds menneske, med evne til å tro på sine egne ressurser, til å tåle skuffelser og til å trøste seg selv, vil neppe noen gang utvikle spiseforstyrrelser» (Skårderud, 2000, s. 21). Egne ressurser vil i stor grad avhenge av ens økonomiske, kulturelle og sosiale kapital. Skårderuds påstand vil undersøkes i denne oppgaven. Det var to batterier med variabler som viste seg svært passende for å måle tilfredshet med tilværelsen: Selvbilde-variablene og Fornøyd-variablene.

H5a: Lavt selvbilde øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

Selvbilde-variablene er plukket ut av måleinstrumentet «The Self-Perception Profile for Adolescents». Dette er en velbrukt skala i flere undersøkelser. I Ungdata har de brukt fem ulike selvbilde variabler: *Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er* (Selvbilde1), *Jeg er ofte skuffa over meg selv* (Selvbilde2), *Jeg liker ikke måten jeg lever livet på* (Selvbilde3), *Jeg er stort sett fornøyd med meg selv* (Selvbilde4) og *Jeg liker meg selv slik jeg er* (Selvbilde5). Disse har følgende verdier: 1=*Stemmer svært godt*, 2=*Stemmer ganske godt*, 3=*Stemmer ganske dårlig*, 4=*Stemmer svært dårlig* (Frøyland, 2015, s. 42-43). Selvbilde2 og Selvbilde3 ble snudd slik at høy verdi viser til dårlig selvbilde på alle Selvbilde-variablene.

Indeksen for selvbilde ble satt sammen av alle Selvbilde-variablene. En faktoranalyse (vedlegg 10) med Selvbilde-variablene viste at faktoranalysen var berettiget: KMO var på 0,846 og Bartlett's test 0,000. Kun en dimensjon ble ekstrahert. De ulike faktorene hadde ladninger mellom 0,576 og 0,893, som kunne vært høyere om de ble rotert. Egenverdien på 3,276, utgjør 65,512% av variansen i de fem indikatorene. I tillegg kjørt jeg en bivariat korrelasjon mellom disse variablene, hvor den laveste var på 0,367(=r). Cronbach alfa var på 0,856 som viser høy intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Den additive indeksen er: IndexSelvbilde.

H5b: De som er misfornøyd har større sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser.

I batteriet med variabler som går på fornøydhet finner vi 6 ulike variabler: *Foreldrene dine* (Fornøyd1), *Vennene dine* (Fornøyd2), *Skolen du går på* (Fornøyd3), *Lokalsamfunnet der du bor* (Fornøyd4), *Helsa di* (Fornøyd6) og *Utseende ditt* (Fornøyd7). Disse har følgende verdier: 1=*Svært misfornøyd*, 2=*Litt misfornøyd*, 3=*Verken fornøyd eller misfornøyd*, 4=*Litt fornøyd*, 5=*Svært fornøyd* (Frøyland, 2015, s. 44). Alle disse ble snudd slik at høy verdi viser til misnøye.

Indeks for fornøydhets er satt sammen av alle de snudde Fornøyd-variablene. En faktoranalyse (vedlegg 11) med Fornøyd-variablene viste seg å være berettiget: KMO var på 0,841 og Bartlett's test 0,000. Kun en dimensjon ble ekstrahert. De ulike faktorene lå på ladninger mellom 0,682 og 0,800, kunne vært høyere om de ble rotert. Egenverdien på 3,393, utgjør 56,546% av variansen i de seks indikatorene. I tillegg kjørte jeg en bivariat korrelasjon, hvor den laveste var 0,373(=r). Cronbach alfa var på 0,843, som viser høy intern konsistens i et homogent sett av indikatorer. Additiv indeks er: IndexFornøyd.

Tabell 3 Oversikt over alle indekser med verdier

INDEKSER	VERDIER
IndexForeldresutdannelse: SNUForUtd1, SNUForUtd2	1 Nei, ingen av foreldrene har høyere utdanning 2 En av foreldrene har høyere utdanning 3 Begge foreldre har høyere utdanning
IndexSkoletrivsel: Skole1, Skole2, Skole3, SNUSkole6	1 Jeg trives og har gode sosiale relasjoner på skolen. 2 Jeg trives litt og har noen gode sosiale relasjoner på skolen. 3 Jeg mistrives litt og har svake sosiale relasjoner på skolen. 4 Jeg mistrives og har dårlige sosiale relasjoner på skolen.
IndexFamiliestøtte: PersProb1, PersProb2	1 Jeg ville helt sikkert søkt støtte fra familien hvis jeg hadde et personlig problem 2 Jeg kan kanskje søke støtte fra familien hvis jeg har et personlig problem 3 Jeg kommer ikke til å søke støtte fra familien hvis jeg har et personlig problem
IndexStatus: SNUStatus6, SNUStatus7, SNUStatus8	1 Minsker statusen mye 2 Minsker statusen litt 3 Har ingen betydning 4 Øker statusen litt 5 Øker statusen mye
IndexForeldreinvolvering: Foreldre1, Foreldre2, Foreldre9	1 Foreldrene mine er i stor grad involvert i de sosiale livet mitt 2 Foreldrene mine er ganske involvert i de sosiale livet mitt 3 Foreldrene mine er lite involvert i det sosiale livet mitt 4 Foreldrene mine er ikke involvert i det sosiale livet mitt
IndexKonfliktnivåfamilien: SNUForeldre7, SNUForeldre8	1 Det er svært lite krangling i familien 2 Det er ganske lite krangling i familien 3 Det er ganske mye krangling i familien 4 Det er svært mye krangling i familien
IndexMobbing: Mobb2, MobbDig6	1 Aldri 2 Nesten aldri 3 Ja, omtrent en gang i måneden 4 Ja, omtrent hver 14. dag 5 Ja, omtrent en gang i uka 6 Ja, flere ganger i uka
IndexSelvbilde: Selvbilde1, SNUSelvbilde2, SNUSelvbilde3, Selvbilde4, Selvbilde5	1 Har et svært godt selvbilde 2 Har et ganske godt selvbilde 3 Har et ganske godt selvbilde 4 Har et svært dårlig selvbilde
IndexFornøyd SNUFornøyd1, SNUFornøyd2, SNUFornøyd3, SNUFornøyd4, SNUFornøyd6, SNUFornøyd7	1 Svært fornøyd 2 Litt fornøyd 3 Verken fornøyd eller misfornøyd 4 Litt misfornøyd 5 Svært misfornøyd

7.8 Teori- og metodekritikk

Det er uendelig mye som er skrevet om spiseforstyrrelser og sosial ulikhet, men svært lite kombinerer disse temaene. Jeg har valgt ut bidrag fra teoretikere som jeg fant interessante, og er dermed påvirket av mitt ståsted og interessefelt.

Utvalget i denne undersøkelsen gir et generaliseringsproblem. Resultatene er ikke uten videre representativt for alle landets ungdommer. Ser man på de kommunene som har deltatt, ser man at ingen av de store byene er med i undersøkelsen. De aller fleste kommunene landkommuner. Skulle resultatene være generaliserbare måtte det vært foretatt en sannsynlighetsutvelging. Det vil si at «alle mulige utvalg har en kjent sannsynlighet for å bli trukket ut» (Hellevik, 2002, s. 115). Utvalget er et resultat av selvseleksjon fra kommunes side, altså «ikke-sannsynlighetsutvelging» (Hellevik, 2002, s. 120).

Et annet problem er at de som er hardest rammet av spiseforstyrrelser ofte faller utenfor skolesystemet på grunn av helseinstitusjonsopphold eller sykefravær. En stor del av disse kan ha vært forhindret fra å delta i Ungdata-undersøkelsen. En liten, men viktig gruppe kan dermed ha falt utenfor det datamaterialet man har til rådighet.

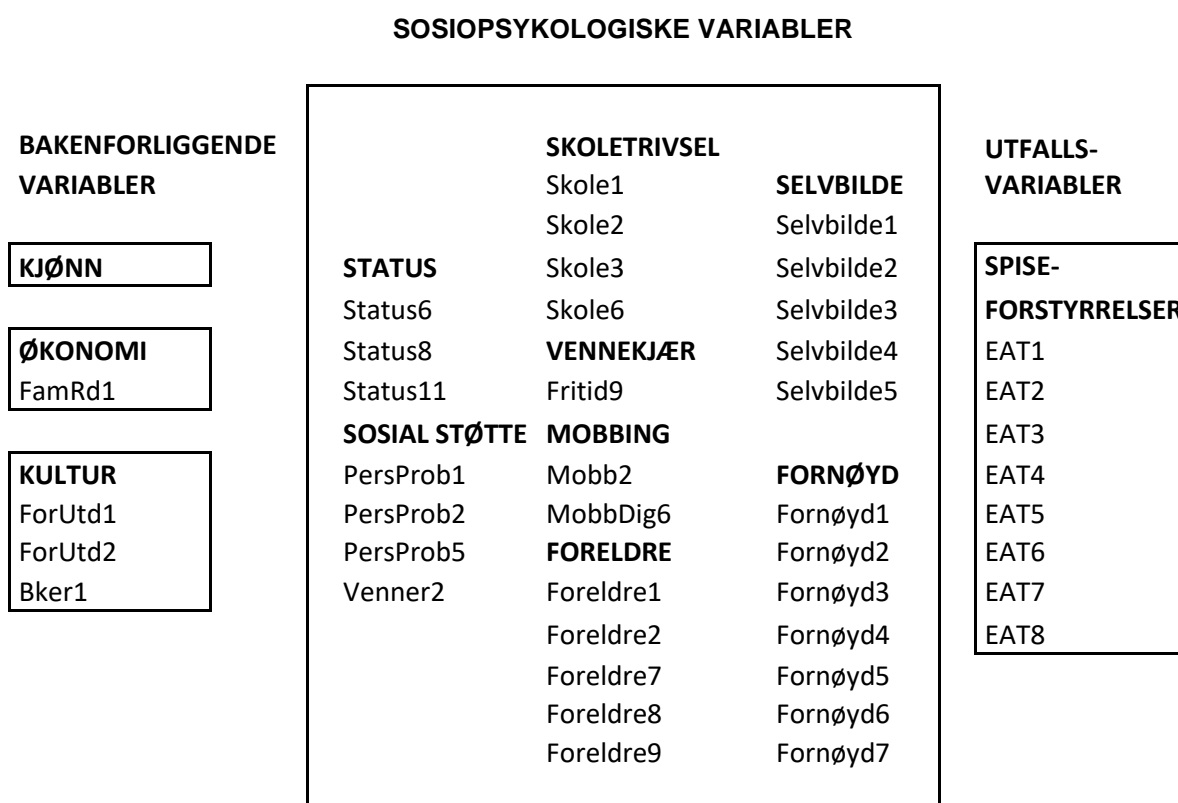
Å operasjonalisere begrepene bød på utfordringer. Spesielt i forhold til kulturell kapital, som jo er et sett iboende disposisjoner i individet som resultat av en livslang sosialiseringssprosess. Noen av variablene var vage innholdsmessig og avspeilet med stor sannsynlighet ikke det man ønsket å måle. Her kan nevnes *Brukt største delen av kvelden ute sammen med venner*, som antagelig ikke sier så mye om ungdommenes sosiale liv, men heller om de deltar på organiserte aktiviteter eller kun «henger» med jevnaldrene. Dette blir bare spekulasjoner. Å slå sammen flere variabler til indekser gjør dessuten at man mister noen av detaljene.

Flere av variablene/indeksene er heller ikke normalfordelt. Noe som kan gi feilmålinger i regresjonsanalysen. I tillegg kan noen ha ikke-linære sammenhenger, som ikke vil komme frem i denne undersøkelsen.

Tross undersøkelsens svakheter er det ikke grunnlag for å avskrive resultatene, selv om ikke alle de metodiske kriteriene oppfylles optimalt. En survey vil aldri fange opp den eksakte virkeligheten, men variablene/indeksene vil sannsynligvis fange opp forskjeller mellom ytterpunktene på skalene som det gir mening å analysere kvantitativt.

8 Analyse

Spiseforstyrrelser er kompliserte lidelser med mange mulige årsaksfaktorer. Det er ikke denne oppgavens ambisjon å prøve å finne klare årsakssammenhenger. Det jeg søker å finne er ulike sårbarhetsfaktorer, som gjør at noen grupper har større risiko enn andre for å utvikle spiseforstyrrelser. Det gjør en ikke i stand til å predikere hvem som kommer til å utvikle spiseforstyrrelser, men heller undersøke om det er noen mønstre i forhold til faktorer som kan øke sannsynligheten for slike lidelser.



Figur 2 Illustrasjon av analysemodell med variabelbetegnelser

Analysemetoder kan deles i flere ulike grupper: Univariat, bivariat og multivariat, avhengig av antall variabler man tar med i analysen. Alle disse hovedtypene er brukt i denne oppgaven.

Det første som måtte avklares var hvor utbredt spiseforstyrrelser er blant respondentene. Videre hvordan er ungdommenes økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser for å møte hverdagens krav. Kjønn er høyst sannsynlig den viktigste faktoren, og behandles derfor særdeles i dybden ved å kjøre en bivariat analyse, krysstabell. Avslutningsvis utføres en multivariat analyse for å undersøke hvordan de uavhengige variablene samvarierer med de avhengige variablene.

8.1 Univarierte analyser

Univariat analyse vil si at man ser på hvordan enhetene fordeler seg på de ulike verdiene på kun en variabel. Det er flere ulike univariate analyser. Hvilken analysemetode som er hensiktsmessig, avhenger av variabelenes målenivå. Kategoriske variabler kan analyseres ved hjelp av prosentfordelinger, hvor man ser hvordan enhetene prosentmessig fordeler seg på de ulike verdiene. Med kontinuerlige variabler har man flere statistiske muligheter. Statistiske mål deles inn i to hovedgrupper: Det første, sentraltendens, som beskriver hva som er typisk. Det andre, spredning, som vil si variasjonen. Sentraltendensen består av: Mean (gjennomsnitt), median (verdien som ligger i midten på fordelingen), mode (modus, den verdien flest enheter har) og sum (totalsum av alle verdiene til alle enhetene). Spredningen består av: Minimum (laveste verdien i fordelingen), maksimum (høyeste verdien i fordelingen), range (området mellom høyeste og laveste verdi), standardavviket (graden enhetene avviker fra gjennomsnittet), variansen (summen av alle avvikene fra gjennomsnittet) (Johannessen, 2003, s. 73, 83).

I Ungdata er det hovedsakelig kategoriske variabler. En nyttig tilnærming i starten var å kjøre en frekvensanalyse for å se hvordan ungdommene fordelte seg på de ulike verdiene. Dette ble analysert ved hjelp av prosentfordelinger, som ga en oversikt over hvor utbredt spiseforstyrrelser var og hva slags kapitalsammensetning ungdommene hadde. En annen nyttig univariat analyse er *descriptive statistics* (vedlegg 12 & 13), som gir god oversikt over blant annet gjennomsnitt. En ser da raskt om noen variabler er skjevfordelt, noe som var tilfellet med flere av variablene/indeksene i denne analysen.

8.1.1 De avhengige variablene - hvor utbredt er spiseforstyrrelser?

En ser et klart skille mellom de fire første og de fire siste EAT-variablene. EAT5-8 er sterkere/alvorligere indikatorer på spiseforstyrrelser enn EAT1-4. EAT5-8 har derfor mindre andeler på de høyeste verdiene som indikerer spiseforstyrrelser. Av disse er EAT5 og EAT8 de sterkeste indikatorene, og av disse to er EAT5 den som beskriver det mest alvorlige symptomet. De som svarer *alltid* på EAT5 er en marginal gruppe på 2,0%, sammen med de som svarer *ofte* så utgjør de kun 3,4%. EAT8 har 5,4% som svarer *alltid* på om *maten kontrollerer livet mitt*, og sammen med *ofte* utgjør de 12,4%. De som svarer *alltid* på EAT6 er også en forholdsvis marginal gruppe, men her er andelen som svarer *ofte* vesentlig større – hele 14,3%. Alle EAT-variablene er ordinale med fire verdier. En ser med en gang at de ikke er normalfordelt, men har en *J-formet* kurve, noe som er

forventet. Normalen er at de fleste har svake eller ingen symptomer. Det er tross alt et mindretall som utvikler sykdom, i dette tilfelle spiseforstyrrelser. En indeks som summerer skårene på de åtte EAT-variablene vil ha en tilnærmet J-fordeling. Vi bruker likevel en slik variabel som avhengig variabel i regresjonsanalysen fordi denne indeksen har ganske god spredning.

Tabell 4 EAT-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	ALLTID	OFTE	SJELDEN	ALDRI
Jeg er opptatt av å bli tynnere (EAT1)	11,6	21,7	30,2	36,5
Jeg prøver å holde diett (EAT2)	6,3	14,4	29,1	50,3
Jeg føler ubehag etter at jeg har spist søtsaker (EAT3)	8,3	17	33,4	41,4
Jeg trimmer for å gå ned i vekt (EAT4)	8,4	18,8	29,1	43,7
Jeg kaster opp etter at jeg har spist (EAT5)	2	1,4	8,7	87,9
Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe (EAT6)	5,2	14,3	28,6	51,8
Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat (EAT7)	7	14,3	24,9	53,8
Jeg føler maten kontrollerer livet mitt (EAT8)	5,4	7	18	69,6

8.1.2 De uavhengige variablene - hva slags kapital har norsk ungdom?

Kjønn:

Ser man på variabelen kjønn, så ser man at fordelingen er 50,6% gutter og 49,4% jenter. Jenter og gutter er like godt representert i utvalget.

Økonomisk kapital:

Kun en variabel var egnet til å indikere økonomisk kapital: *Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene?* På dette spørsmålet svarte 36,9% *Vi har hatt god råd hele tiden*, 35,9% *Vi har stort sett hatt god råd*, 20,9% *Vi har verken hatt god råd eller dårlig råd*, 5,0% *Vi har stort sett hatt dårlig råd* og 1,3% *Vi har hatt dårlig råd hele tiden*. De fleste ungdommene har en subjektiv opplevelse av at familien har høy økonomisk kapital, med hele 36,9% som føler de ligger i det øvre økonomiske sjiktet. De to kategoriene for *dårlig råd* utgjør kun 6,3%. Variabelen ligger på ordinalnivå, og er ikke normalfordelt. Også denne har en 'J'-formet kurve.

Kulturell kapital:

I forhold til kulturell kapital er det tre relevante variabler. Brorparten av foreldrene har høyere utdanning: 60,3% av fedrene og hele 69,8% av mødrene. Det er stor samvariasjon mellom disse to variablene, det vil si at i flere av familiene så har begge foreldrene høyere utdanning.

Bøker i hjemmet er en variabel som er forholdsvis normalfordelt og kan dermed være en god markør på kulturell kapital. Kun 5,9% svarer den høyeste verdien: *Mer enn 1000*, som kan identifisere en gruppe med høyere kulturell kapital.

Sosial kapital:

Sosial kapital er et vidt begrep som omfatter alle sosiale berøringspunkter, som er avgjørende for hvilke sosiale ressurser du kan mobilisere. Det var mange variabler som kunne knyttes til sosial kapital.

Først og fremst er skolehverdagen viktig for ungdommene. Her tilbringer de mye av tiden. De aller fleste ser ut til å ha det bra på skolen. På spørsmålet *Jeg trives på skolen* svarer kun 1,9% *helt uenig* og 4,7% *litt uenig*. Det er svært få som mistrives på skolen. På påstanden *Lærerne min bryr seg om meg*, svarer kun 2,7% at de er *helt uenig* og 8,6% at de er *litt uenig*. De aller fleste opplever at lærerne bryr seg om dem. På påstanden *Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen* er det kun 3,3% som er *helt uenig* og 8,7% som er *litt uenig*. De aller fleste ungdommene føler at de passer inn sammen med sine medelever. På påstanden *Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen* svarer 5% at de er *helt uenig* og 13,3% *litt uenig*. Andelen som gruer seg til å gå på skolen er forholdsvis lav, men noe høyere enn de tre andre skole-variablene. Denne variabelen er for svakt formulert og gir ikke svar på hva elevene egentlig gruer seg til. De kan like gjerne grue seg til prøver, og gruer seg ikke nødvendigvis på grunn av de sosiale forholdene på skolen.

Det er en liten gruppe som ser ut til å mistrives på skolen og har svake sosiale relasjoner. I forhold til modellen er det disse som antas å være spesielt utsatt for spiseforstyrrelser. Skole-variablene ligger på ordinalnivå, og er heller ikke normalfordelt.

Tabell 5 Skole-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Jeg trives på skolen (Skole1)	66,8	26,6	4,7	1,9
Lærerne mine bryr seg om meg (Skole2)	47,8	41	8,6	2,7
Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen (Skole3)	55,6	32,3	8,7	3,3
Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen (Skole6)	5	13,3	25,8	55,8

Ungdomstiden innebærer en løsrivelsesfase, der venner får mer betydning på bekostning av foreldrerelasjonen. På spørsmål om *Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater (per uke)* svarer 36,8% *Ingen ganger* og 28,1% *1 gang*. Det er en relativt stor andel som er lite sammen med jevnaldrende på fritida, og disse er av særlig interesse.

Når det kommer til å ha noen å snakke med angående personlige problemer, så er det 11,5% som svarer at de *helt sikkert* har *Ingen* å snakke med. 33,2% svarer *kanskje*. Det er gruppe på over 40% som er usikre eller føler at de ikke har noen å snakke med om de har et personlig problem.

En ser klart at de aller fleste ville søkt støtte hos sine foreldre. Her svarer hele 44,6% at de *Helt sikkert* ville snakket med foreldrene sine. Om de snakker med noen i familien ser det ut som de fleste henvender seg til foreldrene.

Tabell 6 PersProb-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	Helt sikkert	Kanskje	Nei
Foreldre (PersProb1)	44,6	37,2	18,3
Andre familiemedlemmer (PersProb2)	22,7	42	35,3
Ingen (PersProb5)	11,5	33,2	55,3

På spørsmålet om *Har du minst en venn du kan stole fullstendig på og betro deg til om alt mulig?* svarer 66,5% *Ja, helt sikkert* og 24% *Ja, det tror jeg*. De aller fleste har en venn de kan søke støtte hos. Rundt 10% føler at de ikke har noen venner de kan støtte seg til, og disse er av spesiell interesse.

Omkring halvparten av ungdommene ser ikke ut til å bry seg om statusmarkørene utseende, moteklær og likes, for tilnærmet resten har det litt/stor betydning. I forhold til *Å ha et bra utseende* sier 23,6% at det *øker statusen mye*. På påstanden *Å ha moteriktige klær* svarer 10,3% at det *øker*

statusen mye. Kun 9,8% svarer at det øker statusen mye, Å få mange likes på sosiale medier. Å ha et bra utseende er rangert høyest. Her svarer dessuten 31,4% øker statusen litt. Utseende oppleves som spesielt viktig for statusen for over halvparten av ungdommene.

Tabell 7 Status-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	Øker statusen mye	Øker statusen litt	Har ingen betydning	Minsker statusen litt	Minsker statusen mye
Å ha et bra utseende (Status6)	23,6	31,4	42,8	0,9	1,3
Å ha moteriktige klær (Status7)	10,3	27,3	55,2	2,8	4,4
Å få mange likes på sosiale medier (Staus11)	9,8	21,3	61,8	1,9	5,2

De aller fleste opplever stor grad av foreldreinvolvering. På påstanden *Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida* svarer hele 94,3% at *det passer svært/ganske godt*. Kun 5,8% som opplever at denne påstanden *passer ganske/svært dårlig*. Foreldre har god oversikt over hvor og hvem barna er sammen med. På påstanden *Foreldrene mine kjenner de fleste av de vennene jeg er sammen med i fritida* svarer 91,2% at den *passer svært/ganske godt*. Kun 8,8% føler den påstanden *passer ganske/svært dårlig*. Det er få som opplever at foreldrene som lite engasjert i livene deres.

En variabel som skiller seg ut er *Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet* hvor 51,8% svarer at dette *passer svært/ganske godt*. Mot 48,2% som svarer at det *passer ganske/svært dårlig*. Oversikten over barnas sosiale live på nettet har ikke foreldrene like god oversikt over.

Tabell 8 Foreldre-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritiden (Foreldre1)	62,8	31,5	3,9	1,9
Foreldrene mine kjenner de fleste av de venne jeg er sammen med på fritida (Foreldre2)	57,8	33,4	6,9	1,9
Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet (Foreldre9)	18,1	33,7	25,6	22,6

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Jeg krangler ofte med foreldrene mine (Foreldre7)	5	14,9	42,3	37,9
Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie (Foreldre8)	3,8	9,9	28,9	57,3

Når det kommer til konfliktnivået i hjemmet, var to variabler aktuelle. På påstanden *Jeg krangler ofte med foreldrene mine* svarer kun 5,0% at det *passer svært godt* og 14,9% at det *passer ganske godt*. Totalt er det i underkant av 20% som opplever at de krangler ofte med foreldrene sine.

På påstanden *Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie* svarer kun 3,8% at det *passer svært godt* og 9,9% at det *passer ganske godt*. Totalt er det i underkant av 14% som opplever at det er ofte konflikter mellom foreldrene. Det er dette mindretallet som opplever ofte opplever konflikter i hjemmet som er av særlig interesse.

På spørsmålet *Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?* svarer hele 88,8% *aldri/nesten aldri*. 5,9% oppgir at de opplever mobbing *1 gang per måned/hver 14 dag*. Mens 5,2% opplever mobbing *en/ flere ganger i uka*.

På spørsmålet *Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil?* svarer hele 94,9% at de *aldri/nesten aldri* opplever dette. 3,1% svarer at de opplever dette *1 gang per måned/hver 14. dag*. Kun 2% opplever dette *en/ flere ganger i uka*. Det er få som opplever alvorlig grad av mobbing, men dette forgår for det mest «live».

Tilfreds med tilværelsen:

Ser man på de fem Selvbilde-variablene, ser man at ungdom flest er relativt fornøyd med seg selv. Andelen som svarer *stemmer svært godt* er 34,7-37,4% på spørsmål om de er tilfreds med seg selv. Verdien er høye for *stemmer ganske godt* også, 39,8-41,2%. De som sliter aller mest med selvbildet ligger på rundt 5,1-9,8%, mens rundt 15,1-22,4% sliter litt med dårlig selvbilde. Det er de med dårlig selvbilde som er av særlig interesse i denne sammenhengen.

Tabell 9 Selvbilde-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	Stemmer svært godt	Stemmer ganske godt	Stemmer ganske dårlig	Stemmer svært dårlig
Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er (Selvbilde1)	34,7	45,1	15,1	5,1
Jeg er ofte skuffa over meg selv (Selvbilde2)	7,7	22,4	41,2	28,7
Jeg liker ikke den måten jeg lever livet mitt på (Selvbilde3)	9,8	19,5	31,7	38,9
Jeg er stort sett fornøyd med meg selv (Selvbilde4)	36,3	41,6	16,1	5,9
Jeg liker meg selv slik jeg er (Selvbilde5)	37,4	39,8	16,3	6,5

Brorparten av ungdommer er fornøyd med menneskene og omgivelsene rundt seg. Det er verdt å merke seg at hele 71,2% av ungdommene er *svært fornøyde* med foreldrene sine. Vennene skårer nesten like høyt 67,6%. Det er kun 9,9% som er *svært/litt misfornøyde* med foreldrene, mens 6,6% er *svært/litt misfornøyde* med vennene. Andelen som er *svært/litt fornøyd* med skolen og lokalmiljøet er noe lavere, men overvekten er fornøyd. Av spesiell interesse er variabelen angående utseende. Ungdommene er mest misfornøyde med eget utseende. Hele 11% er *svært misfornøyd*, og med de som er *litt misfornøyd* utgjør disse 22,5%. Det er de som er misfornøyde som er av særlig interesse.

Tabell 10 Fornøyd-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)

	Svært misfornøyd	Litt misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Litt fornøyd	Svært fornøyd
Foreldrene dine (Fornyd1)	4,8	5,1	6,3	12,7	71,2
Vennene dine (Fornyd2)	3,8	2,8	5,5	20,2	67,6
Skolen du går på (Fornyd3)	7	8,2	15,9	33,1	35,9
Lokalmiljøet der du bor (Fornyd4)	6,2	8,2	16,7	31,1	37,8
Helsa di (Fornyd6)	6,6	9,6	14,9	30,6	38,3
Utseende ditt (Fornyd7)	11	12,5	20,2	32,4	23,9

8.2 Bivariate analyser

Den enkleste metoden for å undersøke sammenhengen mellom fenomener er bivariat analyse. «Bi» betyr to, og vi ser hvordan enhetene fordeler seg på verdiene til to utvalgte variabler. Man undersøker hvordan to variabler samvarierer. Det er vanlig å skille mellom avhengig og uavhengig variabel og man har gjerne en modell som sier noe om retningen på sammenhengen. En antar at verdien enhetene har på den avhengige variabelen er påvirket av verdien de har på den uavhengige variabelen (Johannessen, 2003, s.109).

Man må selvfølgelig ta variablenes målenivå med i betraktningen. Har man kategoriske variabler, er krysstabeller best egnet. Har man en kategorisk variabel og en kontinuerlig, kan man sammenligne gjennomsnittsverdiene til den kategoriske variabelen. Om begge variablene er kontinuerlige har man mulighet for å gjennomføre en korrelasjonsanalyse (Johannessen, 2003, s. 109).

I denne oppgaven ble bivariat analyse brukt for å undersøke kjønnsforskjeller i utbredelsen av spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelses-variablene er de avhengige variablene, som testes opp mot den uavhengige variabelen kjønn. Vi tester hypotesen: *Jenter er mer utsatt for spiseforstyrrelser enn gutter*. Begge variablene er kategoriske. Variabelen kjønn befinner seg på det absolutte laveste målenivået, nominalnivå. Det gjør at den beste analysemetoden er å bruke krysstabeller.

8.2.1 Kjønnsforskjeller i forhold til spiseforstyrrelser

I og med spiseforstyrrelser anses som en sykdom som i første rekke rammer kvinner, så ønsket jeg å se hvordan kjønnsforskjellene kom til uttrykk i EAT-variablene. Det ble kjørt en bivariat krysstabell for å få frem kjønnsforskjellene i forhold til spiseforstyrrelser. Jeg valgte å bruke de dikotome EAT-variablene med kun to verdier. *Alltid* og *ofte* er slått sammen, da disse to verdiene vil indikere at man enten har et problem eller er i faresonen for å få problemer i forhold til spiseforstyrrelser. *Sjelden* eller *aldri* er slått sammen, som indikerer at man ikke har noen tegn på å ha et problematisk forhold til mat og kropp.

Jentenes spredning på EAT-variablene

Den høyeste verdien (46,1%) på *ofte/alltid* finner vi på variabelen *Jeg er opptatt av å bli tynnere*. Utseende i forhold til kroppsfasong er svært viktig for nesten halvparten av jentene. Den laveste

verdien (4,1%) på *ofte/alltid* finner vi på *Jeg kaster opp etter at jeg har spist*, hvor 4,1%. Det er ikke overraskende, da dette er den sterkeste indikatoren på spiseforstyrrelser. På påstanden *Jeg føler maten kontrollerer livet mitt*, en sterk indikator på spiseforstyrrelser, svarer hele 16,8% av jentene *ofte/alltid*. På den litt svakere indikatoren *Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat* er prosentdelen oppe i 29,2% som svarer *ofte/alltid*. I overkant av 34% svarer *ofte/alltid* på *Jeg føler ubehag etter at jeg har spist* og *Jeg trimmer for å gå ned i vekt*. Den første av disse kan være vanskelig å tolke. Har spist så mye at de føler fysisk ubehag? Eller er det dårlig samvittighet over å ha spist? Den siste av disse er mer konkret, og viser at jentene gjør aktive handlinger for å redusere kroppsvekten.

Tabell 11 Prosentfordelingen av jenter på verdiene *aldri/sjelden* og *ofte/alltid* (linjesum=100%)

	ALDRI/SJELDEN	OFTE/ALLTID
Jeg er opptatt av å bli tynnere (EAT1)	53,9	46,1
Jeg prøver å holde diett (EAT2)	74,2	25,8
Jeg føler ubehag etter at jeg har spist (EAT3)	65,4	34,6
Jeg trimmer for å gå ned i vekt (EAT4)	65,9	34,1
Jeg kaster opp etter at jeg har spist (EAT5)	95,9	4,1
Når jeg først har begynt å spise kan det være vanskelig å stoppe (EAT6)	77	23
Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat (EAT7)	70,8	29,2
Jeg føler maten kontrollerer livet mitt (EAT8)	83,2	16,8

Guttenes spredning på EAT-variablene:

Guttene skårer noe lavere på verdien *ofte/alltid* på samtidig variabler. Den variabelen guttene har størst andel (20%) på *ofte/alltid* er *Jeg trimmer for å gå ned i vekt*. Hos jentene var det variabelen *Jeg er opptatt av å bli tynnere* som var den med høyest skår. Hos guttene har denne variabelen også høye skår (19,7%) på *ofte/alltid*. Det vil være naturlig å se disse variablene i sammenheng.

Variabelen med lavest verdi (2,8%) på *ofte/alltid* er *Jeg kaster opp etter at jeg har spist*. Dette er likt med jentene, men andelen hos jentene er 1,3% prosentpoeng høyere enn hos guttene. Dette er de sterkeste indikatorene på spiseforstyrrelser og er forventet å ha laveste skår. *Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt* ligger også lavt hos guttene, 7,5% på *ofte/alltid*. Den mildere påstanden *Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat* ligger på 13,0% på *ofte/alltid*.

Tabell 12 Prosentfordelingen av gutter på verdiene aldri/sjelden og ofte/alltid (linjesum=100%)

	ALDRI/SJELDEN	OFTE/ALLTID
Jeg er opptatt av å bli tynnere (EAT1)	80,3	19,7
Jeg prøver å holde diett (EAT2)	84,9	15,1
Jeg føler ubehag etter at jeg har spist (EAT3)	84,6	15,4
Jeg trimmer for å gå ned i vekt (EAT4)	80	20
Jeg kaster opp etter at jeg har spist (EAT5)	97,2	2,8
Når jeg først har begynt å spise kan det være vanskelig å stoppe (EAT6)	84,1	15,9
Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat (EAT7)	87	13
Jeg føler maten kontrollerer livet mitt (EAT8)	92,5	7,5

Kjønnsforskjeller på spredningen på EAT-variablene:

Ser man på denne tabell 13 ser man raskt at det ikke er noen 90/10-fordeling på noen av EAT-variablene mellom kjønnene. Det er snarere en 70/30- eller 60/40-fordeling. Størst er forskjellene i forhold til *Jeg er opptatt av å bli tynnere* hvor 70,8% av de som svarer *ofte/alltid* er jenter.

Forskjellen er minst når det kommer til *Når jeg først har begynt å spise kan det være vanskelig å stoppe*, hvor gutter utgjør hele 40,1% av de som svarer *ofte/alltid*. Når det kommer til variablene *Jeg føler ubehag etter at jeg har spist*, *Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat* og *Jeg føler maten kontrollerer livet mitt*, er det også stor forskjell mellom kjønnene, 69,9% av de som svarer *ofte/alltid* er jenter. Når det kommer til den sterkeste indikatoren *Jeg kaster opp etter at jeg har spist*, utgjør gutter hele 39,8% av de som svarer *ofte/alltid*.

Tabell 13 Prosentfordelingen av gutter og jenter på verdien ofte/alltid (linjesum=100%)

	JENTER	GUTTER
Jeg er opptatt av å bli tynnere (EAT1)	70,8	29,2
Jeg prøver å holde diett (EAT2)	63,9	36,1
Jeg føler ubehag etter at jeg har spist (EAT3)	69,9	30,1
Jeg trimmer for å gå ned i vekt (EAT4)	63,8	36,2
Jeg kaster opp etter at jeg har spist (EAT5)	60,2	39,8
Når jeg først har begynt å spise kan det være vanskelig å stoppe (EAT6)	59,9	40,1
Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat (EAT7)	69,9	30,1
Jeg føler maten kontrollerer livet mitt (EAT8)	69,9	30,1

8.3 Multivariat analyse

Multivariat analyse vil si at man inkluderer mange variabler samtidig i en analyse. En av disse analysemetodene er regresjonsanalyse. Hensikten med en regresjonsanalyse å se «hvordan mange uavhengige variabler gjøre det mulig å predikere utfallet på en avhengige variabel». Videre «hvilke av de uavhengige variabler som predikerer utfall i den avhengige variabelen». Dessuten «i hvilken grad en uavhengig variabel kan predikere utfall når alle andre effekter er kontrollert for» (Johannessen, 2003, s. 144). Det er to typer regresjonsanalyse: Lineær og logistisk. I denne oppgaven benyttes lineær regresjonsanalyse.

Ved lineær regresjonsanalyse må den avhengige variabelen ha høyt målenivå, intervall- eller forholdstallsnivå. Avhengig variabel bør være tilnærmet normalfordelt (A-format), eventuelt variabler på ordinalnivå under forutsetning av at de har mange verdier (minimum fem) (Johannessen, 2003, s. 144). EAT-variablene oppfylte ikke dette kravet om intervall- eller forholdstallsnivå. Løsningen ble å lage en indeks av alle åtte EAT-variablene, og man fikk en indeks med skala 0-8. Samtidig tilfredsstiller ikke EAT-indeksen kravet om å være normalfordelt, men det er god spredning på indeksen og derfor ble regresjonsanalyse benyttet. Når det gjelder de uavhengige variablene i analysen er det ingen krav verken om målenivå eller antall verdier. Det er ulike undergrupper av lineær regresjonsanalyse: simultan regresjon, stegvis regresjon og hierarkisk regresjon (Johannessen, 2003, s. 144, 152). I denne oppgaven brukes stegvis regresjon, som vil si at alle uavhengige variabler/indeks er introduseres i etapper i analysen. Siden flere variabler introduseres simultant, får man koeffisienter (B) for hver variabel/indeks kontrollert for de andre variablene/indeksene. I tillegg får man en R^2 (forklart varians) for hver modell i den trinnvise regresjonen (Johannessen, 2003, s. 152).

I lineær regresjonsanalyse ser man hvordan den avhengige variabelen påvirkes av flere uavhengige variabler:

$$Y = a + bX$$

Stigningskoeffisienten (b) sier noe om samvariasjonen mellom to variabler. Konstantleddet a er punktet der regresjonslinjene krysser Y-aksen, altså når $X=0$, mens b uttrykker hvor mye Y øker når man beveger seg en enhet på X-aksen. Jo høyere regresjonskoeffisienten (b) er, desto sterkere er sammenhengen mellom avhengig og uavhengige variablene. I lineær regresjon prøver man å finne en lineær sammenheng mellom variablene. I statistisk analyse kan årsak-virknings-retningen gå

begge veier, men regresjonskoeffisienter kan brukes til å predikere utfall der sammenhengen har uklar kausalitet.

Skal en benytte lineær regresjonsanalyse, så er man avhengig av at sammenhengen er lineær. Noe som ikke alltid er tilfelle, og resultatene kan dermed mistolkes. Sammenhengen kan ha en andre former, for eksempel kurveformet. Hvis en ikke finner en lineær samvariasjon, må en sjekke ut om det kan være andre former for statistiske relasjoner mellom variablene i modellen.

En lineær regresjonsanalyse gir sjelden noen uttømmende statistisk eller kausalforklaring for fenomenet man undersøker. Det vil alltid være et restledd (e) som omfatter alle de andre faktorene, som påvirker den avhengige variabelen i modellen. Restleddet kan ikke måles direkte, men varierer i verdi fra observasjonsenhet til observasjonsenhet. Noen tilfeller havner over regresjonslinjen og andre under.

$$Y = a + bx + e$$

Regresjonslinjen vil representere den forventet, sjelden eksakte, verdi på Y når vi kjenner X -verdien og konstantleddene a og b (Johannessen, 2003 s. 144-150).

Kvadratet av den multiple regresjonskoeffisient (R^2) er et mål på hvor god modellen er. Det vil si hvor mye av variasjonen på den avhengige variabelen (spiseforstyrrelser) som statistisk sett kan forklares av de uavhengige variablene. Jo høyere R^2 desto mer forklarer de uavhengige variablene variasjonen i den avhengige variabelen/spiseforstyrrelser (Johannessen, 2003 s. 150-151).

For å kvalitetssikre resultatene er det viktig å teste for multikollinearitet. Det vil si at man sjekker at ingen av variablene/indeksene korrelerer høyere enn 0,700 Pearsons r . Ved høyere Pearsons r er det fare for å få en kunstig høy R^2 , som kan skyldes at to eller flere variabler/indeks måler samme fenomen - multikollinearitet (Johannessen, 2003, s. 158). Antagelig er dette ikke et problem i denne analysen. Den høyeste korrelasjonen i vår modell var kun på 0,485 (vedlegg 14).

Det kan være multikollinearitet selv om korrelasjonene er små, dersom kombinasjoner av uavhengige variabler i modellen kan predikere verdien på en eller annen uavhengig variabel. Av den grunn ble det kjørt en «variance-inflated-score» (vedlegg 16). Denne bør helst være under 5,000.

Den høyeste i denne analysen var på 1,794, som er godt innfor grensen. Multikollinearitet er ikke et problem i regresjonsmodellen.

8.3.1 Den lineære regresjonsanalysen

Tabell 14 Resultatene av den lineære regresjonsanalysen

Avhengig variabel IndeksEAT1-EAT8 (skala 0-8) Høy verdi=spiseforstyrrelser	Modell 1			Modell 2		
	B	seB	Sig.	B	seB	Sig.
Konstant	1,171	0,113	0,000	-1,777	0,191	0,000
V:Er du gutt eller jente? Skala 1-2, 2=jente	0,994	0,039	0,000	0,631	0,039	0,000
V:Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene? Skala 1-5, 5=god råd hele tiden	-0,209	0,021	0,000	0,000	0,021	0,996
IndexForeldresutdannelse. Skala 1-2, 2=begge foreldre har høyere utdanning.	-0,072	0,053	0,175	-0,008	0,050	0,869
V:Hvor mange bøker har dere i hjemmet? Skala 1-6, 6=Over 1000 bøker i hjemmet	-0,027	0,019	0,146	-0,028	0,017	0,108
IndexSkoletrivsel. Skala 1-4, 4=jeg mistrives og dårlige sosiale relasjoner på skolen				0,061	0,040	0,134
V:Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater? Skala1-4, 4=ingen ganger				-0,126	0,020	0,000
IndeksFamiliestøtte. Skala 1-3, 3=jeg kommer ikke til å søke støtte fra familien hvis jeg har et personlig problem				-0,098	0,032	0,002
V:Ingen (å søke støtte hos) Skala 1-3, 3=Helt sikkert(ingen)				0,069	0,030	0,021
V:Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til? Skala 1-4, 4=har ingen jeg vil kalle venner akkurat nå				-0,037	0,027	0,173
IndexStatus. Skala: 1-5, 5=øker statusen mye				0,199	0,025	0,000
IndexForeldreinvolvering. Skala: 1-4, 4=foreldrene mine er ikke involvert i det sosiale livet mitt				0,076	0,033	0,019
IndexKonfliktnivåfamilien. Skala 1-4, 4=det er svært mye krangling i familien				0,105	0,029	0,000
IndexMobbing. Skala 1-6, 6=ja, flere ganger i uka				0,109	0,024	0,000
IndexSelvbilde. Skala 1-4, 4=Har et svært dårlig selvbilde				0,735	0,034	0,000
IndexFornøyd. Skala 1-5, 5=svært misfornøyd				0,169	0,025	0,000
Justert forklart varians (R*R just) %			7,6			19,5
Antall observasjoner			10252			10252

V: enkeltstående variabler

Det første en bør merke seg er at modell 1 kun har en forklaringskraft på 7,6%. De bakenforliggende variablene/indeksene forklarer 7,6% av variasjonene på EAT-variablene. Modell 2 derimot forklarer 19,5% av variasjonene. De variablene man har lagt til i modell 2 forklarer dermed 11,9 prosentpoeng mer av variasjonen i den avhengige variabelen.

I modell 1 er ingen av de kulturelle variablene/indeksene signifikante. De to bakenforliggende variablene som derimot er signifikante er kjønn og familieøkonomi. Kjønn har en stigningskoeffisient på hele 0,994, og er den som forklarer mest når det kommer til sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser i modell 1. Jenter er klart mer utsatt enn gutter. I modell 2 skårer kjønn noe lavere 0,631, og blir der forbigått av Selvbilde-indeksen. Familieøkonomi var kun signifikant i modell 1, og har her en stigningskoeffisient på -0,209. Det kan høres lite ut, men det vil si at for hvert skår på FamRd1 med skala 1-5 så synker kurven med -0,209. Å komme fra et hjem med høy økonomisk kapital har dermed en liten beskyttende effekt på sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser med alle andre faktorer likt. Spiseforstyrrelser slik de måles i indeksen er overrepresentert blant ungdom fra hjem med dårlig økonomi.

Modell 2 har høyere forklaringskraft enn modell 1 og her finner vi de psykososiale variablene. Her er verken de økonomiske eller kulturelle variablene/indeksene signifikante. Det betyr at når vi kontrollerer for sosialpsykologiske variabler har familieøkonomi bare indirekte effekt på spiseforstyrrelser, mens kjønn både har direkte effekt ($B=0,631$) og indirekte effekt på spiseforstyrrelser (differansen mellom $B=0,994$ og $B=0,631$). To av de sosialpsykologiske variablene/indeksene faller fra ved å ikke være signifikante. Likevel er det flere interessante funn på det psykososiale området, som jeg vil ta for meg her.

Disse variablene har forskjellig skala, noen har variasjonsbredde 1-6, mens andre har variasjonsbredde 1-2. Likevel kan vi si at Selvbilde-indeksen har størst utslag. Den har en stigningskoeffisient på hele 0,735, som vil si at det er en forholdsvis bratt regresjonslinje. Effekten er større enn kjønnseffekten siden variabelen har en skala fra 1 til 4. I modell 2 er stigningskoeffisienten for kjønn på 0,631.

Resten av de signifikante variablene/indeksene kan ikke måle seg med disse to, men har stigningskoeffisienter som ligger mellom -0,126 og 0,199. Av de med positive B-verdier er Status-indeksen høyest. Det vil si at de som er i miljøer der utseende, moteriktige og antall likes gir økt status har noe større sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser alt annet likt. Her er skalaen 1-5, og stigningen er det på 0,199 per økt verdiskår. Fornøyd-indeksen kommer deretter og har en stigningskoeffisient på 0,169, som vil si at for hver økt verdi er stigningen på 0,169. Denne har en skala på 1-5. De som er misfornøyd med omgivelsene, nettverket og helse/utseende har dermed en

litt forhøyet sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser alt annet likt. Indeksen for mobbing viser en stigningskoeffisient på 0,109, som vil si en økning med 0,109 for hver økte verdiskår. Den har en skala på 1-6. Det vil si at de som utsettes for mobbing har noe økt sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser alt annet likt. Nederst blant de positive ligger IndexKonfliktnivåfamilien. Denne har en stigningskoeffisient på 0,105, som vil si at for hver enhets økning på indeksen så øker skåren på spisevegringsmålet med 0,105. Skalaen her er fra 1-4. De som har familier med høyt konfliktnivå, har dermed noe høyere sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser alt annet likt.

To av variablene/indeksene har negative B-verdier, som viser til uventede effekter i forhold til hypotesene. Den som hadde høyest negativ stigningskoeffisient, var Fritid9 *Brukt størstedelen av kvelden ute med venner*. Denne har skala 1-4 (4=Ingen ganger/aldri ute med venner). Den hadde en verdi på -0,126, som vil si at for hver verdiskår så var det en reduksjon på -0,126. Det var overraskende at det å aldri være ute med venner hadde en beskyttende effekt, altså det å være ute sammen med venner økte sannsynligheten litt for å utvikle spiseforstyrrelser alt annet likt.

Den som ga minst utslag av de negative var Familiestøtte-indeksen som viste en stigningskoeffisient på -0,098. Denne hadde skala 1-3 (3=søker ikke støtte hos familien). For vært verdiskår er det en reduksjon på -0,098. Dette var overraskende da det viser at det å ikke søke støtte hos familien har en beskyttende effekt, som viser til at det å søke støtte hos familien når man hadde et personlig problem økte sannsynligheten noe for å utvikle spiseforstyrrelser alt annet likt.

8.3.2 Samvariasjon mellom EAT5&EAT8-indeksen og uavhengige variabler

Det ble kjørt en ekstra samvariasjons-analyse med spiseforstyrrelse_2-indeksen som kun inneholdt EAT5 og EAT8 (de sterkeste indikatorene på spiseforstyrrelser) og de uavhengige variablene/indeksene (tabell 15). Denne analysen sier kun noe om styrken på samvariasjonen og ikke noe om retningene.

Når man kun ser på samvariasjonen mellom EAT5 & EAT8 og de uavhengige variablene/indeksene ser man at de tre viktigste her er: Selvbilde, Fornøydhet og Skoletrivsel. Selvbilde var den med høyest verdi i regresjonsanalysen, og skårer høyest i begge analysene. IndexSkoletrivsel var ikke signifikant i regresjonsanalysen. Vi har dermed ikke gyldige resultater som kan si noe om retningen. Kjønn lader ikke like sterk i denne analysen som i regresjonsanalysen, og har mindre betydning i

forhold til disse to EAT-variablene. Noe som stemmer overens med funnene i den bivarierte analysene.

Tabell 15 ETA-verdier på uavhengige indekser/variabler * EAT 5 & EAT8

	Eta	Eta Squared	Sig.
IndexSelvbylde*spiseforstyrrelse_2	0,276	0,076	0,000
IndexFornøyd*spiseforstyrrelse_2	0,214	0,046	0,000
IndexSkoletrivsel*spiseforstyrrelse_2	0,205	0,042	0,000
IndexMobbing*spiseforstyrrelse_2	0,160	0,025	0,000
IndexKonfliktnivåfamilien*spiseforstyrrelse_2	0,157	0,025	0,000
Er du gutt eller jente?*spiseforstyrrelse_2	0,148	0,022	0,000
Ingen å snakke med*spiseforstyrrelse_2	0,113	0,013	0,000
Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene?*spiseforstyrrelse_2	0,106	0,011	0,000
IndexForeldreinvovering*spiseforstyrrelse_2	0,105	0,011	0,000
IndeksFamiliestøtte*spiseforstyrrelse_2	0,097	0,009	0,000
IndexStatus*spiseforstyrrelse_2	0,072	0,005	0,000
Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til?*spiseforstyrrelse_2	0,069	0,005	0,000
IndexForeldresutdannelse*spiseforstyrrelse_2	0,045	0,002	0,000
Hvor mange bøker har dere i hjemmet?*spiseforstyrrelse_2	0,034	0,001	0,001
Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater?*spiseforstyrrelse_2	0,024	0,001	0,016
spiseforstyrrelse_2= EAT5 & EAT8			

Status var den tredje viktigste i regresjonsanalysen, men faller i betydning i forhold til EAT5/EAT8-indeksen. IndexFornøyd skåret moderat i regresjonsanalysen, men har større betydning i denne analysen.

Økonomisk kapital var en av indeksene med negativ verdi ($B=-0,205$) i modell 1 i regresjonsanalysen. ETA-verdien på 0,106 viser moderat samvariasjon med EAT5/EAT8-indeksen også, som høyst sannsynlig går i samme retning. Dette støtter funnene i regresjonsanalysen, og hypotese2 (figur 1) er avkreftet. Det samme gjelder IndeksFamiliestøtte med noe lavere verdier, som viser at sammenhengen er svakere i dette tilfellet.

Når det gjelder variablene på kulturell kapital så visste ETA-verdien svært svak samvariasjon, og disse var ikke signifikante i regresjonsanalysen. Dette gjør det umulig å tolke hvordan kulturell kapital påvirker sannsynligheten for spiseforstyrrelser.

9 Drøfting

9.1 Trenger vi enda et bidrag om spiseforstyrrelser?

Spørsmålet er berettiget når man ser på alle treffene man får ved et enkelt google-søk. Ikke sjelden dukker temaet opp i aviser og fjernsyn. Gjerne med fete overskrifter om langrennsjenter som ikke får stille til start eller kjendiser som utleverer sine personlige psykiske helseplager. Mitt umiddelbare svar er ja! Til tross for alt fokus og forskning rundt temaet, ser vi en tydelig økning av psykiske lidelser hos unge. Av disse utsettes flere av ulike former for spiseforstyrrelser. Det kan være vanskelig for oss utenforstående å sette seg inn i hva dette innebærer for de som rammes.

Å få en slik lidelse får store konsekvenser for den enkelte, som risikerer død eller varige fysiske mén. I tillegg kan de få problemer med å fullføre skolegang, og dermed bli stående utenfor arbeidslivet med de økonomiske konsekvensene det måtte innebære. Flere vil oppleve sosial isolasjon på grunn av vansker med å håndtere nære relasjoner, som gir ensomhetsfølelse som igjen kan føre til økte helseplager. Disse lidelsene vil prege pårørende og de som står den rammede nær. Det er ikke vanskelig å forstå den fortvilelse mange foreldre opplever når sitt kjære barn utvikler alvorlige spiseforstyrrelser. Flere foreldre erfarer at det er lite de kan gjøre for å stoppe utviklingen. Det kan oppstå konflikter innad i familien om hvordan de skal håndtere situasjonen. Det er ikke alltid lett å hjelpe vedkommende, og det kan være vanskelig å få profesjonell hjelp. Med en økning av psykiske helseplager blir det større etterspørsel etter helsehjelp, dermed opplever mange at ventetiden blir lang og oppfølgingen blir dårlig. Det kan ta flere år før man ser en bedring hos disse pasientene. Årsaken til dette er pasientenes ambivalente forhold til det å bli frisk. Spiseforstyrrelsen er jo det som gir dem en følelse av kontroll. Det å gi slipp på denne kontrollen kan være skremmende (Skårderud, 2000, s. 12,21). Samtidig vil underernæringen på sikt føre til at de kognitive evnene svekkes. De vil dermed klamre seg til de rigide handlingsmønstrene, som forhindrer bedring. Det er heller ikke lett for venner og bekjente å vite hvordan de skal forholde seg til de som rammes. Usikkerhet og uvitenhet kan føre til at flere trekker seg bort uten å tenke over at det kan forverre situasjonen. Det å ha søkelys på slike lidelser er derfor viktig, og det er hele tiden ny kunnskap å finne. Om man kan forebygge at flere rammes ville det gi store samfunnsøkonomiske gevinster på sikt og hindre sykdom og lidelse på individnivå.

9.2 Hvor utbredt er spiseforstyrrelser?

Spørsmålet er ikke enkelt å besvare. Blant annet avhenger det av hvilke målemetoder man bruker. Om man bruker spørreskjema, som i Ungdata, får man gjerne høyere skår. Likevel må det understrekes at dette ikke er diagnostiske verktøy. Likevel stemmer kanskje disse tallene bedre, da de i større grad kan fange opp de tilfellene som utgjør mørketallene. Terskelen for å oppsøke lege kan være høy. Å svare på anonyme undersøkelser kan være mindre skremmende. De færreste oppsøker lege, og anslagsvis kommer kun 30% med anoreksi til behandling (Skårderud, 2000, s. 70).

En regner med at cirka 2% av kvinnene mellom 15 til 45 år har anoreksi eller bulimi i de vestlige landene. I Norge regner man med at det er omkring 0,3% kvinner (gruppen 15-44 år) som har anoreksi, når det kommer til bulimi er andelen cirka 2%. Dette kan høres lite ut. Skal vi bruke ressurser på så marginale grupper? Ser man på tallene så utgjør det 2700 med anoreksi og 18.000 med bulimi. Totalt regner man med at 50.000 kvinner i denne aldersgruppen har en eller annen form for spiseforstyrrelser (Torgersen & Henås, 2016). Det gir et litt annet inntrykk. Bak tallene ligger det menneskeskjebner. Sykdommen kan i verste fall få fatale følger. Har det alltid vært sånn? Eller er dette et nytt fenomen?

Helt siden oldtiden har man vært opptatt av kropp og utseende, og gjort aktive handlinger for å forme kroppen etter datidens idealer. En vet at de hadde kunnskap om ulike metoder for å kvitte seg med «matoverskuddet». Råd om brekkmidler og å stikke fjær i halsen for å fremkalle brekninger etter etegilder var godt kjent (Rosenvinge et al. 1991, s. 16-17). Dette ligner svært på de handlingsmønstrene vi finner hos personer med bulimi, som ofte har store spiseorgier etterfulgt av skamfølelse og oppkast.

I middelalderen svingte pendelen mellom hva som ble ansett som syndig og hellig. Fråtseri ble ansett som syndig i kristendommen, og faste ble et av mange religiøse ritualer. I tidlig middelalder ble ekstrem spisevegring ansett som djevelens verk, men dette endret seg utover middelalderen. På 1200-tallet dukket fenomenet «hellig anoreksi» opp (Rosenvinge et al. 1991, s. 17). I vesten er vi sterkt preget av den kristne kulturarven. Hvor mye kan tilskrives denne kulturarven? Blant annet kan vi trekke frem det sterke skille mellom kropp og sjel/ånd. Denne dualismen gjennomsyrrer vår vestlige kultur den dag i dag. Sjelen, ånden og psyken var noe viktig og opphøyet. Kroppen derimot var kun materie og ble lite verdsatt. Kroppen var noe man skulle legge under sin kontroll. Dette er

vel noe vi kan kjenne igjen den dag i dag? Kroppen er noe vi kan endre på mange måter, som ved slanking, trening, kirurgiske inngrep og så videre. En får inntrykk av at det «naturlige» er lite attraktivt.

I opplysningstiden endret kroppsidealene seg fra moderat overvekt til slankhet. Skjønnhet og slankhet ble to sider av samme sak. Slik er det vel den dag i dag? I opplysningstiden gikk de som spisevegret fra å bli ansett som helgener til å bli syke pasienter og gjenstand for medisinen. Fra denne tiden gjorde man flere interessante funn, som gjenkjennes med det vi i dag kaller spiseforstyrrelser. På slutten av 1800-tallet så man dessuten en sterk økning i forekomsten av anoreksi i takt med samfunnsendringene (Rosenvinge et al., 1991, s. 24). Spiseforstyrrelser var mindre utbredt i Norge. Man kan anta at dette skyldes den geografiske plasseringen i utkanten av Europa. Det tok tid før moteidealene nådde hit. Dessuten var Norge et fattig land. Spiseforstyrrelser forble nokså ukjent helt frem til 1950-tallet (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2371). I dag gir den geografiske plasseringen ikke lengre noen beskyttelse.

Kan vi si at spiseforstyrrelser har eksistert helt siden oldtiden? Mye av fortidens spiseatferd ville i dag gått under det vi i dag kaller spiseforstyrrelser. Vi kan likevel ikke sette likhetstegn. Det kan være feilkilder i de historiske beretningene og tolkningen av disse. Man kan likevel med stor sikkerhet si at et problematisk forhold til mat og kropp ikke er et nytt fenomen. Man må videre ta hensyn til at individene den gang levde under en helt annen kontekst enn vi i dag. Hva som har blitt ansett som sunt og sykelig har endret seg gjennom historien. Vi kan ikke uten videre sette likhetstegn med dagens diagnoser og datidens avvikende spiseatferd. Interessante er skildringene uansett da de setter spiseforstyrrelser i et større perspektiv. Spesielt spennende er det at spiseatferd har vært knyttet til klasses tilhørighet og status helt siden oldtiden. Er det samme tilfelle i dag?

Meningsinnholdet og motivasjonen har vært i endring opp gjennom tidene. På 1960-tallet fikk Hilde Bruch et gjennombrudd i sin forskning, og fant at drivkraften hos pasientene var et sterkt ønske om slankhet og overdreven frykt for fedme til tross for at de var undervektige (Rosenvinge et. al., 1991, s. 27). Dette er velkjente symptomer på spiseforstyrrelser i dag.

På 1970-tallet blir de mer normalvektige kroppsidealene byttet ut mot Twiggy-modellen. Motepresset øker i takt med massemedienes utvikling. Klinisk ser man på denne tiden et klart skille mellom de som har anoreksi og de som overspiser med påfølgende oppkast (Fretheim, 2009, s.5). Begrepet bulimi blir anerkjent i det medisinske fagmiljøet, som skyldes bedre kliniske observasjoner. En må huske at det kliniske bildet endret seg med tid og sted. I Norge ble ikke spiseforstyrrelser satt på dagsorden før på 1980-tallet. Vi har med andre ord alltid ligget i etterkant. I dag har vi tatt igjen forspranget innenfor dette fagfeltet. Det har blitt forsket mye på spiseforstyrrelser de siste tiårene, spesielt innenfor idrettsmiljøer. Kanskje ikke så rart med tanke på hvor stort engasjement idrett vekker i landet vårt. «Det er typisk norsk å være god».

I vår tid er Twiggy-modellen byttet ut mot en mer atletisk kroppsform som skal strutte av helse og fitness (White, 1992, s. 354). En har sett en økning av psykiske helseplager blant ungdom. Samtidig som spiseforstyrrelser stadig tar nye former. Hvordan slår dette ut for dagens ungdommer? Ungdata-materialet gir ingen perspektiv på utvikling over tid, men gir en beskrivelse på hvordan situasjonen var i 2014/2015.

Ut fra dataene i Ungdata kan vi se at dagens ungdom fortsatt er opptatt av slankhet (30%) og gjør aktive handlinger for å forme kroppen sin. Slanking er en av flere utløsende risikofaktorer (Skårderud, 2000, s. 74-78). I overkant 20% prøver å holde diett og rundt 27% trimmer for å gå ned i vekt. Selv om mange er opptatt av å være slank er det nødvendigvis slik at de gjør aktive handlinger for å bli det. Likevel kan enkelte av de som velger å slanke seg være i faresonen for å utvikle spiseforstyrrelser (Pettersen, 2013, s. 47). Når vi ser på de mest ekstreme handlingene som å kaste opp maten er andelen kun 3,4%. Å kaste opp er av den type handlinger vi finner igjen i det Skårderud kaller «Renseren» (Skårderud, 2000, s. 12). Det er ventet at andelen på de mest ekstreme variablene er lave. De fleste av oss har tross alt ikke spiseforstyrrelser. Det har de senere årene blitt et større fokus på overspisingslidelser, og her ser man en større andel. I overkant av 20%, sliter med å stoppe å spise når de først har begynt. Dette er handlinger som vi ser igjen i det Skårderud beskriver som «Overspiseren» (Skårderud, 2000, s. 12). Selv om Ungdata ikke er et diagnostisk verktøy kan man likevel hevde at flere av ungdommene i denne undersøkelsen enten har eller er i ferd med å utvikle spiseforstyrrelser. Hvor går egentlig grensen for å kunne si at noen har en spiseforstyrrelse? Ifølge Torgersen og Hånes har cirka 10% av Norges befolkning lettere problemer knyttet til kropp og mat. Dette kan være forstadier til spiseforstyrrelser. I denne

undersøkelsen ser man at andelen nærmere 20% på de høyeste skårene (*ofte/alltid*) på for spiseforstyrrelser med unntak av EAT5 (den alvorligste indikatoren). Likevel er det vanskelig å avgjøre om noen har utviklet en spiseforstyrrelse. Man får ikke en spiseforstyrrelse over natten, men det er tilstander som utvikler seg gradvis (Røer, 2009, s. 15). Grensene er diffuse mellom det normale og sykelige (Pettersen, 2013, s. 47). Det er vanskelig å oppdage at unge sliter med mat og kropp. Ofte vil de jo fremstå som vellykkede, og de vil ikke uten videre gi slipp på det som for dem oppleves som kontroll og mestring.

Teorien til Antonovsky ser ut til å passe spesielt godt for disse tilstandene. Ifølge han beveger vi oss konstant mellom helse og uhelse, på et kontinuum. Det er ikke slik at vi er enten syk eller frisk (Antonovsky, 2012, s. 16). Skårderud er ikke direkte uenig i dette, også han hevder at de med spiseforstyrrelser befinner seg på et kontinuum av ulike alvorlighetsgrader (Skårderud, 2000, s. 12-13). Likevel har man behov for en viss orden innenfor medisinfaget. Et sted må man sette grensen, da det vil avgjøre om pasienten har behov for behandling som i noen tilfeller kan innebære tvang innenfor psykiatrien. Likevel understreker Skårderud at diagnosene ikke er absolutte størrelser, men påvirkes av tid og kulturelle forhold (Skårderud, 2000, s. 12). Man kan gjerne si at Antonovsky har en mer teoretisk, filosofisk tilnærming, mens Skårderud har en mer medisinskfaglig, praktisk tilnærming.

Men hva får noen til å kaste opp maten? Hva er det som gjør at noen ender opp med at hverdagen kun handler om utseende, mat og frykt for å legge på seg? Ifølge Bourdieu er det langt fra tilfeldig at vi handler som vi gjør. I oss ligger disposisjoner for bestemte handlingsmønstre. Måten vi handler på er resultat av en livslang sosialiseringssprosess (Bourdieu, 2002, s. 207). Modernitetsteoretikerne er sterkt uenig med Bourdieu. Klasse, kjønn, etnisitet har ikke lengre noen påvirkning på våre handlingsvalg. Vi er "as free as could possibly be imagine", hevder Bauman (Bauman, 2000, s. 22).

9.3 H1: Jenter er mer utsatt for spiseforstyrrelser enn gutter

Kjønn er en av flere kjente biologiske risikofaktorer (Klepp & Aarø, s. 140-143). Hele 90% av de som rammes er kvinner ifølge Skårderud (Skårderud, 2000, s. 69). Likevel minner han oss om at det ikke er en kvinnelidelse. Hva skyldes denne ekstraordinære kjønnsforskjellen innen psykiatrien? Med en så stor andel var det god grunn til å se nærmere på dette forholdet.

Mens klasseteorien støtter opp om kjønnsforskjeller, så sier modernitetsteoretikerne at kjønn nå er en irrelevant størrelse. Vi har gjennom historien sett hvordan skjønnhetsidealene har endret seg, og da spesielt i forhold til kvinnekroppen. Kvinnene har gjennom tidene hatt et ekstra press på seg for å gjøre seg attraktive. Det var kvinner som higet etter «åndelig perfektjonisme» og ble dyrket som helgener og forbilder. Når man i opplysningstiden gikk over til medisinske forklaringsmodeller ser man fortsatt en overvekt av kvinner. På slutten av 1800-tallet ble både anoreksi og bulimi forbundet med hysteri, og noe som rammet kvinner spesielt (Rosenvinge, et al., 1991, s. 28). I romantikken ble ånd idealisert over kropp. Man hadde da en forestilling om at de som var bleke og svake hadde en spesielt romantisk og spennende sjel (Kjelsås & Göttestam, 2004, s. 2370). Slankhet var særlig et ideal for borgerskapets kvinner. Vi ser at den historiske konteksten er avgjørende for skjønnhetsidealer og hva som anses som friskt. Hvordan påvirker vår tids kontekst kjønnsforskjellene?

I dag ser man fortsatt en overrepresentasjon av jenter som utvikler psykiske helseplager. Jenter rapporterte i større grad om mer negativ følelsesmessig belastning enn guttene i Repål, Strand og Karlsen sin undersøkelse. Jentene ser ut til å være mer sårbare for psykisk stress enn guttene (Repål et al., 2017, s. 109, 111). Dette får støtte fra Antonovsky som hevder at det har betydning om man er jente eller gutt for utvikling av OAS-nivået, og at jentene ofte trekker det korteste strået. OAS-nivået har direkte påvirkning på stresshåndteringen og dermed avgjørende for om man beveger seg mot helse- eller uhelseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 82, 105-107, 157).

Den multivariate analysen gir klare indikasjoner på at kjønn fortsatt spiller en sentral rolle i utviklingen av spiseforstyrrelser, og at jenter har en større risiko. En bivariate analysen ga flere interessant og utdypende funn. Man så raskt at det ikke er noen 90/10-fordeling mellom jenter og gutter. Det er snarere en 70/30- eller 60/40-fordeling. Størst er forskjellene i forhold til *Jeg er opptatt av å bli tynnere* hvor 70,8% av de som svarer *ofte/alltid* er jenter. Tynnhetsidealet som formidles gjennom media er i de fleste tilfeller rettet mot kvinner. Kan dette være noe av forklaringen? Forskjellen er minst når det kommer til *Når jeg først har begynt å spise kan det være vanskelig å stopp*, hvor det er 40,1% av de som svarer *ofte/alltid* er gutter. Når det kommer til den sterkeste indikatoren *Jeg kaster opp etter at jeg har spist*, er hele 39,8% av de som svarer *ofte/alltid* gutter. Forskjellene ikke er så store som forventet på de sterkeste indikatorene for

spiseforstyrrelser. Guttene har tatt igjen jentene til en viss grad. Spesielt i forhold overspising og det å kaste opp maten etter måltidene. Funnet støttes av ETA-verdien i forhold til EAT5&8, som var forholdsvis lav på kjønnsvariabelen. Kjønnsforskjellene ser ut til å utjevne seg noe, og spesielt i forhold til de sterkeste spiseforstyrrelses-indikatorne. Kan hende har modernitetsteoretikerne noe rett i at kjønn er i ferd med å bli en irrelevant størrelse, men at den er uten betydning er fortsatt for tidlig å påstå. Økt kroppspresst blant gutter kan være noe av forklaringen på kjønnsutjevningen. Noe som kanskje er å forvente når man ser fokuset i enkelte reality-show, hvor filming ofte viser frem en veltrent og solbrun kropp.

9.4 Spiseforstyrrelser og de ulike kapitalformene

Spiseforstyrrelser er et klart tegn på en overbelastet kropp, som slår tilbake mot alle kravene. Overbelastningen skyldes et komplisert og mangfoldig bilde av en rekke biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Alt henger i hop, men på ulike måter hos det enkelte individ (Skårderud, 2000, s. 57). Samtidig ønsker jeg i denne oppgaven å se på økonomiske, kulturelle og sosiale faktorer som kan tenkes å spille inn. Mange relevante variabler måtte forkastes da de ikke oppfylte de metodiske kravene. Utvalget som er noe redusert ga likevel noen interessante perspektiver.

9.4.1 H2: Høy økonomisk kapital øker sannsynligheten for å utvikle sp.forstyrrelser

I oldtiden ble det å fråtse i mat, for så å kaste opp, knyttet til velstand. I opplysningstiden ble slankhet et ideal for borgerskapets kvinner, og det å være slank markerte klasses tilhørighet (Rosenvinge et al., 1991, s. 20). Vil det være et mønster mellom høy økonomisk kapital og spiseforstyrrelser blant dagens ungdom?

Sletten fant at de fra hjem med dårlig råd var mer utsatt for psykiske helseplager. Likevel tyder tidligere studier på at det motsatte er tilfelle når det gjelder anoreksi. Man mener at øvre middelklasse og øvre samfunns lag er overrepresentert i forhold til anoreksi. Studier viser blant annet forskjeller i utbredelsen i ulike bydeler i London (White, 2009, 353).

Flere teoretikere støtter opp om at det er forskjeller. Antonovsky sier at det er ikke likegyldig om man er fattig eller rik. De fra velstående hjem har bedre muligheter til å utvikle en sterk OAS. OAS-

nivået er avgjørende for om man beveger seg mot helse eller uhelse (Antonovsky, 2012, s. 82, 105-107, 157). Ifølge denne tankegangen vil de med svak OAS-nivå (oftest fattige), dermed være mer utsatt for spiseforstyrrelser. Ifølge Skårderud er det ikke lengre noen forskjeller i utbredelsen av spiseforstyrrelser ut fra sosioøkonomiske forhold. Tidligere var det derimot heller slik at det var de «rike pikers lidelse» (Skårderud, 2000, s. 228).

Bourdieu fremhever økonomisk kapital som den viktigste av alle kapitalformer. Det å ha høy økonomisk kapital gjør en i stand til å frigjøre tid og ressurser til å tilegne seg andre kapitalformer. Det koster penger å kjøpe moteriktige klær, gjøre kirurgiske inngrep og trene på helsestudio for å oppnå en veltrent og slank kropp. I tillegg er det tidkrevende, og økonomisk kapital gjør deg i stand til å frigjøre nødvendig tid til dette selvforbedringsarbeidet. Mens de folkelige kvinnene er tvunget til å følge «nødvendighetens smak» (Bourdieu, 2006, s. 185). Ut fra dette perspektivet vil jenter fra rike familier oppleve et større slankepress, og dermed være mer utsatt for spiseforstyrrelser. Modernitetsteoretikerne er uenig i dette, og hevder at klasse er irrelevant størrelse.

De fleste ungdommene i denne undersøkelsen kommer fra hjem med høy økonomisk kapital. De lever et liv uten økonomiske bekymringer, og oppgir at de har en subjektiv opplevelse av å ha god råd (73%). Det er ikke uventet i et velstandsland som Norge. Det er en marginal gruppe som opplever å ha dårlig råd (6%). I modell 1 av regresjonsanalysen kunne vi se at det å ha høy økonomisk kapital reduserte sannsynligheten noe ($B=-0,209$) for å utvikle spiseforstyrrelser. ETA-verdien støtter opp om at det er en sammenheng mellom økonomisk kapital og spiseforstyrrelser. Det betyr ikke at det å ha lav økonomisk kapital fører til spiseforstyrrelser, men det er noe ved livsbetingelsene som øker sannsynligheten. Hva dette skyldes er det ikke datagrunnlag for å si noe om, men harmonerer med funnene i Slettens undersøkelse.

9.4.2 H3: Høy kulturell kapital øker sannsynligheten for å utvikle sp.forstyrrelser

Hvordan måle kulturell kapital? Kroppsliggjort kulturell kapital kan ikke uten videre måles. Det er et resultat av kultiveringsarbeid av individet – «Bildung». Hjemmet spiller en vesentlig rolle i dette arbeidet, men utdanningsinstitusjonene får stadig mer innflytelse. Utdanningsinstitusjonene har i større utstrekning overtatt mye av familiens tidligere funksjoner. Utdanning er den viktigste institusjonaliserte formen for kulturell kapital. Av den grunn var foreldrenes utdanningsnivå av

interesse for denne undersøkelsen. Det å ha foreldre med høyere utdanning gjør tilegnelsen i utdanningsinstitusjonene lettere ifølge Bourdieu (Bourdieu, 2006, s. 8-16, 25-26). Samtidig kan det være at disse ungdommene opplever et større prestasjonspress. I undersøkelsen var det en overvekt av ungdommer med minst en foreldre med høyere utdanning (mor 69%, far 60%). En annen viktig variabel var *Bøker i hjemmet*. Bøker er en av flere objektiverte former for kulturell kapital. Den høyeste verdien (*over 1000 bøker i hjemmet*) har en skår på 5,9%. Ifølge Frøyland skal denne variabelen være egnet til å identifisere kulturell kapital. Dessverre var ingen av disse signifikante i regresjonsanalysen. ETA-verdien viste en minimal samvariasjon. Grunnlaget for å vurdere hvordan kulturell kapital påvirker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser var ikke til stede, og antas å ha minimal effekt i denne undersøkelsen.

9.4.3 H4: Lav sosial kapital øker sannsynligheten for å utvikle sp.forstyrrelser

Gruppetilhørighet er en av mange kjente atferdsmessige risikofaktorer for spiseforstyrrelser. Det å tilhøre en gruppe er viktig for de aller fleste. Hvordan vil det å mangle nettverk slå ut i forhold til spiseforstyrrelser? Det sosiale påvirker det psykiske og omvendt. Det å tilhøre enkelte nettverk kan ha negative helseeffekter. Hva er sunne sosiale relasjoner? Hvordan påvirker sosial kapital helsen?

Sosial kapital er ifølge Bourdieu de alle ressursene man har ved å tilhøre et varig nettverk kjennetegnet ved gjensidige bekjentskaper og anerkjennelse. Det kan dreie seg om familie, vennegjeng, medelever, lagkamerater og lærere, flere av disse kontaktpunktene undersøkes i denne undersøkelsen. Det å tilhøre en gruppe gir enkeltmedlemmene trygghet og fungerer som et sikkerhetsnett. På den annen side krever gruppen at enkeltmedlemmene tilpasser seg. Det kan være både skrevne og uskrevne grupperegler. Dette gir gruppene en viss homogenitet, som er nødvendig for at de skal bestå. (Bourdieu, 2006, s. 16-17). Det kan være krav som går på utseende, klær, kroppsform. Bli presset for stort kan det få negative konsekvenser for helsen. Sosial støtte og positive sosiale nettverk har en beskyttende effekt mot psykiske helseplager (Repål et al., 2017, 111).

Ifølge Antonovsky har det sosiale miljøet rundt barn og ungdom mye å si for OAS-dannelsen, som er viktig for om man beveger seg i retning helse eller uhelse. Tilhører man en gruppe med sterk OAS, kan det styrke medlemmenes OAS-utvikling. Gruppemedlemmer med et sterkt OAS-nivå vil igjen

styrke gruppens OAS-nivå. Det blir en positiv spiraleffekt (Antonovsky, 2012, s. 181-185). Det motsatte skjer i grupper med svak OAS-nivå, der kan man få en negativ spiral-effekt. Vi har sett eksempler på lukkede nettsamfunn, hvor man må bevise at man er en «ekte anorektiker» for å få innpass. Der oppmuntrer de hverandre til å spise mindre, kaste opp maten og lure foreldre og støtteapparatet (Gustafsson, 2013, s. 16-18, Clausen, 2019).

Det er bred enighet om at sosial kapital har mye å si for helsen. Alle tilhører flere ulike grupper, både hjemme, på skolen og i lokalmiljøet. Kvaliteten på disse nettverkene er avgjørende for ungdommenes helse.

Ungdommene tilbringer mye tid på skolen. Hvordan de har det sosialt på skolen vil derfor ha stor betydning. Undersøkelsen viser at de aller fleste trives på skolen, kun 6,6% mistrives. Kun 11-12% føler at læreren ikke bryr seg om dem og at de ikke passer inn blant medelevene. Et litt større antall (18%) gruer seg *litt/ofte* til å gå på skolen. Dette kan skyldes andre forhold enn det sosiale, som for eksempel prøver og kjedsomhet. Alt i alt har det store flertall en positiv opplevelse av de sosiale relasjonene på skolen. I regresjonsanalysen var skoleindeksen ikke signifikant. På ETA-verdien (0,205) var den blant topp tre, men sier ikke noe om retningen. Skolehverdagen påvirker sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser, men vi kan ikke med sikkerhet si hvordan.

Hjemmet spiller en vesentlig rolle i sosialiseringprosessen, men samtidig har skolen overtatt stadig flere funksjoner. Er foreldre i dag spilt ut på sidelinja? Denne undersøkelsen viser at så ikke er tilfelle. De fleste ungdommer (cirka 90%) opplevde at foreldrene involverte seg i livene deres, kun 10% opplever liten grad av foreldreinvolvering. Foreldrene hadde god oversikt over hvor de var, hvem de var sammen med og kjente vennene deres. Et interessant funn her var at foreldreinvolveringen på nettet var langt lavere, en langt jevnere fordeling. Deler man gruppene inn i *passer svært/ganske godt* og *passer svært/ganske dårlig* er det en 52/48-fordeling. Ungdommenes liv på nettet er mere skjult for foreldrene, som kan skyldes flere forhold. Det er langt vanskeligere å observere hva ungdommene driver med på nettet, da profiler er passordbeskyttet og vanskelig tilgjengelig for foreldrene. Ungdommene har dermed større kontroll på hva de ønsker å dele med foreldrene. Videre kan mange foreldre har lite kunnskap om sosiale medier. I regresjonsanalysen var denne indeksen ikke signifikant. ETA-verdien (0,105) tilsier at det er en svak samvariasjon, men

hvordan foreldreinvolvering slår ut for sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser er vanskelig å fastslå.

Konflikter og dysfunksjonelle familiemønstre er en av flere kjente risikofaktorer (Klepp & Aarø, s. 140-143). Familiemønstrene har endret seg gjennom tidene med skiftende samfunnsstrukturer. På slutten av 1800-tallet så man en økning i utbredelsen av anoreksi, som kan ha hatt sammenheng med datidens store samfunnsomveltninger med industrialisering, urbanisering og endrede familiestrukturer. Familierelasjonene ble tettere (Rosenvinge, et al. 1991, s. 24). Allerede på slutten av 1800-tallet anså legen Lasegue spisevegring som et symbolsk uttrykk for en familiekonflikt (Fretheim, 2009, s. 5). Ofte hører man at alt var bedre før. Det som er sikkert er at konteksten man vokser opp under, påvirker både oppvekstsvilkårene og familiestrukturene. Likevel må man være forsiktig med å generalisere. Ingen familier er like.

Ifølge modernitetsteoretikerne gjennomgår vi på ny, store samfunnsomveltninger i overgangen til risikosamfunnet. Hva vil dette gjøre med familierelasjonene? Tallene visste fortsatt tette bånd i kjernefamilien. Problematisk relasjon kan øke sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser. Det viktig å ikke legge skyldspørsmålet på familien, da skyldfordeling ikke er konstruktiv i behandlingsøyemed. Familien spiller en sentral rolle i behandlingen. Det er totalbelastningen som spiller inn. For eksempel de problematiske relasjonene i samspill med andre individuelle, biologiske og kulturelle faktorer (White, 1992, s. 351). Krangling i hjemmet alene fører ikke til spiseforstyrrelser. Hvordan konflikter oppstår og vedlikeholdes er komplisert. Samtidig må en huske at spiseforstyrrelsen i seg selv kan være konfliktskapende. Det er ikke lett å være pårørende til noen som «lukker» munnen og nekter å spise.

De aller fleste ungdommene opplever et lavt konfliktnivå i hjemmet. På påstanden om at de ofte krangler med foreldrene svarer i underkant 20% at det *passer svært/ganske godt*. Ungdom flest er ikke i opprør mot foreldregenerasjonen, slik tidligere generasjoner antas å ha vært. Enda mindre krangling ser det ut til å være mellom de voksne i familien. Her er det kun 14% av ungdommene, som opplever at påstanden om at det er ofte krangling mellom de voksne *passer svært/ganske godt*. Det kan være at foreldrene klarer å holde konfliktene skjult. Ungdom flest opplever altså hjemmeforholdene som harmoniske. Likevel er det viktig å huske at for de 15-20% som har andre opplevelser, så kan dette utgjøre en belastende livssituasjon. Kan denne belastningen øke

sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser? Regresjonsanalysen viste at høyt konfliktnivå i familien gir en liten økning ($B=0,105$) i sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser. ETA-verdien ($0,157$) støtter dette funnet. Dette er ikke overraskende, da problematiske familierelasjoner er en kjent risikofaktor.

Studier viser at manglende sosial støtte kombinert med stressende livshendelser spiller en vesentlig rolle i utviklingen av psykisk og fysisk overbelastning (Sarason et al., 1982, s. 12). Sosiale støtte er en viktige beskyttelsesfaktorer mot utviklingen av psykiske helseplager blant ungdommer (Repål et al., 2017, s. 111). Antonovsky støtter opp om at sosial støtte har stor betydning for helsen og har en direkte sykdomsforebyggende effekt (Antonovsky, 2012, s. 139-140). Det er altså bred enighet om at sosial støtte forebygger psykiske helseplager. Sosial støtte innebærer at man har noen å snakke med om man har et personlig problem. I denne undersøkelsen var det flere relevante variabler.

Variabelen som gikk på å ha ingen å søke støtte hos viste at kun 11,5% var i den situasjonen. Variabelen som gikk på vennerelasjon, viste at brorparten (90%) føler de har minst en venn de kan stole hundre prosent på. Disse to variablene kan man godt se i sammenheng, og frekvensene harmonerer godt. Disse variablene var ikke signifikant i regresjonsanalysen. Ut fra ETA-verdiene ser man at det er svake samvariasjoner mellom EAT5/EAT8-indeksen og disse variablene. Disse variablene er dermed uegnet til å undersøke hvordan sosial støtte påvirker sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser.

Hele 82% svarer at de *kanskje/helt sikkert* ville søkt støtte hos foreldrene sine. Andelen er mindre for andre familiemedlemmer. Foreldrene ser ut til å være de viktigste i familien når det gjelder sosiale støtte. Andelen som ikke føler at de kan søke støtte hos foreldrene sine er rundt 18%. Problemets art vil nok i mange tilfeller være avgjørende for hvem man søker støtte hos. Noe overraskende ser det ut til at familiestøtte har en negativ effekt ($B=-0,098$) i regresjonsanalysen, som tilsier at det å søke støtte hos familien fører til liten økning i sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser. Utfallet er minimalt og kan skyldes tilfeldigheter. Kanskje kan dette knyttes til tette relasjoner med overbeskyttende foreldre, som utgjør en kjent risikofaktor. Dette blir kun spekulasjoner. Man må sette spørsmål ved om variabelen egentlig operasjonaliserer det man ønsket å måle. ETA-verdien ($0,097$) er forholdsvis lav og viser en svært svak samvariasjon.

Relativt få ungdommer bruker kveldene sine ute sammen med venner og kamerater. Over 60% av ungdommene er *aldri* eller kun *1 gang per uke* sammen med jevnaldrende. Dette er overraskende i en løsrivelsesfase. Hvorfor er ikke ungdom mer sammen på fritida? Det kan skyldes flere forhold. Det kan være at det meste av fritiden går med til organiserte aktiviteter, som idrett, musikk og lignende. Skolearbeidet er tidkrevende. Man kan anta at mye av den sosiale kontakten går via sosiale medier. Det at man ikke møtes fysisk er ikke nødvendigvis ensbetydende med at ungdommene er lite sosiale. Likevel er dette en annen form for kommunikasjon, som innebærer at man ikke får med seg kroppsspråk, toneleie og stemninger. Kan den digitale verden erstatte den funksjonen nærhet har i fysiske møter?

I regresjonsanalysen gir variabelen den motsatte effekten enn antatt. Det ser ut til at det å være lite sammen med venner på kvelden har en svak beskyttende effekt ($B=-0,126$). Et sentralt spørsmål her blir hvilke sosiale grupper er det denne variabelen representerer. Er det de som ikke er på organiserte aktiviteter? De som henger på kjøpesentrene? Kan det være slik at de som er mye ute på kveldene opplever å få mer slengbemerkinger i forhold til utseende. Kan organiserte aktiviteter forhindre slik atferd og mobbing? Hvordan dette henger sammen har man ikke datagrunnlag for å si noe om. Dette viser at det er stor usikkerhet i forhold til hva denne variabelen egentlig måler.

Mobbing nevnes som en av flere utløsende risikofaktorer, og da spesielt om det er knyttet til utseende (Skårderud, 2000, s. 74). Mobbing kan gå på så mangt, og det er ulike alvorlighetsgrader. Det kan ofte være uenighet om hva som er mobbing. Noe som skyldes at det dreier seg om subjektive opplevelser. Det kan være små kommentarer man ikke tenkte over, men som plutselig ble dråpen som fikk begeret til å renne over. Mobbing er et tabubelagt tema. Få ønsker vel å stå frem som offer, noe som kan oppleves nedverdiggende. Det er vondt for den som opplever mobbing, men den som mobber kan også ha problemer. Kanskje er det en måte å få ut frustrasjonen sin på, som ikke har noe med den de mobber å gjøre. Hvor utbredt er mobbing blant dagens ungdom? De aller fleste ungdommene opplever ikke mobbing i hverdagen. Gruppen som opplever mobbing er på omkring 11%, og av disse er det 5,2% som opplever ukentlig mobbing. Overraskende var det at tallene for mobbing via nettet var vesentlig lavere. De som mobber, gjør dette antagelig uavhengig om det er i det fysiske rom eller via nettet. En kan dermed ikke uten videre si at sosiale medier har ført til en økt mobbing.

I regresjonsanalysen fant vi at mobbing generelt gir en liten økt ($B=0,109$) sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser. Resultatet støttes av ETA-verdien ($0,160$), som viser en sammenheng mellom EAT5&EAT8-indeksen og mobbing.

Skjønnhetsidealer har endret seg gjennom tidene og fra sted til sted. Statusmarkører er med andre ord kontekststøttet. Fra historiske kilder vet vi at slankhet har vært et ideal for kvinner helt tilbake til oldtiden. Grekere og romere anså fedme som stygt (Rosenvinge, et al. 1991, s. 17). På 1200-tallet dukket «hellig anoreksi» opp. Tilstanden gikk ut på å innta minimalt med mat ut fra et ønske om «åndelig perfektjonisme». Disse kvinnene fikk høy status og tjente som forbilder for andre kvinner. En kan ikke unngå å se likhetstrekk med nåtidens higen etter det «perfekte ytre». I dag er forbildene å finne i media blant superstjerner, bloggere og reality-deltagere.

Ifølge Bourdieu er det den dominerende klassen som tar hevd på den legitime kulturen. Det er de som besitter definisjonsmakten over hva som er å trakte etter. Det kan blant annet dreie seg om utseende, klær, kroppsfasong. Smak er en god markør for klassesetilhørighet (Bourdieu, 2002, s. 20). Er det fortsatt slik? Ifølge modernitetsteoretikernes tankegang skal vi jo nå være helt frie til å skape vår egen identitet. Hva som gir status, skal vel ikke lengre være så viktig?

Jentene i Repål, Strand og Karlsens undersøkelse trakk frem tre former for press: karakterpress, kroppspress og gjengpress. Disse var gjensidig forsterkende. Få status-variabler oppfylte de metodiske kriteriene i denne undersøkelsen, men utseende, moteklær og likes på sosiale medier ble undersøkt. De pressfaktorene jentene refererte til vil ha stor påvirkning på deres selvbilde, psykososiale miljø og tilhørighetsfølelse (Repål et al., 2017, s. 109, 114-115). En må anstrenge seg for å passe inn i gruppen, men samtidig kan anstrengelsene gi anerkjennelse og status.

Sett over et så hadde utseende, moteklær og likes *ingen betydning* for rundt halvparten av ungdommene. Hva med resten av ungdommene? Den som ble høyest rangert av status-markørene var utseende. På å *ha et bra utseende* svarte omtrent 23% at det *øker statusen mye* og 31% at det *øker statusen litt*. Å ha moteriktige klær var *svært/litt viktig* for cirka 30%. Tallene var enda noe lavere for antall likes.

Å ha bra utseende var viktig for over halvparten av ungdommene. Det er dessuten den statusmarkøren som krever størst egeninnsats og ressurser. Trening, sminking, hårpleie, kirurgiske inngrep krever både økonomiske ressurser og tid. Med andre ord kreves det en viss økonomisk kapital og blir dermed en god markør for klassetilhørighet. Å gå på diett er nesten blitt normaltilstanden i det vestlige samfunnet. Å tilhøre nettverk med stort fokus på utseende og vekt er en kjent risikofaktor (Klepp og Aarø, s. 140-143).

I regresjonsanalysen var det belegg for at dette fortsatt stemmer. Status-indeksen viste ($B=0,199$) at det å tilhøre grupper hvor utseende, moteklær og likes gir økt status, øker sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser. Dette er ikke så overraskende, men det viser at vi kanskje ikke er så frie som modernitetsteoretikerne skal ha det til. Vi må fortsatt anstrenge oss for å oppnå gruppetilhørighet. Samtidig trekker modernitetsteoretikerne frem at vi lever i et risikosamfunn, hvor risikoen for å mislykkes er stor. Det som ligger i deres teori er kanskje heller at vi er frie til å velge vår identitet og gruppetilhørighet, men når vi først tilhører et miljø er det fortsatt slik at vi må tilpasse oss. Jo mer en anstrenger seg jo høyere status får man i gruppen, og for enkelte kan det bikke over i en perfeksjonisme som fører til uhelse. Perfeksjonisme er en av flere kjente psykologiske risikofaktorer (Klepp & Aarø, s.140-143). ETA-verdien (0,072) viser at viser statusmarkørene ikke er like betydningsfulle for EAT5&EAT8-indeksen, som stemmer med antagelsene om at for de sterkeste spiseforstyrrelsesindikatorne så spiller de miljømessige faktorene en mindre rolle.

9.5 H5: Misnøye med tilværelsen øker sannsynligheten for sp.forstyrrelser

Et tilfreds individ med tro på egne ressurser og evner til å håndtere dagliglivets utfordringer og krav vil ifølge Skårderud neppe utvikle spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000, s. 21). Ressurser finnes i mange ulike former, men kan blant annet være av økonomiske, kulturelle og sosiale art. Variablene som går på selvbilde og fornøydhet må ses i klar sammenheng med de uavhengige variablene som går på ulike former for kapital og i stor grad være et resultat av disse.

Ifølge Skårderud er det to psykologiske fenomener som kan lede til spiseforstyrrelser. For det første lav selvfølelse og for det andre opplevelse av manglende kontroll. Disse to fenomenene henger

klart sammen. Å ha problemer med selvbilde er ikke noe nytt fenomen. Vi har sett at kvinnene i middelalderen higet etter «åndelig skjønnhet». Disse kvinnene var perfeksjonistiske og hyperaktive, og de ble aldri fornøyd med sin egen innsats. Dette minner om det man ser hos de med spiseforstyrrelser, som forsøker å kompensere den lave selvfølelsen ved å overkompensere på områder som skole, utseende og idrett. På den måten kan de oppnå mestringsfølelse, og oppfattes som vellykkede av omgivelsene (Pettersen, 2013, s. 47).

Mangel på kontroll kan være et resultat av manglende mestringsfølelse i forhold til hverdagens krav og utfordringer. OAS-nivået er avgjørende for om vi er i stand til å mestre livets utfordringer ifølge Antonovsky. En sterk OAS gjør oss i stand til å håndtere hverdagens stressfaktorer på en tilfredsstillende måte og dermed bevare helsen (Antonovsky, 2012, s. 172). Høye krav er en sentral del av den vestlige kulturen (Pettersen, 2013, s. 51). Hvordan opplever ungdommen disse kravene? En følelse av manglende kontroll var det jentene i Repål, Strand og Karlsens undersøkelse trakk frem som belastende i hverdagen (Repål et al., 2017, s. 118). For noen kan maten og kroppen bli en arena for mestring og opplevelse av kontroll (Skårderud, 2002, s. 12, 21). Kroppen blir en ting som kan bearbeides og omformes (Skårderud, 2000, s. 25). Er dette en arv etter den kristne dualisme?

Ungdommer flest er fornøyd med den de er. Hele 70-80% svarer positivt på påstandene om selvbildet. Mens 20-30% har et mer negativt selvbilde, av disse 5-10% er svært negativt selvbilde. Ungdomstiden er en fase der identiteten formes, og man er på leit etter hvem man er og ønsker å være. For å forstå ungdommen er det vesentlig at vi forstår konteksten de vokser opp i påpeker modernitetsteoretikerne. De vokser opp i «et hvileløst samfunn for hvileløse individer» (Krange, 2004, s. 29). Selvbildet blir lett bli påvirket av omgivelsene, og små kommentarer kan lett føre til et negativt selvbilde. Media gir ungdommen et urealistisk ideal å strekke seg mot.

Det er bred enighet om at negativt selvbilde utgjøre en klar helserisiko. Det er den indeksen som gir størst utslag ($B=0,735$) i modell 2 av regresjonsanalysen. Regresjonsanalysen viser at negativt selvbilde øker sannsynligheten vesentlig for å utvikle spiseforstyrrelser. Selvbildet topper samvariasjonen ($ETA=0,276$) i forhold til de alvorligste indikatorene for spiseforstyrrelser. Sammen gir funnene god støtte til hypotesen om de med lavt selvbilde har økt sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser.

Brorparten av ungdommene er fornøyd med menneskene og omgivelsene rundt seg. Overraskende nok er det først og fremst *foreldrene* de er aller mest fornøyde med, 71,2% er *svært fornøyd*. Dette harmonerer godt med funnene med Foreldre-variablene, som viste høy grad av foreldreinvolvering og lavt konfliktnivå mellom ungdom og foreldre. En stor andel følte at de kunne komme til foreldrene om de hadde et problem. Ungdommene ser ut til å være fornøyd med *vennene sine*, 87,9 % er *svært/litt fornøyd*. Dette stemmer overens med funnene i forhold til vennerelasjoner. De fleste føler de passer inn blant medelevene. Videre har de aller fleste minst en venn de kan stole full og helt på.

Når det kommer til skolen de går og lokalmiljøet der de bor er de stort sett fornøyd. Kanskje blir dette litt perifere størrelser for ungdommene? Når det kommer til egen helse er de fleste (68,9%) fornøyd. Når det kommer til utseende, er bildet et annet. Kun 23,9% er *svært fornøyd* mens 32,4% strekker seg så langt som å si at de er *litt fornøyde*. Til sammen utgjør dette 51,3%. Dette er vesentlig lavere enn de andre Fornøyd-variablene. Det er kanskje lettere å være fornøyd med andre og omgivelsene enn eget utseende. Ungdommene er med andre ord mer selvkritiske. Dette kan ses i sammenheng med at presset på tilpasning i hovedsak pålegges individet. Vi sosialiseres til være selvkritiske, som er sentralt i Giddens *reflexivity*-begrep (Krange, 2004, s. 27). I tillegg utsettes vi for massiv påvirkning fra media (Bauman, 2000, s. 84). Vi bombarderes kontinuerlig med medieinnslag som går på kropp og utseende. Hva gjør dette med oss? Vi må hele tiden vurdere oss selv opp mot skjønnhetsidealene. Et bra utseende var den sterkeste statusmarkøren blant ungdommene i denne undersøkelsen. I regresjonsanalysen ser en at det å være misfornøyd generelt øker ($B=0,169$) sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser. ETA-verdien ($ETA=0,214$) støtter dette funnet, og viser sterk samvariasjon mellom Fornøyd-indeksen og de sterkeste spiseforstyrrelsesindikatorene.

Mange ulike risikofaktorer spiller inn, og man forstår at det uten tvil er den totale belastningen som er avgjørende. Det var flere metodiske utfordringer som ga usikkerhet i forhold til noen av resultatene i analysene. Målte variablene/indeksene det jeg forventet at de skulle måle? I noen tilfeller knyttet det usikkerhet til det. Å konstruere indekser gir større utslag, men samtidig mister man noen av detaljene. Mange resultater var som forventet, men resultatene i forhold til kjønn og økonomisk kapital var spesielt interessante.

10 Konklusjon

Det er fortsatt viktig å sette spiseforstyrrelser på dagsorden. En ser en økning i psykiske helseplager hos unge. Bak tallene skjuler det seg enkeltskjebner som har en forringet livskvalitet på grunn av en forstyrret holdning til mat og kropp. Å forhindre slike lidelser kan gi gevinster både med tanke på individ og samfunn.

Opp gjennom historien har synet på skjønnhet og sykdom endret seg. Konteksten er helt avgjørende på hvilke holdninger individene har på mat, kropp og utseende. Vi har sett at skille mellom det friske og syke har flyttet seg gjennom tidene.

Det er ikke lett å svare på hvor utbredt spiseforstyrrelser er. Alt avhenger av hvilke målemetoder man bruker. I forhold til spiseforstyrrelser er grenselinjene diffuse. Man beveger seg på et kontinuum mellom helse og uhelse. Det er en sykdom som utvikles gradvis. I denne undersøkelsen er andelen unge som har et problematisk forhold til mat og kropp nærmere 20%. Altså høyere enn 10% som man anslår har eller er i faresonene for å utvikle spiseforstyrrelser.

Å være kvinne viste seg fortsatt å være en risikofaktor, men langt fra i den utstrekning som antatt. Guttene har tatt igjen mye av jentenes forsprang, spesielt i forhold til de sterkeste indikatorene på spiseforstyrrelser. Her var det gått fra å være en 90/10-fordeling til nærmere en 60/40-fordeling. I forhold til de andre variablene var det en 70/30-fordeling. Kjønn er fortsatt en relevant størrelse, men kanskje nærmer vi oss risikosamfunnet der kjønn blir en irrelevant størrelse.

De aller fleste ungdommene opplever å komme fra hjem med høy økonomisk kapital. Kun 6,3% opplever at de har dårlig råd. Hypotesen om at de fra velstående hjem har økt sannsynlighet for utvikling av slike lidelser ble avkreftet. Tendensen er heller at lav økonomisk kapital øker sannsynligheten noe for å utvikle spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser skiller seg dermed ikke fra andre psykiske lidelser, jfr. Slettens undersøkelse om psykiske lidelser generelt.

Kulturell kapital er uten tvil vanskelig å operasjonalisere. Foreldres utdanning og bøker i hjemmet ble de utvalgte variablene. Det er overvekt (60-69%) av ungdommer som kommer fra hjem hvor foreldrene har høyere utdanning. Bøker er en bedre markør på kulturell kapital. Dessverre var ingen av disse markørene signifikante i regresjonsanalysen. ETA-verdien visste dessuten at det var svært

svake sammenhenger mellom de alvorligste indikatorene for spiseforstyrrelser og kulturell kapital. Denne undersøkelsen ga ingen svar på hvordan sammenhengen mellom kulturell kapital og spiseforstyrrelser er. Hypotesen kan verken bekreftes eller avkreftes.

Det er bred enighet om at gode sosiale relasjoner har en beskyttende effekt i forhold til psykiske helseplager. Jevnt over har ungdommene høy sosial kapital. De trives sosial på skolen. Skolehverdagen har betydning, men denne undersøkelsen ga ingen svar på hvordan skolehverdagen samvarierer med spiseforstyrrelser. Foreldrene er i stor grad involvert i ungdommenes sosiale liv. Vi kunne se at foreldreinvolvering hadde en svak betydning, men ikke på hvilken måte foreldreinvolvering samvarierte med spiseforstyrrelser. De aller fleste ungdommene hadde noen de kunne søke støtte hos hvis de hadde et personlig problem, men datamaterialet og metodene viste seg uegnet for å fastslå hvordan dette virker inn på sannsynligheten for utvikling av spiseforstyrrelser. En annen variabel som heller ikke fungerte særlig godt var *Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner*. Det er for stor usikkerhet knyttet til hva denne variabelen egentlig måler når det gjelder å være sosial med jevnaldrende.

Vi sitter da igjen med tre ulike sider ved den sosiale kapitalen som vi kan si noe om i forhold til spiseforstyrrelser:

- De aller fleste vokser opp i harmoniske hjem. En kunne finne en liten økning i sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser blant dem som kom fra mer konfliktfylte hjem.
- De som mobbes utgjør en marginal gruppe. De som opplever ukentlig mobbing utgjør kun 5,2%. I denne undersøkelsen finner vi at det å bli mobbet gir en liten økt sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser.
- For omkring halvparten av ungdommene har utseende, moteklær og likes ingen betydning. Utseende er den viktigste av disse tre, og for cirka halvparten av ungdommene gir den økt status. Det å være i miljøer hvor utseende, moteklær og likes gir økt status øker sannsynligheten litt for å utvikle spiseforstyrrelser. Denne faktoren var litt mindre viktig med tanke på de alvorligste indikatorene for spiseforstyrrelser.

Med andre ord var det ingen overraskende funn i forhold til sosial kapital. Lavt selvbildet er den aller viktigste faktoren med tanke på økt risiko for utvikling av spiseforstyrrelser. Et ventet funn i

helt i tråd med teorien De aller fleste ungdommene har et godt selvbilde. De som sliter med selvbildet, befinner seg i gruppen som har forholdsvis stor risiko for å utvikle ulike former for spiseforstyrrelser. Det å være misfornøyd med foreldre, venner, omgivelsene og eget utseende gir en svak økning i sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser, også i forhold til de sterkeste indikatorene på spiseforstyrrelser. Ingen overraskende funn det heller.

Avslutningsvis er det viktig å minne om de metodiske utfordringene som er knyttet til denne oppgaven. Kun 30 kommuner utførte denne undersøkelsen. Ingen storbyer hadde inkludert variabler som gikk på spiseforstyrrelser. Dermed kan man ikke si at disse funnene er representative for hele landets ungdommer.

Referanser/litteraturliste

Aasen, A. M., Lekhal, R., Drugli, M. B. & Nordahl, T. (2015). Kjønnforskjeller i skolefaglige prestasjoner - forklaringer i elevenes holdninger til og væremåte i skolen, samt relasjonelle forhold. *Paideia*, 15 (09), 76-89.

Aaserud, M. (2018, 7. des). NIH-professor slår full alarm om spiseforstyrrelser i langrenn. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/sport/slar-full-alarm-om-spiseforstyrrelser-i-langrenn-1.14328382>

Abdulaziz, Aflakseir. (2010). The Role of Social Support and Coping Strategies on Mental Health of a Group of Iranian Disabled War Veterans. *Iranian Journal of Psychiatry*, (5),3, 102-107. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430500/>

Aftenposten (2015, 28. sept). Generasjon perfekt: Vi som tilsynelatende fikser 'alt'. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/QPkx/generasjon-perfekt-vi-som-tilsynelatende-fikser-alt?>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk

Aurmo, M. (2006). Vi tenker ikke over det, og da kan vi for lite. En kvalitativ studie av tidlig intervensjon ved en spiseforstyrrelse med fokus på lærerens rolle (Masteroppgave). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/52029>

Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press

Borgen, J., Torstveit, M. og Skårdrud, F. (2004). Spiseforstyrrelser i idretten. *Tidsskrift for den Norsk Lægeforening*, 124 (16), 2126-2129.

Bourdieu, P. (2002). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: De norske Bokklubbene

Bourdieu, P. & Darbel, A. (1991). *The Love of Art*. Cambridge: Polity Press

Bourdieu, P. (2006). Kapitalens former. *Agora*, 24. (1/2), 5-26.

Christophersen, K. A. (2012). *IBM SPSS/AMOS Databehandling og statistisk analyse* (5. utg.). Oslo: Akademika forlag

Clausen, S. E. (2009). *Multivariate analysemetoder for samfunnsvitere: med eksempler i SPSS*. Oslo: Universitetsforlaget

Clausen, V. (2019, 2. jan). - Jeg ba folk mobbe meg til jeg sluttet å spise. Det gjorde de gladelig. *TV2 Nyheter*. Hentet fra: <https://www.tv2.no/a/10279243/>

Clausen T. H. (Red.) & Eikemo T. A. (2012) *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget

Fretheim, A. (2009). Spisevegring - fra religiøse til psykologiske forklaringsmodeller. *Medisinsk Informasjon*, 09(3), 4-5.

Frøyland, L. R. (2015). *UNGDATA - Lokale ungdomsundersøkelser*. NOVA. Hentet fra: <file:///C:/Users/Anne%20S%C3%B8rensen/Downloads/Dokumentasjonsrapport%20Ungdata.pdf>

Frøyland, L. R. (2017). *UNGDATA - Lokale ungdomsundersøkelser*. NOVA. Hentet fra: [file:///C:/Users/Anne%20S%C3%B8rensen/Downloads/Ungdata%20Dokumentasjonsrapport%202010-2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Anne%20S%C3%B8rensen/Downloads/Ungdata%20Dokumentasjonsrapport%202010-2019%20(1).pdf)

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (2012) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (1. utg), Bergen: Fagbokforlaget. s. 46-54

Garthe, I. (2011). *Acute and long-term weight loss and weight gain in elite athletes; influences on body composition and performance* (Doktoravhandling). Norges Idrettshøgskole, Oslo. Hentet fra: <https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/171332/Garthe%202011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gustafsson, M. H. (2013). THIN IS IN: En undersøkelse av Pro-Ana-bevegelsen (Mastergradsoppgave). Universitet i Oslo, Oslo. Hentet fra: https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/35779/Gustafsson_Master.ny.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (2. utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johannessen, A. (2003). *Introduksjon til SPSS* (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag
- Kjelsås, E. & Göttestam, K. (2004). Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 124 (2), 2369-2371.
- Klepp, K. & Aarø, L. (2017). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kränge, O. (2004). *Grenser for individualisering - ungdom mellom ny og gammel modernitet*, Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo Nova
- Kristoffersen, N. J. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk. s 49, 52-54
- Krømke, K. (2014, 13. okt). – Plutselig gikk det opp for meg at jeg kastet opp maten. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/vestfold/en-okning-i-spiseforstyrrelser-1.1197670>
- Martinsen, M. (2015). Preventing eating disorders among young male and female elite athletes. (Doktoravhandling). Norges idrettshøgskole, Oslo. Hentet fra: [file:///C:/Users/Anne%20%C3%B8rensen/Downloads/Martinsen2015%201%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Anne%20%C3%B8rensen/Downloads/Martinsen2015%201%20(1).pdf)

Olsen, M. (2014). *Unge jenter som blogger om spiseforstyrrelser*. (Mastergradsoppgave), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Hentet fra:
<https://core.ac.uk/download/pdf/30820648.pdf>

Pettersen, G. (2013). Spiseforstyrrelser. *Ottar*, 13 (4), 46-52.

Prieur, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu – En Introduktion*, København: Forfatterne og Hans Reizels Forlag

Repål, A. Ø., Strand, S. A., & Karlsen, T. I. (2017). Karakterpress, kroppspress og gjengpress. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17 (2), 109-120.

Rosenvinge, J., Bassøe, H. & Støylen, I. (1991). *Spiseforstyrrelser*. Otta: Tano

Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Rådet for psykisk helse. (2015, 7.des) Spiseforstyrrelser. Hentet fra:
<https://psykiskhelse.no/spiseforstyrrelser>

Sandvig, H. (Programleder)/NRK. (2015). *Helene sjekker inn: Avdeling for spiseforstyrrelser*. [TV-program], Hentet fra: <https://tv.nrk.no/serie/helene-sjekker-inn/MDHP12007516/sesong-1/episode-5>

Sarason, I, Potter, E., Antoni, M., Sarason, B. (1982). *Life Events, Social Support and Illness* (Technical Report). Office of Naval Research, USA. Hentet fra:
<https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a118226.pdf>

Skarbø, T. & Rohde, M./Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser. (2017). *Årsrapport for 2016 med plan for forbedringstiltak*. Hentet fra:
https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/50_arsrapport_2016_norispis.pdf

Skårderud, F. (2000). *STERK SVAK*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Skårderud, F. (1998/2000). *Sultekunstnerne*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Skårderud, F. (2007). *Psychiatry in the flesh : embodiment of troubled lives : studies of anorexia nervosa and eating disorders*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra: [file:///C:/Users/Anne%20S%C3%B8rensen/Downloads/DUO_563_Skaarderud_17x24%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Anne%20S%C3%B8rensen/Downloads/DUO_563_Skaarderud_17x24%20(2).pdf)

Sletten, M. A. (2015). Psykiske plager blant ungdom - sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene. *Barn i Norge*, s. 8-23. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/10642/2997>

Statens Helsetilsyn. (2002). *Alvorlige spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjeesten (Utredningsserie 7-2000)*. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cb7c3b282d324f97a07fa8cceb3d454/alvorlige-spiseforstyrrelser-retningslinjer-for-behandling-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

Surén, P. (2018, 17. sept.). Har ungdom dårlige psykisk helse enn før? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2018/09/leder/har-ungdommer-darligere-psykisk-helse-enn>

Torgersen, L. & Hånes, H./Folkehelseinstituttet. (2016, 25. jan.). Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>

Vrabel, K. (2011). Hva er spiseforstyrrelse? *Badeliv 2011(4)*, s. 10-11 Hentet fra: <https://www.modum-bad.no/wp-content/uploads/2015/02/Badeliv-4-2011.pdf>

Vrabel, K. (2010). *A five-year prospective follow-up of longstanding eating disorders : influence from personality disorders and child sexual abuse (Doktorgradavhandling)*. Universitet i Tromsø, Tromsø. Hentet fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/2699>

Westeng, K. (2018, 6. juni). Helsesøster med klar oppfordring til foreldre: - Fokuser på barnets egenskaper og personlighet, ikke utseendet. *Nettavisen*. Hentet fra: <https://www.nettavisen.no/livsstil/helsesoster-med-klar-oppfordring-til-foreldre---fokuser-pa-barnets-egenskaper-og-personlighet-ikke-utseendet/3423497452.html>

White, J. H. (1992). Women and eating disorders, part I: Significance and sociocultural risk factors. *Health Care for Women International*, 13 (4), 351-362.

Østerberg, D. (1984). *Sosiologiens nøkkelbegreper og deres opprinnelse* (3. utg.). Oslo: Cappelen

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 Oversikt over alle variablene som er med i analysen.....	54
Tabell 2 EAT-variablenes korrelasjoner (Pearsons r)	60
Tabell 3 Oversikt over alle indekser med verdier	68
Tabell 4 EAT-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)	72
Tabell 5 Skole-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%).....	74
Tabell 6 PersProb-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%).....	74
Tabell 7 Status-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)	75
Tabell 8 Foreldre-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%)	75
Tabell 9 Selvbilde-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%).....	77
Tabell 10 Fornøyd-variablenes prosentfordeling (linjesum=100%).....	77
Tabell 11 Prosentfordelingen av jenter på verdiene aldri/sjelden og ofte/alltid (linjesum=100%)....	79
Tabell 12 Prosentfordelingen av gutter på verdiene aldri/sjelden og ofte/alltid (linjesum=100%)....	80
Tabell 13 Prosentfordelingen av gutter og jenter på verdien ofte/alltid (linjesum=100%).....	80
Tabell 14 Resultatene av den lineære regresjonsanalysen	83
Tabell 15 ETA-verdier på uavhengige indekser/variabler * EAT 5 & EAT8	86
Figur 1 Oversikt over tema, problemstilling og overordnede hypoteser, se også vedlegg 17.....	48
Figur 2 Illustrasjon av analysemodell med variabelbetegnelser	70

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over antall enheter fordelt på kommuner, U-skole og VG-skole

Kommune	År	Sentralitet	Klassetrinn	Populasjon	Besvarelser	Svar%	US		VG			
							Populasjon	Besvarelser	Svar%	Populasjon	Besvarelser	Svar%
Ås	2014	Sentral	8-10 kl., VG1-VG3	1104	775	70,2	641	475	74,1	463	300	64,8
	2015	Sentral	8-10 kl., VG1-VG3	1133	850	75	576	505	87,7	557	345	61,9
Aurskog-Høland	2014	Sentral	8-10 kl.	131	122	93,1	131	122	93,1	0	0	0
	2014	Sentral	8-10 kl.	1371	1297	94,6	1371	1297	94,6	0	0	0
Tønsberg	2014	Noe sentral	8-10 kl., VG1-VG3	538	444	84	196	175	89,3	342	269	78,7
	2015	Minst sentral	8-10 kl.	96	92	95,8	96	92	95,8	0	0	0
Kviteseid	2015	Minst sentral	8-10 kl.	49	46	93,9	49	46	93,9	0	0	0
	2015	Minst sentral	8-10 kl.	226	203	89,8	226	203	89,8	0	0	0
Fyresdal	2014	Sentral	8-10 kl.	104	89	85,6	53	44	83	51	45	88,2
	2015	Noe sentral	8-10 kl., VG1-VG3	689	620	90	371	353	70	318	267	84
Bygland	2014	Sentral	8-10 kl., VG1-VG3	104	89	85,6	53	44	83	51	45	88,2
	2015	Noe sentral	8-10 kl., VG1-VG3	689	620	90	371	353	70	318	267	84
Vindafjord	2015	Minst sentral	8-10 kl., VG1-VG3	238	226	95	176	164	94	62	62	100
	2015	Mindre sentral	8-10 kl., VG1-VG3	1605	1230	76,6	797	640	80	808	590	73
Stord	2015	Mindre sentral	8-10 kl.	128	119	93	128	119	93	0	0	0
	2015	Minst sentral	8-10 kl., VG1-VG3	944	767	81,3	552	499	86	392	268	68
Kvinherad	2015	Noe sentral	8-10 kl.	94	90	95,7	94	90	95,7	0	0	0
	2015	Noe sentral	8-10 kl.	341	293	86	341	293	86	0	0	0
Sula	2014	Noe sentral	8-10 kl.	192	189	98,4	192	189	98,4	0	0	0
	2014	Minst sentral	8-10 kl.	84	77	91,7	84	77	91,7	0	0	0
Rindal	2015	Minst sentral	8-10 kl.	70	60	86	70	60	86	0	0	0
	2015	Minst sentral	8-10 kl.	205	163	79,5	205	163	79,5	0	0	0
Smøla	2015	Sentral	8-10 kl., VG1-VG3	530	455	85,8	238	214	89,9	292	241	82,5
	2014	Sentral	8-10 kl., VG1-VG3	1388	940	67,7	697	598	85,8	691	342	49,5
Midtre Gauldal	2014	Sentral	8-10 kl., VG1-VG3	273	227	83,2	158	155	98,1	115	72	62,6
	2014	Minst sentral	8-10 kl.	29	25	86,2	29	25	86,2	0	0	0
Selbu	2015	Mindre sentral	VG1-VG3	811	566	69,8	0	0	0	811	566	69,8
	2015	Minst sentral	8-10 kl.	142	116	81,7	142	116	81,7	0	0	0
Overhalla	2014	Mindre sentral	8-10 kl., VG1-VG3	512	452	88,3	288	257	89,2	224	195	87,1
	2015	Mindre sentral	8-10 kl.	93	86	92,5	93	86	92,5	0	0	0
Sømna	2015	Mindre sentral	8-10 kl., VG1-VG3	712	603	84,7	297	264	88,9	415	339	81,7
	2014	Minst sentral	8-10 kl.	57	44	77,2	57	44	77,2	0	0	0
Namsos	2014	Minst sentral	8-10 kl.	57	44	77,2	57	44	77,2	0	0	0
	2015	Minst sentral	8-10 kl.	57	44	77,2	57	44	77,2	0	0	0
Herøy	2014	Minst sentral	8-10 kl.	57	44	77,2	57	44	77,2	0	0	0
	2015	Minst sentral	8-10 kl.	57	44	77,2	57	44	77,2	0	0	0
				13889	11266	80,4	8348	7365	88,2	5541	3901	70,2

Vedlegg 2: Missing-rapport

MISSING-RAPPORT

	N	Missing	
		Antall	Prosent
E AT1	10212	1131	10,0
E AT2	10073	1270	11,2
E AT3	10139	1204	10,6
E AT4	10125	1218	10,7
E AT5	10129	1214	10,7
E AT6	10119	1224	10,8
E AT7	10102	1241	10,9
E AT8	10063	1280	11,3
Kjnn	11062	281	2,5
FamRd1	10968	375	3,3
ForUtd1	9498	1845	16,3
ForUtd2	9774	1569	13,8
Bker1	11047	296	2,6
Skole1	11266	77	0,7
Skole2	11200	143	1,3
Skole3	11219	124	1,1
Skole6	11202	141	1,2
Fritid9	10860	483	4,3
PersProb1	10644	699	6,2
PersProb2	10502	841	7,4
PersProb5	10215	1128	9,9
Venner2	10991	352	3,1
Status6	10826	517	4,6
Status8	10809	534	4,7
Status11	10806	537	4,7
Foreldre1	11171	172	1,5
Foreldre2	11150	193	1,7
Foreldre7	11096	247	2,2
Foreldre8	11038	305	2,7
Foreldre9	11013	330	2,9
Mobb2	11065	278	2,5
MobbDig6	10998	345	3,0
Selvbilde1	10430	913	8,0
Selvbilde2	10402	941	8,3
Selvbilde3	10348	995	8,8
Selvbilde4	10378	965	8,5
Selvbilde5	10364	979	8,6
Fornyd1	10547	796	7,0
Fornyd2	10519	824	7,3
Fornyd3	10541	802	7,1
Fornyd4	10501	842	7,4
Fornyd6	10532	811	7,1
Fornyd7	10479	864	7,6

Vedlegg 3: Oversikt over variablene som ikke kom med i analysen

VARIABLER SOM BLE VRACKET	ÅRSÅK
Har familien din bil? (FAS1)	De fire FAS-variablene visste i liten grad ulike sosioøkonomiske sjikt på grunn av den høye levestandarden i Norge. Frekvensanalyser viste klar skjevfordeling der det store flertallet scoret høyt på alle fire.
Har du eget soverom? (FAS2)	
Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året? (FAS3)	
Hvor mange datamaskiner har familien din? (FAS4)	
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? Jeg kjeder meg på skolen. (Skole4)	Lav ladning i faktoranalysen.
Vært sammen med venner hjemme hos meg (Fritid7)	Ikke signifikante i forhold til EAT-variablene. Stor grad av samvariasjon med Fritid9, som man kan anta fanger opp det å 'henge' med venner.
Vært sammen med venner hjemme hos dem (Fritid8)	
Venner (PersProb3)	Ikke signifikante i forhold til EAT-variablene. Lav score i faktoranalysen.
Andre Voksne (PersProb4)	
Å være god på skolen (Status1)	Ikke signifikante i forhold til EAT-variablene.
Å være flink i idrett (Status5)	
Å være til å stole på (Status7)	
Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for foreldrene mine (Foreldre3)	Disse ladet lavt i faktoranalysen. Foreldre 4 var dessuten ikke signifikant med alle EAT-variablene.
Mine foreldre kjenner foreldrene til mine venner (Foreldre4)	
Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida? (Mobbl)	Ikke signifikante i forhold til EAT-variablene.
Hender det at du er med på plaging eller trusler mot andre unge via Internett eller mobil? (Mobbdig5)	
IndexSkolepress av SNUSkole5_1 og SNUSkole7_1.	Bivariat korrelasjon mellom disse to, som viste kun 0,106. Chronbach alfa var på 0,179, som viser lav intern konsistens mellom indikatorene. I tillegg er de heller ikke signifikante med alle EAT-variablene. Jeg fant derfor at det ikke var grunnlag for å opprette en additiv indeks, da reliabiliteten var for svak.

Vedlegg 4: Faktoranalyse EAT-variablene

Faktoranalyse: EAT-variablene

	Component	
	1	2
E AT1 Jeg er opptatt av å bli tynnere	0,836	0,241
E AT2 Jeg prøver å holde diett	0,785	0,247
E AT3 Jeg føler ubehag etter at jeg har spist søtsaker	0,725	0,328
E AT4 Jeg trimmer for å gå ned i vekt	0,836	
E AT5 Jeg kaster opp etter at jeg har spist	0,289	0,512
E AT6 Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe		0,806
E AT7 Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat	0,237	0,837
E AT8 Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt	0,276	0,820
Forklart varians	51,83	14,104
E genverdi	4,146	1,176
Cronbach alfa-test		0,865
KMO		0,867
Bartlett's-test sig.		0,000

Vedlegg 5: Faktoranalyse Skole-variablene

FAKTORANALYSE SKOLEVARIABLER:

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
Skole1 Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? Jeg trives på skolen	0,858	
Skole2 Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? Lærerne mine bryr seg om meg	0,669	
Skole3 Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skol Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	0,771	
Skole5 Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? Det er mange som forventer at jeg skal gjøre det godt på skolen		0,763
SNU Skole6 Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	0,696	-0,240
Skole7 Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? Jeg må ofte bruke helgene til å gjøre skolearbeid		0,701
Forklart varians	38,35 %	18,76 %
Egenverdi	2,301	
Cronbach alfa	0,733	
KMO		0,719
Bartlett's-test sig.		0,000

Vedlegg 6: Faktoranalyse PersProb-variablene

FAKTORANALYSE PersProb-VARIABLENE	
Component Matrix ^a	
	Component 1
PersProb1 Tenk deg at du har et personlig problem. Hvem ville du snakket med? Foreldre	0,755
PersProb2 Tenk deg at du har et personlig problem. Hvem ville du snakket med? Andre familiemedlemmer (søsken, besteforeldre eller lignende)	0,744
PersProb3 Tenk deg at du har et personlig problem. Hvem ville du snakket med? Verner	0,514
PersProb4 Tenk deg at du har et personlig problem. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos? Andre voksne	0,443
SNUPersProb5 Du har et personlig problem. Hvem vil du snakket med? Ingen	0,659
Forklart varians	40,372
Eigenverdi component 1	2,019
<hr/>	
Cronbach alfa PersProb1 og PersProb2	0,641
KMO	0,653
Bartlettstest sig.	0,000

Vedlegg 7: Faktoranalyse Status-variablene

FAKTORANALYSE STATUS-VARIABLENE	
Component Matrix ^a	
	Component 1
Status6 Å ha et bra utseende	0,813
Status8 Å ha moteriktige klær	0,873
Status11 Hva er viktig for å få status i ditt vennemiljø? Å få mange «likes» på sosiale medier	0,853
Forklart varians	71,622
Eigenverdi	2,150
Cronbach alfa	0,799
<hr/>	
KMO	0,700
Bartlettstest sig.	0,000

Vedlegg 8: Faktoranalyse Foreldre-variablene

FAKTORANALYSE : FORELDRE-VARIABLENE :

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
Foreldre1 Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritiden	0,803	
Foreldre2 Foreldrene mine kjenner de fleste av de vennene jeg er sammen med på fritida	0,827	
Foreldre7 Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. Jeg krangler ofte med foreldrene mine		0,835
Foreldre8 Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie		0,858
Foreldre9 Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet	0,710	
Forklart varians	43,018	23,571
Eigenverdi	2,151	1,179
Cronbach alfa	0,733	0,627
<hr/>		
KMO		0,666
Bartlett's test sig.		0,000

Vedlegg 9: Faktoranalyse Mobbe-variablene

FAKTORANALYSE : MOBBE-VARIABLER:

Component Matrix^a

	Component
	1
Mobb1 Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i i fritida?	0,693
Mobb2 Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?	0,688
MobbDig5 Hender det at du er med på plaging eller trusler mot andre unge via Internett eller mobil?	0,738
MobbDig6 Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil?	0,766
Forklart varians	52,134
Eigenverdi	2,085
<hr/>	
Cronbach alfa Mobb2 og MobbDig6	0,654
KMO	0,561
Bartlett's-test sig.	0,000

(Mobb1 og MobbDig5 ble vraket se vedlegg 3)

Vedlegg 10: Faktoranalyse Selvbilde-variablene

FAKTORANALYSE SELVBILDE-VARIABLER:

Component Matrix^a

	Component 1
Selvbilde1 Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er	0,875
SNUSelvbilde2 Jeg er ofte skuffa over meg selv	0,769
SNUSelvbilde3 Jeg liker ikke måten jeg lever livet mitt på	0,578
Selvbilde4 Jeg er stort sett fornøyd med meg selv	0,895
Selvbilde5 Jeg liker meg selv slik jeg er	0,892
Forklart varians	65,753
Eigenverdi	3,288
Cronbach alfa	0,856
<hr/>	
KMO	0,847
Bartlettstest sig.	0,000

Vedlegg 11: Faktoranalyse Fornøyd-variablene

FAKTORANALYSE FORNØYD-VARIABLER:

Component Matrix^a

	Component 1
Fornyd1 Foreldrene dine	0,746
Fornyd2 Vennene dine	0,779
Fornyd3 Skolen du går på	0,756
Fornyd4 Lokalmiljøet der du bor	0,803
Fornyd6 Helsa di	0,748
Fornyd7 Utseendet ditt	0,686
Forklart varians	56,821
Eigenverdi	3,409
Cronbach alfa	0,843
<hr/>	
KMO	0,842
Bartlettstest sig.	0,000

Vedlegg 12: Descriptive Statistics alle variabler

Descriptive Statistics	N	Min.	Max.	Mean	Std.Dev.
SNUEAT1 Jeg er opptatt av å bli tynnere	10212	1,00	4,00	2,0837	1,01855
SNUEAT2 Jeg prøver å holde diett	10073	1,00	4,00	1,7686	0,91802
SNUEAT3 Jeg føler ubehag etter at jeg har spist søtsaker	10139	1,00	4,00	1,9209	0,96316
SNUEAT4 Jeg trimmer for å gå ned i vekt	10125	1,00	4,00	1,9189	0,97684
SNUEAT5 Jeg kaster opp etter at jeg har spist	10129	1,00	4,00	1,1755	0,54151
SNUEAT6 Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe	10119	1,00	4,00	1,7291	0,89300
SNUEAT7 Jeg bruker for mye tid på å tenke på mat	10102	1,00	4,00	1,7455	0,94658
SNUEAT8 Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt	10083	1,00	4,00	1,4815	0,84405
Kjnn Er du gutt eller jente?	11082	1	2	1,49	0,500
SNUFamRd1 Har familien din hatt god eller dårlig råd, økonomi de siste to årene?	10968	1,00	5,00	4,0227	0,94459
SNUForUtd1 Har faren din utdanning på universitet eller høyskole?	9498	1,00	2,00	1,6035	0,48920
SNUForUtd2 Har moren din utdanning på universitet eller høyskole?	9774	1,00	2,00	1,6981	0,45912
Bker1 Hvor mange bøker tror du det er hjemme hos dere? NB: En meter bok er tilsvarende omtrent 50 bøker	11047	1	6	3,69	1,060
Skole1 Jeg trives på skolen	11286	1	4	1,42	0,672
Skole2 Lærerne mine bryr seg om meg	11200	1	4	1,66	0,745
Skole3 Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	11219	1	4	1,60	0,785
SNUSkole6 Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	11202	1,00	4,00	1,6751	0,88691
SNUFritid9 Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater	10880	1,00	4,00	2,9652	0,93538
PersProb1 Tenk deg at du har et personlig problem. Hvem ville du snakket med? Foreldre	10644	1	3	1,74	0,748
PersProb2 Andre familiemedlemmer (søsken, besteforeldre eller lignende)	10502	1	3	2,13	0,751
SNUPersProb5 Du har et personlig problem. Hvem vil du snakket med? Ingen	10215	1,00	3,00	1,5628	0,69061
Venner2 Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	10991	1	4	1,45	0,707
SNUStatus6 Å ha et bra utseende	10826	1,00	5,00	3,7525	0,86748
SNUStatus8 Å ha moteriktige klær	10809	1,00	5,00	3,3621	0,87065
SNUStatus11 Å få mange likes på sosiale medier	10806	1,00	5,00	3,2847	0,86595
Foreldre1 Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritiden	11171	1	4	1,45	0,662
Foreldre2 Foreldrene mine kjenner de fleste av de vennene jeg er sammen med på fritida	11150	1	4	1,53	0,707
Foreldre9 Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på	11013	1	4	2,53	1,032
SNUMobb2 Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?	11085	1,00	6,00	1,6587	1,13168
SNUMobbDig6 Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via internett eller mobil?	10998	1,00	6,00	1,3262	0,79894
Selvbilde1 Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er	10430	1	4	1,90	0,832
SNUSelvbilde2 Jeg er ofte skuffa over meg selv	10402	1,00	4,00	2,0928	0,90132
SNUSelvbilde3 Jeg liker ikke måten jeg lever livet mitt på	10348	1,00	4,00	2,0014	0,98780
Selvbilde4 Jeg er stort sett fornøyd med meg selv	10378	1	4	1,92	0,868
Selvbilde5 Jeg liker meg selv slik jeg er	10364	1	4	1,92	0,889
SNUFonyd1 Foreldrene dine	10547	1,00	5,00	1,5958	1,11512
SNUFonyd2 Vennene dine	10519	1,00	5,00	1,5499	0,99349
SNUFonyd3 Skolen du går på	10541	1,00	5,00	2,1721	1,20033
SNUFonyd4 Lokalmiljøet der du bor	10501	1,00	5,00	2,1390	1,18864
SNUFonyd8 Helsa di	10532	1,00	5,00	2,1570	1,22007
SNUFonyd7 Utseendet ditt	10479	1,00	5,00	2,5440	1,27919
Valid N (listwise)	6375				

Vedlegg 13: Descriptive Statistics alle variabler og indekser brukt i regresjonsanalysen

Descriptive Statistics					
Oversikt over indekser og selvstendige variabler:	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Spiseforstyrrelser:					
spiseforstyrrelse_2 DUMMY SNUEAT 5 og DUMMY SNUEAT 8	10171	0,00	1,00	0,1311	0,33748
spiseforstyrrelse_3 'summerende indeks av 8 EAT variabler, skala 0 – 8'	10252	0,00	8,00	1,6112	1,99047
Kjønn:					
Kjnn Er du gutt eller jente?	11343	1	2	1,49	0,494
Økonomisk kapital:					
SNUfamRd1 Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene?	11343	1,00	5,00	4,0227	0,92885
Kulturell kapital:					
Index Foreldres utdanning satt sammen av: SNUforUtd1, SNUforUtd2	11343	1,00	2,00	1,6508	0,37051
Bker1 Hvor mange bøker har dere i hjemmet?	11343	1	6	3,69	1,046
Sosial kapital:					
Index Skoletrivsel satt sammen av: Skole1, Skole2, Skole3, SNUSkole6	11343	1,00	4,00	1,5880	0,57494
SNUfritid9 Hvor mange ganger har du siste 7 dager brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamrater?	11343	1,00	4,00	2,9652	0,91524
Index Familiestøtte satt sammen av: PersProb1, PersProb2	11343	1,00	3,00	1,9313	0,62071
SNUPersProb5 Ingen	11343	1,00	3,00	1,5628	0,65537
Venner2 Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til?	11343	1	4	1,45	0,696
Index Status satt sammen av: SNUStatus6, SNUStatus8, SNUStatus11	11343	1,00	5,00	3,4664	0,71585
Index Foreldreinvolvering satt sammen av: Foreldre1, Foreldre2, Foreldre9	11343	1,00	4,00	1,8349	0,62185
Index Konfliktnivå i familien satt sammen av: SNUForeldre7, SNUForeldre8	11343	1,00	4,00	1,7356	0,69913
Index Mobbing satt sammen av: Mobb2, MobbDig6	11343	1,00	6,00	1,4924	0,83034
Tilfredshet med tilværelsen:					
Index Selvbilde satt sammen av: Selvbilde1, Selvbilde4, Selvbilde5, SNUSelvbilde2, SNUSelvbilde3	11343	1,00	4,00	1,9667	0,68379
Index Fornøyd satt sammen av: SNUFornøyd1, SNUFornøyd2, SNUFornøyd3, SNUFornøyd4, SNUFornøyd6, SNUFornøyd7	11343	1,00	5,00	2,0263	0,84273
Valid N (listwise)	10031				

Vedlegg 15: ETA-analyse

Measures of Association

	Eta	Eta Squared	Sig.
IndexSelvbilde * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,276	0,076	0,000
IndexFornøyd * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,214	0,046	0,000
IndexSkoletrivsel * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,205	0,042	0,000
IndexMobbing * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,160	0,025	0,000
IndexKonfliktnivå familien * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,157	0,025	0,000
(Kjønn) Er du gutt eller jente? * spiseforstyrrelse_2	0,148	0,022	0,000
(SNUPersProb5) Ingen * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,113	0,013	0,000
(SNUFamRd1) Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene? * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,106	0,011	0,000
IndexForeldreinvovering * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,105	0,011	0,000
IndexFamiljestøtte * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,097	0,009	0,000
IndexStatus * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,072	0,005	0,000
(Venner2) Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til? * spiseforstyrrelse_2	0,069	0,005	0,000
IndexForeldresutdannelse * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,045	0,002	0,000
(Bker1) Hvor mange bøker har dere i hjemmet? * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,034	0,001	0,001
(SNUFritid9) Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater? * spiseforstyrrelse_2 (EAT5&8)	0,024	0,001	0,016

Vedlegg 16: Variance-inflated-score (VIF-analyse)

Avhengig variabel: spiseforstyrrelse_3 *summerende indeks av 8 EAT variabler, skala 0 – 8

	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
(Kjønn) Er du gutt eller jente?	0,840	1,190
(SNUFamRd1) Har familien din hatt god eller dårlig råd de siste to årene?	0,846	1,182
IndexForeldresutdannelse	0,921	1,086
(Bøker1) Hvor mange bøker har dere i hjemmet?	0,934	1,070
IndexSkoletrivsel	0,580	1,723
(SNUFritid9) Hvor mange ganger har du siste 7 dager: Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner, kamerater?	0,958	1,044
IndexFamiljestøtte	0,759	1,317
(SNUPersProb5) Ingen	0,776	1,289
(Venner2) Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til?	0,873	1,146
IndexStatus	0,954	1,049
IndexForeldreinvovering	0,768	1,302
IndexKonfliktnivå familien	0,766	1,306
IndexMobbing	0,764	1,309
IndexSelvbilde	0,557	1,794
IndexFornøyd	0,660	1,515

Vedlegg 17: Oversikt over tema, problemstilling og alle hypoteser

TEMA: Spiseforstyrrelser og sosial ulikhet

PROBLEMSTILLING: Er spiseforstyrrelser blant ungdom i ungdomsskolen og videregående skole mer utbredt i noen sosiale grupper enn i andre?

HYPOTESER:

H1: Jenter er mer utsatt for spiseforstyrrelser enn gutter.

H2: Høy økonomisk kapital øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H3: Høy kulturell kapital øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4: Lav sosial kapital øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4a: Lav sosial trivsel på skolen øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4b: Det å være lite sammen med jevnaldrende øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4c: Mangel på støttende nettverk øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4d: Prestasjonsjag fører til høyt stressnivå som øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4e: Svak grad av foreldreinvolvering øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H4f: Å bli mobbet øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H5: Misnøye med tilværelsen øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H5a: Lavt selvbilde øker sannsynligheten for å utvikle spiseforstyrrelser.

H5b: De som er misfornøyd har større sannsynlighet for å utvikle spiseforstyrrelser.