



# ÁHÆTTUÞÆTTIR FYRIR ÞRÓUN LYSTARSTOLS

KRISTÍN HÓLM REYNISDÓTTIR  
LINDA BJÖRK ÓLAFSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS  
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: DR. PÁLL BIERING

JÚNÍ 2011



**HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD**  
HÁSKÓLI ÍSLANDS

### Þakkarorð

Við viljum koma á framfæri þökkum til allra þeirra sem sýndu okkur stuðning á meðan á skrifum ritgerðarinnar stóð. Sérstaklega viljum við þakka leiðbeinanda okkar Dr. Páli Biering fyrir ómetanlega aðstoð og leiðsögn við vinnu þessa lokaverkefnis. Einnig viljum við þakka kærustum okkar og fjölskyldum fyrir allan þann stuðning, skilning, þolinmæði og aðstoð sem þau hafa veitt okkur við gerð þessa verkefnis sem og í öllu náminu. Að lokum viljum við þakka Ólafi Rafni Jónssyni, löggiltum skjalapýðanda, fyrir þýðingu á útdrætti.

## Útdráttur

Lystarstol telst til alvarlegra og langvinnra geðsjúkdóma og eru batahorfur mjög mismunandi. Lystarstol kemur yfirleitt fyrst fram á aldrinum 13 til 20 ára og eru stúlkur í miklum meirihluta. Komið hafa fram ýmsar kenningar sem leitast við að skýra orsakir lystarstols, engin ein þeirra hefur þó náð að útskýra orsakirnar að fullu leyti.

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar var að varpa ljósi á helstu áhættuþætti lystarstols meðal barna og unglunga. Helstu áhættuþættir eru léleg sjálfsmynd, neikvæð líkamsímynd, áhrif félaga, íþróttaiðkun, þættir tengdir fjölskyldu og áhrif fjölmiðla. Einnig voru skoðuð tengsl lystarstols við ýmsa geðsjúkdóma og áfengis- og vímuefnanotkun en ekki er alltaf ljóst hvað er orsök og hvað afleiðing.

Allir áhættuþættirnir eiga það sameiginlegt að hafa áhrif á sjálfs- og líkamsímynd einstaklinga með einum eða öðrum hætti. Rannsóknir hafa leitt í ljós að líkamsóánægja getur bæði verið áhættuþáttur og viðhaldsþáttur lystarstols.

Niðurstöður þessarar fræðilegu samantektar eru gagnlegar fyrir alla þá sem vinna með börnum og unglingum og þá sérstaklega heilbrigðisstarfsmenn. Einnig gætu þær nýst við forvarnavinnu gegn lystarstoli og auðveldað þá vinnu að finna þá einstaklinga sem taldir eru vera í mestri áhættu.

Lykilorð: Lystarstol, áhættuþættir lystarstols, orsakir lystarstols, afleiðingar lystarstols.

## Abstract

Anorexia nervosa is classified as a serious and chronic disease and recovery prospects vary enormously. Anorexia first emerges generally in youngsters from the age of thirteen to twenty and girls constitute an overwhelming majority of those afflicted. Various theories have been presented in an attempt to explain the causes of anorexia, but none of them has served to explain them fully.

The aim of this scientific study is to shed some light on the primary risk factors of anorexia among children and teenagers. The main risk factors are a poor self-image, a negative physical self-image, peer influence, participation in sports, factors relating to the family and the influence of the media. The connection of anorexia with various mental diseases and the use of alcohol and narcotics was also studied, but in this context it is not always clear which of these constitutes the cause and which one the effect.

All the risk factors are characterized by the common feature that they affect the self-image and the physical self-image of individuals in one way or another. Research has shown that dissatisfaction with your own body can both constitute a risk and persistence factor of anorexia.

The conclusions of this scientific study are useful for all those who work with children and adolescents and in particular for health service personnel. They could also be of use in the prevention of anorexia and may facilitate in the detection of those who are most at risk.

Key words: anorexia nervosa, anorexia risk factors, causes of anorexia, consequences of anorexia

## Efnisyfirlit

Þakkarorð .....	iii
Útdráttur .....	iv
Abstract .....	v
Listi yfir myndir .....	viii
Listi yfir töflur .....	viii
Inngangur .....	1
Skilgreiningar .....	4
Fræðileg samantekt.....	7
Orsakir .....	8
Líkamlegar afleiðingar.....	11
Sálrænar og félagslegar breytingar .....	12
Horfur.....	13
Faraldsfræði.....	15
Áhættuþættir.....	17
Sjálfsálit og líkamsímynd.....	17
Félagar.....	19

Viðhorf til þyngdar .....	19
Stríðni tengd þyngd .....	21
Íþróttir .....	22
Þættir tengdir fjölskyldu.....	28
Áhrif fjölmiðla.....	31
Tengsl geðraskana við lystarstol .....	33
Tengsl áfengis og vímuefna við lystarstol .....	36
Umræður .....	40
Rannsóknarspurningum svarað .....	40
Ályktanir og gildi fyrir hjúkrun.....	44
Frekari rannsóknir og forvarnir .....	46
Lokaorð.....	48
Heimildaskrá .....	49

## Listi yfir myndir

Mynd 1: Þríhyrningalíkan íþróttastúlkna sem nær yfir líkamlega, sálfræðilega og lífeðlisfræðilega þætti. ....	25
---	----

## Listi yfir töflur

Tafla 1: Þættir sem hafa áhrif á horfur lystarstolssjúklinga.....	15
Tafla 2: Yfirlit yfir þær íþróttagreinar sem taldar eru auka líkur á lystarstoli. ....	23
Tafla 3: Niðurstöður rannsókna á algengi átraskanna hjá fimleikastúlkum. ....	27
Tafla 4: Niðurstöður rannsókna á tíðni félagsfærni meðal lystarstolssjúklinga. ....	34
Tafla 5: Niðurstöður rannsókna á tíðni áráttu- og þráhyggjuröskunar meðal lystarstolssjúklinga .....	35



## Inngangur

Trúarlegar myndir allt frá miðöldum gefa vísbendingar um tilvist lystarstols og hafa þær verið nefndar „holy anorexics“ (Bell, 1985). Ekki eru allir fræðimenn þó sammála um að „holy anorexic“ hafi í raun verið tilfelli lystarstols. Flestir eru þó sammála um það að þau tilfelli sem greint hafi verið frá á síðari hluta 17. aldar myndu falla undir þá sjúkdómsgreiningu sem við skilgreinum sem lystarstol í dag. Mikilvægt er þó að gera sér grein fyrir því að ástæður fyrir líkamlegu ástandi einstaklinganna eru ekki vitaðar og gætu til að mynda stafað af skorti á mat. Dr. Richard Morton (1637-1698) enskur læknir lýsti sérkennilegum sjúkdómi, sem hann fann enga læknisfræðilega skýringu á. Sjúkdómurinn kom aðallega fram hjá ungum stúlkum og einkenndist af óeðlilega horuðum líkama. Ályktun hans var sú að sjúkdómurinn tengdist ofbeldisfullri ástríðu hugans og stafaði nánast alltaf af kvíða og sorg. Þessi lýsing gæti vel átt við enn í dag (Lasgue, 1985).

Það sem greinir lystarstol nútímans frá fyrstu skilgreiningum um lystarstol er helst að í kringum árið 1870, þegar fyrstu tilfelli greinast er lítil áhersla lögð á megrun og það að vera grannvaxinn. Þetta bendir til þess að orsakir sjúkdómsins eigi rætur sínar að rekja til annarra þátta heldur en menningar fólks á þessum tíma, eða sé jafnvel um annan sjúkdóm að ræða. Annað sem þykir áhugavert er að franskir læknirinn Charles Lasgue (1816-1883) vildi meina að þolendur lystarstols væru uppteknir af þyngdartapi. Samkvæmt greiningarskilmerkjum DSM-V einkennist lystarstol af gríðarlegum ótta við það að verða feitur þrátt fyrir að vera undir eðlilegum þyngdarmörkum (Lasgue, 1985). Bæði þessi einkenni geta átt við lystarstolssjúklinga í dag og birst á sama tíma.

Þeir sem ekki þekkja sögu lystarstols eiga auðvelt með að hrífast af sögusögnum fjölmiðla, og halda þar með að lystarstol sé ekkert annað en þrá einstaklinga til þess að vera

grannir. Ein af þeim staðreyndum að lystarstol hafi verið til í langan tíma í mismunandi menningarheimum gefur til kynna að sjúkdómurinn eigi sér ekki svo einfaldar skýringar.

Átraskanir teljast til alvarlegra og langvinnra geðsjúkdóma, sem leggjast aðallega á ungar stúlkur á aldrinum 13 til 20 ára og geta haft mikil áhrif á líf þeirra og aðstandenda. Birtingarmynd sjúkdómsins er fyrst og fremst sérkennilegar matarvenjur og mikil löngun til þess að grennast. Sjúkdómurinn veldur oft alvarlegum líkamlegum og andlegum einkennum sem dregið geta einstaklinginn til dauða í verstu tilfellunum (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Markmið þessarar fræðilegu samantektar var að varpa ljósi á helstu áhættuþætti lystarstols meðal barna og unglunga. Þær rannsóknarspurningar sem við lögðum upp með að leita svara við voru eftirfarandi:

1. Hvað er lystarstol?
2. Eru einhverjir persónulegir þættir sem gera fólk útsettara fyrir þróun lystarstols?
3. Geta fjölskylda og vinir haft áhrif á líkamsímynd einstaklinga og aukið þar með líkur á þróun lystarstols?
4. Eru tengsl milli lystarstols og annarra geðraskanna?

Ástæðan fyrir því að þetta efni varð fyrir valinu er sú að höfundar verkefnisins æfðu báðir fimleika í æsku og urðu því mikið varir við strangar útlitskröfur af hálfu fimleikabjálfara og samfélagsins. Þeir hafa því einnig áhuga á að kanna hvort tengsl séu á milli lystarstols og ákveðinna íþróttagreina. Nokkuð mörg ár hafa liðið síðan þeir iðkuðu síðast fimleika og hefur mikið breyst síðan þá. Til að mynda er það orðið algengara að erlendir bjálfarar sjái um bjálfun ungra stúlkna og gera þeir í mörgum tilvikum strangari kröfur en íslenskir bjálfarar. Þessi þróun hefur verið höfundum hugleikin um nokkurn tíma og

ákváðu þeir því að nýta tækifærið og skoða hverjir væru helstu áhættuþættir fyrir þróun lystarstols.

Með þessari fræðilegu samantekt vonumst við til þess að geta varpað ljósi á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar þekki helstu áhættuþætti lystarstols. Þekking á áhættuþáttunum getur gert hjúkrunarfræðingum kleift að grípa fyrir inn í aðstæður og komið í veg fyrir þróun lystarstols. Einnig getur þekking á helstu áhættuþáttum lystarstols auðveldað hjúkrunarfræðingum sem og öðrum sem vinna með börnum forvarnarvinnu gegn lystarstoli. Við vonumst einnig til að samantektin muni gefa hjúkrunarfræðingum örlitla innsýn í hvaða meðferðum má beita gegn lystarstoli.

Ritgerðin var unnin samkvæmt aðferðum um fræðilega samantekt. Við heimildaleit var stuðst við gagnagrunnana PubMed, Scopus, Google Scholar og Web of Science. Einnig leituðum við heimilda í kennslubókum sem og öðrum bókum. Helstu leitarorð voru lystarstol og áhættuþættir lystarstols. Undir áhættuþáttunum leituðum við svo eftir líkamsímynd, geðröskunum, fjölskyldu, jafningjum, íþróttum og áfengis- og vímuefnaneyslu. Að mestu leyti var stuðst við rannsóknarheimildir frá árunum 1995 til 2010 og aldurshópurinn sem skoðaður var, voru börn og ungmenni á aldrinum 10-25 ára.

## Skilgreiningar

Hér verða nokkur hugtök sem tengjast fræðilegu samantektinni skilgreind. Notaðar voru skilgreiningar DSM-IV greiningarkerfisins á lysterstoli, lotugræðgi og átröskun ekki nánar skilgreind. Einnig var notast við skilgreiningu Currie og Morse (2005) á íþróttalysterstoli.

### Lysterstol (anorexia nervosa)

- A. Neitað að viðhalda líkamsþyngd innan eðlilegra marka miðað við aldur og hæð (þ.e. að vega minna en 85% af eðlilegri þyngd; eða að þyngdaraukning á vaxtartíma verður of lítil þannig að þyngd verður lægri en 85% af eðlilegri þyngd).
- B. Mikill ótti við að þyngjast eða verða feit(ur), jafnvel þótt viðkomandi sé undir eðlilegum þyngdarmörkum.
- C. Trufluð skynjun á eigin líkamslögun og þyngd, sjálfsmat (sjálfsmynd) óeðlilega háð líkamslögun og þyngd, eða afneitun á hversu alvarlega lítil núverandi þyngd er.
- D. Tíðarstopp meðal kvenna, það er að hafa ekki haft blæðingar samfleytt í þrjá mánuði. (kona er talin hafa tíðarstopp ef blæðingar koma eingöngu í kjölfar hormónagjafar). (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006, 98).

### Lotugræðgi (bulimia nervosa)

- A. Endurtekin ofátsköst. Ofátskast einkennist af hvoru tveggja:
  - 1. Neyta, innan vissra tímamarka (þ.e. tveggja klukkustunda), magns fæðu sem er augljóslega meira en flestir myndu neita á sama tíma og undir sömu kringumstæðum.
  - 2. Tilfinningu um að hafa ekki stjórn á áti meðan á átkasti stendur (það er tilfinningu um að geta ekki hætt eða stjórnað hvað eða hversu mikið viðkomandi borðar).
- B. Endurteknar óeðlilegar mótvægisáðgerðir til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, svo sem að framkalla uppköst, misnota hægðarlyf eða þvaglosandi lyf, fasta eða stunda óhóflegar líkamsæfingar.

- C. Bæði átköst og óeðlilegar mótvægisáðgerðir eiga sér stað að meðaltali að minnsta kosti tvisvar í viku í þrjá mánuði.
- D. Sjálfsmynd er óeðlilega háð líkamslögun og þyngd.
- E. Ofangreind einkenni einskorðast ekki við tímabil lysterstols. (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006, 100).

### **Átröskun ekki nánar skilgreind (EDNOS)**

1. Fyrir stúlkur/konur, viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lysterstols en blæðingar eru reglulegar.
2. Viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lysterstols en þrátt fyrir þyngdartap er þyngd innan eðlilegra marka.
3. Viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lotugræðgi en átköstin og óviðeigandi mótvægishegðun á sér stað sjaldnar en tvisvar í viku eða hefur varað skemur en í þrjá mánuði.
4. Einstaklingur í eðlilegri þyngd sýnir óviðeigandi mótvægishegðun eftir að hafa neytt lítils magns fæðu (framkallar til dæmis uppköst eftir að hafa borðað tvær smákökur).
5. Mikið magn af mat er reglulega tuggið og spýtt út en ekki kyngt.
6. Lotuofát (binge eating disorder): Endurtekin átkastatímabil án reglulegrar beitingar óviðeigandi mótvægishegðunar sem er einkennandi fyrir lotugræðgi. (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006, 101).

### Íþróttalystarstol (Anorexia athletica)

1. Ótti við að þyngjast þrátt fyrir að vera grannur.
  - Þyngd er 5% eða meira undir eðlilegum mörkum fyrir viðkomandi einstakling.
  - Vöðvamassi viðheldur þyngd fyrir ofan mörk lystarstols.
  - Brengluð líkamsímynd.
2. Takmörkuð neysla á hitaeiningum.
3. Hreyfing umfram því sem góðu hófi gegnir.
4. Truflun á tíðarstarfsemi.
5. Magaverkir (Currie og Morse, 2005).

## Fræðileg samantekt

Átröskunum er skipt í þrjá flokka, lystarstol (anorexia nervosa), lotugræðgi (bulimia nervosa) og átröskun ekki nánar skilgreind (EDNOS). Samkvæmt DSM-IV eru fjögur greiningarviðmið sem einstaklingur þarf að uppfylla til þess að fá sjúkdómsgreininguna lystarstol. Þau eru:

- A. Neitað að viðhalda líkamsþyngd innan eðlilegra marka miðað við aldur og hæð (þ.e. að vega minna en 85% af eðlilegri þyngd; eða að þyngdaraukning á vaxtartíma verður of lítil þannig að þyngd verður lægri en 85% af eðlilegri þyngd).
- B. Mikill ótti við að þyngjast eða verða feit(ur), jafnvel þótt viðkomandi sé undir eðlilegum þyngdarmörkum.
- C. Trufluð skynjun á eigin líkamslögun og þyngd, sjálfsmat (sjálfsmynd) óeðlilega háð líkamslögun og þyngd, eða afneitun á hversu alvarlega lítil núverandi þyngd er.
- D. Tíðarstopp meðal kvenna, það er að hafa ekki haft blæðingar samfleytt í þrjá mánuði. (kona er talin hafa tíðarstopp ef blæðingar koma eingöngu í kjölfar hormónagjafar). (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006, 98).

Önnur einkenni sem fylgt geta greiningarviðmiðunareinkennum eru hárlós, vöxtur dúnkennds hárs, kuldahrollur, þurr húð, lækkaður líkamshiti, hægur hjartsláttur, lágur blóðþrýstingur, lélegt blóðstreymi, stökkar neglur, svefnleysi, ýktar og strangar líkamsæfingar, einmanaleiki, félagsleg einangrun, einbeitingarskortur, sjálfshatur og tíðastopp hjá konum (Buckroyd, 1997).

Samkvæmt DSM-IV má skipta lystarstoli enn frekar niður í tvær megingerðir, takmarkandi gerð (restricting type) og ofáts/hreinsandi gerð (binge eating/purging type). Takmarkandi gerð er skilgreind þannig að á síðastliðnum þremur mánuðum hafa ekki komið tímabil hjá einstaklingnum sem einkennast af ofáti eða hreinsunarhegðun. Með

hreinsunarhegðun er átt við að einstaklingur hafi framkallað uppköst, misnotað hægðarlosandi lyf, þvaglosandi lyf eða notað stólpípu. Ofáts/hreinsandi gerð er hinsvegar skilgreind sem svo að á síðastliðnum þremur mánuðum hafa komið tímabil sem einkennast af ofáti eða hreinsunarhegðun einstaklings. Þessar tvær gerðir eru að mörgu leyti ólíkar. Sveiflur frá mikilli sjálfstjórn yfir í hvatvísa hegðun einkenna ofáts/hreinsandi gerðina. Einstaklingar eiga erfiðara með að neita sér um fæðu og gerir hreinsunarhegðunin það að verkum að þeir missa sig í átköst reglulega. Rannsóknir hafa sýnt að þessir einstaklingar eru líklegri til að misnota áfengi og önnur vímuefni og stunda einnig oft sjálfskaðandi hegðun. Ofurstjórn og þráhyggja einkenna aftur á móti takmarkandi gerðina og eiga einstaklingarnir auðvelt með að fasta.

Fræðimenn eru ekki allir á sama máli um þessa skiptingu lystarstols í tvær megingerðir. Niðurstöður rannsóknar sem gerð var á meðferðarstofnunum fyrir átraskanir í Boston á 136 einstaklingum með lystarstol, og náði yfir 8–12 ára tímabil, styðja ekki þessa skiptingu. Rannsóknin leiddi í ljós að eftir 8 ár fóru 62% einstaklinga með lystarstol af takmarkandi gerð yfir í lystarstol af ofáts/hreinsandi gerð. Þetta gæti verið vísbending um það að takmarkandi gerðin sé hugsanlega ákveðið stig í þróun sjúkdómsins, frekar en undirgerð (Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franko og Herzog, 2002).

### *Orsakir*

Með vaxandi algengi lystarstols hefur áhugi manna á orsökum sjúkdómsins aukist til muna, og hafa margar kenningar litið dagsins ljós. Þessar kenningar leitast við að skýra orsakirnar útfrá nokkrum mismunandi sjónarmiðum, það er lífeðlisfræðilegu sjónarmiði, sálfræðilegu sjónarmiði, umhverfisaðstæðum og félagsfræðilegu sjónarmiði. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að þó kenningunum sé stillt upp sem sjálfstæðum, þá þarf í flestum



tilfellum fleiri en eina kenningu til þess að útskýra orsakir sjúkdómsins (Odgen, 2010; Stuart, 2009).

Lífeðlisfræðilegu kenningarnar eru skoðaðar út frá erfðafræðilegu sjónarmiði og út frá taugaboðefnum. Svo virðist sem lystarstol sé ættgengt og hafa rannsóknir sýnt fram á að börn lystarstolssjúklinga eru tíu sinnum líklegri til þess að þróa með sér átraskanir heldur en aðrir. Athyglisvert þykir að börn lystarstolssjúklinga virðast frekar þróa með sér lystarstol og börn lotugræðgissjúklinga virðast þróa með sér lotugræðgi. Þrátt fyrir að erfðapátturinn virðist vera til staðar er nauðsynlegt að taka tillit til fleiri þátta eins og til dæmis umhverfisþátta (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs og Jackobs, 1990). Taugaboðefnasjónarmiðið einblínir á áhrif undirstúku á stjórn matarlystar. Undirstúkan er talin stýra matarlyst með efnum eins og Catecolamínnum, Serótóníni og peptíðum sem ýmist auka eða draga úr matarlyst (Odgen, 2010). Getgátur eru uppi um að hækkað Serótónín og hækkað Leptín hafi í för með sér minnkaða matarlyst og í sumum tilfellum getur það leitt af sér lystarstol. Þörf er á frekari rannsóknum um lífeðlisfræðilegar orsakir lystarstols (Stuart, 2009).

Sálfræðilegir þættir sem taldir eru geta ýtt undir þróun lystarstols eru m.a. erfiðleikar í æsku, erfiðleikar með að túlka tilfinningar sínar, lágt streituþol, árangursleysi, hjálparleysi og ótti við líkamlegan þroska (Stein og Corte, 2003). Oft er hægt að greina ýmis sálfræðileg einkenni eins og stífni og fullkonnunaráráttu þegar litið er til barnæsku lystarstolssjúklinga (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh og Treasure, 2003; Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen og Sullivan, 2003).

Fjöldi umhverfisþátta gerir einstaklinga útsettari fyrir því að þróa með sér lystarstol. Sem dæmi má nefna áföll innan fjölskyldu, líkamleg veikindi og lystarstol foreldra. Foreldrar sem leggja mikla áherslu á hreyfingu og íþróttir, hrósa grönnum líkamsvexti og sýna andúð á of þungu fólki, auka líkurnar á því að börn þeirra fái lystarstol. Einnig hefur verið sýnt fram á

mikilvægi þess að foreldrar og forráðamenn séu góðar fyrirmyndir fyrir börn sín hvað mat og matarvenjur varðar (Stein, Woolley, Cooper, Winterbottom, Fairburn og Cortina-Borja, 2006). Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar veiti foreldrum fræðslu um heilbrigðar matarvenjur, til þess að draga úr líkum á þróun lysterstols (Stuart, 2009).

Félagslegir þættir eiga mikinn þátt í því að gera einstaklinga útsettari fyrir lysterstoli. Alla tíð hefur staðalímynd kvenna verið sú að þær eigi að vera þokkafullar og kvenlegar. Túlkunin á því hvað telst þokkafullt og kvenlegt er þó mismunandi eftir tímabilum. Í dag telst til að mynda vera þokkafullt fyrir konur að vera grannar og sterkar. Kostir þessarar ímyndar eru þeir að mikil áhersla er lögð á líkamsrækt og heilbrigði. Ókostirnir eru hins vegar þeir að konurnar einblína á að uppfylla þessar kröfur og leiðast yfir í hitaeningasnauða fæðu og miklar líkamsæfingar í þeirri von að ná þessu markmiði (Taylor, Bryson, Altman, Abascal, Celio, Cunning, o.fl. 2003). Afþreying og áhugamál sem hvetja til fegurðar og líkamshreysti ýta undir árátthugsun um þyngd og matarvenjur. Ballettdansarar, fyrirsætur, leikarar, íþróttamenn og fólk innan tískustarfsemi eru líklegir hópar til þess að hafa áhyggjur af líkamsstærð sinni og þyngd. Þetta leiðir til þess að þessir einstaklingar taka frekar mið af útliti sínu og líkamsmálum, heldur en afrekum þegar verið er að meta sjálfsvirðingu (Stuart, 2009).

Fjölmargir sálfélagslegir áhættuþættir eru taldir geta leitt til þróunar á lysterstoli. Má þar nefna einstaklingsbundna þætti, fjölskylduþætti, jafningjaþrýsting, menningarlega þætti og íþróttir. Fjallað verður ítarlega um þessa þætti hér síðar.

### *Líkamlegar afleiðingar*

Lystarstoli geta fylgt alvarlegir líkamlegir fylgikvillar sem stafa fyrst og fremst af næringarskortu. Vegna þessa líkamlegu einkenna, leita sjúklingar mikið til sérfræðilækna og má þar nefna kvensjúkdómalækna, meltingarlækna, húðlækna og heimilislækna. Algengir líkamlegir fylgikvillar sem fylgt geta lystarstoli eru húðvandamál, ófrjósemi, beinþynning, lágur líkamshiti, vandamál tengd hjarta og æðakerfi og bælt ónæmiskerfi (Miller, Grinspoon, Ciampa, Hier, Herzog og Klibanski, 2005).

**Húðvandamál:** Flestir lystarstolssjúklingar eiga við margvísleg vandamál að stríða sem tengjast húðinni. Húðin verður þurr og getur jafnvel flagnað. Á höfði getur orðið hárlos en á baki, kvið og framhandleggjum geta myndast dúnkennd og fín hár, sem þjóna þeim tilgangi að halda hita á líkamanum. Blámi getur komið á húð í kulda vegna minnkaðs blóðflæðis til útlíma. Einstaka sinnum getur verið svitamyndun á höndum og fótum (Strumia, 2005).

**Hjarta- og æðakerfi:** Rannsóknir hafa sýnt að lystarstoli geti fylgt hraður hjartsláttur, hjartsláttaróregla og lágur blóðþrýstingur. Hjartalínurit hafa einnig sýnt fram á óeðlilegt QT bil (Miller o.fl., 2005; Roche, Barthelemi, Mayaud o.fl. 2005).

**Stoðkerfisvandamál:** Langvarandi næringarskortur getur haft í för með sér beingisnun og beinþynningu. Rannsókn sem gerð var á 214 menntaskólastúlkum með lystarstol leiddi í ljós að rúmlega helmingur stúlkanna var með beingisnun og 34% þeirra voru komnar með beinþynningu, en aðeins 13,8% stúlkanna höfðu eðlilega beinþéttni. Beinmassinn reyndist vera í beinu samhengi við heildar líkamspýngd (lean body mass), tímalengd sjúkdómsins og fjölda líkamsæfinga í viku (Miller o.fl., 2005).

**Æxlunarkerfi:** Ófrjósemi er ein af afleiðingum lystarstols sem lítið er talað um. Ungar stúlkur sem þróa með sér lystarstol áður en kynþroska er náð hafa yfirleitt ekki tíðir

fyrir en þær fara að þyngjast að einhverju ráði á ný. Þær stúlkur sem hins vegar þróa með sér lystarstol eftir að tíðir hefjast, geta haft óreglulegar tíðablæðingar eða jafnvel farið í tíðastopp. Hjá um 80% þeirra sem ná sér að fullu eftir lystarstol, fer æxlunarkerfið að starfa eðlilega og þær öðlast getu til þess að eignast börn. Rannsóknir hafa sýnt að þær konur sem verða ófrískar á meðan að á lystarstolstímabili stendur, glíma oft við ýmiskonar vandamál. Þær geta til að mynda þjáðst af alvarlegri ógleði og uppköstum og þyngst minna á meðgöngu. Þær eignast í mörgum tilfellum minni börn, eiga erfiðara með að aðlagast foreldrahlutverkinu og brjóstagjöf og eru líklegri til að þjást af þunglyndi (Stewart, 1992). Þær konur sem verða ófrískar eftir að hafa náð bata glíma yfirleitt ekki við nein önnur vandamál en þær sem ekki hafa þjáðst af lystarstoli (Stewart, 1987).

**Ónæmiskerfi:** Vannæring vegna minnkaðrar inntöku orku- og næringarefna veikir ónæmiskerfið sem leiðir til þess að varnir líkamans eru minnkaðar. Ýmis næringarefni spila stórt hlutverk í þróun og virkni ónæmiskerfisins. Það sem merkilegt þykir er að ónæmiskerfið er ekki jafn bælt og menn myndu halda. Miðað við sjúklegt næringarástand líkamans virðast fá tilfelli sýkinga hjá þessum einstaklingum koma fram (Marcos, 2000).

### *Sálrænar og félagslegar breytingar*

Lystarstoli fylgja ekki einungis líkamlegar breytingar heldur verða einnig breytingar á sálrænu og félagslegu ástandi. Sálrænar og félagslegar breytingar geta til dæmis birst með því að einstaklingar draga sig í hlé og einangra sig frá öðru fólki og getur þessi hegðun leitt til þess að félagslegur þroski einstaklinganna stöðvist. Eins og rætt hefur verið um kemur lystarstol oft fram á kynþroskaaldri og er það einmitt sá tími sem einstaklingar eru að prófa sig áfram í félagslegum samskiptum og þroska persónuleika sinn. Einnig gætir oft mikillar fullkominaráráttu hjá einstaklingum og finna þeir oft fyrir óöryggi um eigin getu þrátt fyrir

að allt gangi vel. Þessi fullkominarárátta hefur það í för með sér að einstaklingar leggja hart að sér og geta komið vel til skila utanbókarlærdómi, en þegar þeirra áhlits er krafist getur verið á brattann að sækja. Það sem veldur þessum erfiðleikum er að einstaklingar hafa í raun losað sig við sjálfan sig í veikindunum og hafa því lítið að gefa af eigin persónuleika. Geðsveiflur geta einnig komið fram og bitna oft mikið á þeim sem standa einstaklingunum næst.

Einstaklingar reyna eftir fremsta megni að forðast þær aðstæður þar sem matur kemur við sögu. Þetta krefst mikilla andlegra krafta og einbeitingar og kemst lítið annað að (Buckroyd, 1997; Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Á meðan á veikindunum stendur koma fram margskonar tilfinningar hjá aðstandendum, eftir því hvaða breytingar eru að koma fram hjá einstaklingnum. Sem dæmi má nefna áhyggjur í upphafi, þirringur og reiði þegar einstaklingur afneitar vandamálinu og tekur ekki tiltali. Reiði aðstandenda getur síðan breyst í ótta samfara vaxandi líkamlegum einkennum (Buckroyd, 1997).

### *Horfur*

Lystarstol getur bæði verið langvinnur og skammvinnur sjúkdómur og eru batahorfur einstaklinga mjög mismunandi. Líklegra er að börn og unglingar nái fullum bata eftir tímabil lystarstols án þess að fá hjálp frá meðferðaraðilum. Sum tilfelli geta þó verið alvarleg og langvinn og valdið líkamlegri og andlegri færnisferðingu (Steinhausen, 2002).

Teknar hafa verið saman niðurstöður 119 rannsókna sem fjalla um batahorfur lystarstolssjúklinga. Þær gáfu til kynna að um 20% lystarstolssjúklinganna áttu í langvarandi erfiðleikum með að ná bata, þriðjungur náði sæmilegum bata og að meðaltali náðu 46% sjúklinga fullum bata. Þessi samantekt sýndi einnig að þeir einstaklingar sem höfðu lystarstol

af ofáts/hreinsunargerð, sýndu einkenni árattu – og þráhyggjupersónuleikaröskunar og höfðu langa sjúkdómssögu, farnaðist í raun verst (Steinhausen, 2002).

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á dánartíðni einstaklinga með lysterstol og er ljóst að niðurstöðum ber ekki alltaf saman. Svo virðist sem algengast sé að dánartíðnin sé í kringum 10% en marktækar niðurstöður hafa þó sýnt tölur á bilinu 2,5 - 20% (Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2010; Lucas, Beard, O'Fallon og Kurland, 1991). Á árunum 1981 til 2000 var gerð langtímarannsókn í Kanada á dánartíðni sjúklinga með lysterstol. Alls voru 326 einstaklingar með lysterstol sem tóku þátt í rannsókninni og af þeim dóu 17 einstaklingar. Af þeim sem létust frömdu sjö sjálfsvíg, tveir létust úr lungnabólgu, tveir vegna of hás gildis glúkósa, tveir úr lifrarsjúkdómi, tveir úr krabbameini, einn úr áfengiseitrun og einn af völdum heilablæðingar (subdural hemorrhage) (Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner og Gao, 2005). Stór hluti lysterstolssjúklinga fremja sjálfsvíg en tíðni sjálfsvíga hjá þessum hópi er oft vanmetin í rannsóknum (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto og Tatarelli, 2004). Rannsókn á sjálfsvígstilraunum lysterstolssjúklinga leiddi í ljós að 16,9% lysterstolssjúklinga gerði tilraun til sjálfsvígs að minnsta kosti einu sinni eða oftar. Þeir einstaklingar sem gerðu sjálfsvígstilraunir áttu einnig við einhvers konar fíknivandamál eða önnur geðræn vandamál að stríða (Bulik o.fl., 2008).

Á árunum 1983 til 2008 var gerð rannsókn á nýgengi innlagna, sjúkdómsmynd og dánartíðni lysterstols meðal þeirra sem lögust inn á geðdeildir á Íslandi, það er á Landspítala, Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, barna- og unglíngageðdeild Landspítalans (BUGL) og geðdeild A2, sjúkrahúsi Reykjavíkur. Á þessu tímabili greindust alls 84 einstaklingar með lysterstol, þar af voru 79 konur og fimm karlmenn og var meðalaldurinn 18,7 ár. Af þeim 84 einstaklingum sem greindust voru tvær konur sem voru látnar við lok rannsóknar. Dánartíðni kvenna var því 2,5%. Ástæðan fyrir þessari lágu dánartíðni á Íslandi má hugsanlega skýra út

frá góðu aðgengi og góðri þjónustu við lysterstolssjúklinga í íslensku heilbrigðiskerfi. Í rannsókninni kom einnig fram að tæplega 30% einstaklinganna höfðu reynt eina eða fleiri sjálfsvígstilraun og tæplega 40% einstaklinga sýndu einu sinni eða oftár sjálfskaðandi hegðun (Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2010).

Eins og sjá má er margt sem getur haft áhrif á horfur lysterstolssjúklinga. Tafla 1 hér á eftir sýnir þá þætti sem geta haft áhrif á horfur lysterstolssjúklinga. Fjallað verður nánar um valda þætti úr töflunni síðar í þessari fræðilegu samantekt (Steinhausen, 2002).

Tafla 1: Þættir sem hafa áhrif á horfur lysterstolssjúklinga

Verri horfur	Betri horfur
Hærri aldur við greiningu	Lægri aldur við greiningu
Mikið þyngdartap	Lítið þyngdartap
Langvinnt lysterstol	Sjúkdómseinkenni vara stutt
Ofáts/hreinsunargerð (binge eating/purging type)	Lysterstol, takmarkandi gerð (restricting type)
Áráttu- og þráhyggjueinkenni	Lítill/engin áráttu- og þráhyggjueinkenni
Röskuð tengsl innan fjölskyldu	Gott samband við foreldra/maka
Persónuleikaraskanir	Litlar/engar persónuleikaraskanir
Fíkniraskanir	Fyrri innlögn vegna geðslagsraskana

#### *Faraldsfræði*

Talið er að um 0,3% kvenna uppfylli greiningarviðmið DSM-IV fyrir lysterstol (Costin, 1999). Lysterstol er mun algengara meðal stúlkna og ungra kvenna, en karlmenn eru einungis um 5 - 10% af þeim sjúklingum sem greinast. Lysterstol kemur yfirleitt fyrst fram á unglingsárum, oftast á aldrinum 13 til 20 ára, en sjúkdómurinn getur samt sem áður komið

upp í öllum aldurshópum. Ákveðnir hópar þjóðfélagsins eru í aukinni hættu á að fá lysterstol. Þar má helst nefna fyrirsætur, dansara og afreksfólk í íþróttum. Þetta á ekki síður við um karla en konur, en hjá körlunum er samkynhneigð einnig áhættuþáttur (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Algengi lysterstols er meira í iðnvæddum ríkjum og í hinum vestræna heimi en tíðnin utan Vesturlanda er að aukast. Ástæðan er talin vera sú að ekki er skortur á matvælum og einnig að þar séu fegurð og frami tengd við grannvaxinn líkama (Foreyt og Mikhail, 1997). Átraskanir eru hins vegar taldar vera sjaldgæfar í þeirri menningu þar sem þéttvaxinn líkami er metinn að verðleikum (Stuart, 2009). Lysterstol er hvorki stéttarskiptur né þjóðfélagsskiptur sjúkdómur (Makino, Tsuboi, Dennerstein, Mbbs og Franæaz, 2004).

Í rannsókn þeirra Önnu, Sigurðar og Guðlaugar um nýgengi innlagna lysterstolssjúklinga, sem nefnd var hér á undan kom fram að nýgengi lysterstols kvenna var 4,24 á hverja 100.000 íbúa á ári og nýgengi lysterstols karla 0,80 á hverja 100.000 íbúa á ári. (Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2010).



## *Áhættuþættir*

### *Sjálfsálit og líkamsímynd*

Líkamsímynd er hluti af heildarsjálfsmynd einstaklinga, sjálfsmyndin felur í sér sjálfsmat og þar undir flokkast sjálfsálit. Góð sjálfsmynd felst meðal annars í jákvæðu viðhorfi í eigin garð og annarra, að horfa á hæfileika sína, styrkleika og að vera sáttur við sjálfan sig og það að vera ekki fullkominn á öllum sviðum. Góð sjálfsmynd felur það einnig í sér að gera raunhæfar kröfur til sjálfs síns, leggja raunhæft mat á árangur sinn, takmörk og getu, þekkja styrkleika sína og veikleika og nýta þá til sóknar. Það sem einkennir þá sem hafa slæma sjálfsmynd er það að þeir eru óöruggir með sjálfa sig, hafa lítið sjálfstraust og eru með lélega líkamsímynd. Þeir finna ávalt gallana hjá sjálfum sér í stað þess að sjá kostina. Þá skortir virðingu fyrir sjálfum sér og það kallar fram hugmyndir um að öðrum þyki þeir lítills virði. Þetta öryggisleysi veldur því að álit annarra vegur meira en þeirra eigið álit (Guðrún Ragnarsdóttir og Margrét Guðmundsdóttir, 2006).

Upptök sjálfsálits má rekja til barnæskunnar og er byggt á viðurkenningu, hlýju, þátttöku, stöðugleika, hrósi og virðingu (Mruk, 1999). Sjálfsálit er það hvernig einstaklingur dæmir eigin verðleika og byggir á því hversu vel hegðun hans mætir skilmerkjum um fyrirmyndarsjálfíð. Það hversu oft einstaklingurinn nær takmarki sínu hefur bein áhrif á það hvort einstaklingurinn upplifi sig hafa hátt sjálfsálit eða lágt sjálfsálit. Hátt sjálfsálit er tilfinning byggð á skilyrðislausri viðurkenningu á sjálfum sér og að telja sig verðuga og mikilvæga manneskju, þrátt fyrir mistök og ósigrar. Sjálfsálit á upptök sín frá tveimur þáttum, þ.e. frá okkur sjálfum og frá öðrum (Stuart, 2009). Rannsóknir hafa sýnt að tengsl eru milli þess að hafa hátt sjálfsálit og að vera hamingjusamur, rannsóknir hafa einnig fundið tengsl milli þess að vera með lágt sjálfsálit og þunglyndis (Baumeister, Campell, Krueger og Vohs,

2004). Komið hefur í ljós að sjálfsálit unglunga er hvað lægst við upphaf unglingsáranna, sjálfsálitið mótast yfirleitt mest út frá útlitsviðmiðum samfélagsins á hverjum tíma. Stúlkur hafa töluvert lægra sjálfsálit en strákar á þessum tímamarki og eru strákarnir fljótari að leiðrétta og yfirvinna þessa hugarfarsbreytingu (Smolak, 2004).

Nýlegar rannsóknir hafa leitt það í ljós að líkamsóánægja getur bæði verið áhættuþáttur og viðhaldsþáttur í tengslum við átröskunarsjúkdóma. Líkamsóánægja er skilgreind sem neikvætt mat á líkama sínum s.s. vaxtarlínur, þyngd, maga, rassi eða lærur. Mikilvægt er að greina í sundur líkamsóánægju og brenglaða líkamsímynd þar sem einstaklingur skynjar líkama sinn töluvert stærri en hann er í raun og veru, en það er einmitt einkenni lystarstols (Stice og Shaw, 2002). Brengluð líkamsímynd er eitt af því sem er hvað erfiðast að meðhöndla í lystarstoli (Keel et al, 2005). Það er í raun hugmyndir einstaklinga um eigin þyngd og líkamslag, sem skiptir mestu máli í líkamsímynd en ekki hið eiginlega líkamsástand það er stærð, lögun og útlit (Cash og Deagle, 1998).

Stice og Whitenton gerðu rannsókn árið 2002 í þeim tilgangi að finna áhættuþætti fyrir brenglaðri líkamsímynd hjá unglingsstúlkum. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort félagslegir, menningarlegir, líffræðilegir, persónulegir og tilfinningalegir áhættuþættir gætu spáð fyrir um líkamsóánægju hjá unglingsstúlkum. Alls tóku tæplega 500 stúlkur þátt í rannsókninni og kom í ljós að offita, þrýstingur um að vera grannur og skortur á félagslegum stuðningi juku áhættuna á þróun líkamsóánægju. Það gerðu hins vegar snemmkomnar tíðir, stríðni tengd þyngd og þunglyndiseinkenni ekki. Það eru einnig fleiri þættir sem geta haft áhrif á þróun lélegrar líkamsímyndar. Má þar nefna áhrif frá fjölmiðlum, jafningjum og foreldrum (Smolak, 2004).

Það eru ýmsar hugmyndir um líkamsímynd barna og unglunga sem komið hafa fram margoft í mismunandi rannsóknum á líkamsímynd og farið er að líta á þær sem staðreyndir.

Misjafnt er hversu mikið börn eru upptekin af líkamslögun sinni og eru sum hver með það miklar áhyggjur að þau leitast við að fara í megrun eða hreyfa sig markvisst í þeim tilgangi að breyta líkamsvexti sínum. Í grunnskóla er algengara að stelpur lendi í þessum vítahring en strákar. Þetta getur valdið ýmsum vandamálum, til dæmis eru þær í meiri áhættu fyrir þróun átröskunarsjúkdóma. Stelpur sem er óánægðar með líkama sinn eru einnig í aukinni áhættu á að verða þunglyndar. Enn er mörgum spurningum um líkamsímynd barna og unglunga ósvarað og sú þekking sem til er miðast að mestu leyti við stúlkur. Þróa þarf betri skilgreiningu á hugtakinu líkamsímynd og finna upp mælitæki sem hægt er að nýta um allan heim og sér til þess að rannsóknir á þessu sviði verði sambærilegar (Smolak, 2004).

### *Félagar*

#### *Viðhorf til þyngdar*

Í þjóðfélaginu í dag er lögð meiri áhersla á það að konur líti vel út en karlar. Stúlkur eru oft óánægðar með líkama sinn og finnst þær oft vera feitar þrátt fyrir að vera í meðalþyngd eða jafnvel undir meðalþyngd. Strákar eru líklegri til þess að hafa áhyggjur af því að vera feitir þegar þeir hafa háan líkamsþyngdarstuðul (BMI) og þeir eru einnig líklegri til þess að vilja auka vöðvamassa sinn. Sú hætta er til staðar hjá þeim sem vilja auka vöðvamassa sinn að leiðast út í notkun á ólöglegum vöðvauppbyggjandi efnum. Leiða má líkur að því að steranotkun meðal unglingsdregja sé jafn algeng og lystarstol hjá unglingsstúlkum. Ef þeir unglingsdregir sem eru ósáttir við líkama sinn vegna þess að þeir eru of feitir og þeir sem eru ósáttir vegna þess að vöðvamassi þeirra er of lítill, eru bornir saman við unglingsstúlkur sem eru ósáttar við líkama sinn er tíðnin mjög svipuð (Smolak, 2004).

Rannsókn ein leiddi það í ljós að þrýstingur meðal félaga á að vera grannur hefði í för með sér enn meiri óánægju með eigin líkama, en léleg líkamsímynd er áhættuþáttur fyrir þróun átröskunarsjúkdóma (Stice, Maxfield og Wells, 2003). Þrýstingur vinnahópsins um að fara í megrun er meiri hjá stúlkum en drengjum. Áhrifin eru mest hjá unglingsstúlkum í kringum kynþroskaaldurinn og koma þau helst frá vinkonum en með hækkandi aldri fara áhrifin dvínandi (Gravener, Haedt, Heatherton og Keel, 2008). Það hefur verið sýnt fram á að unglingsstúlkur beri sig frekar saman við skólasystur sínar eða vinkonur en fjölskyldumeðlimi, módel eða leikkonur (Stice, Maxfield og Wells, 2003).

Stúlkur eiga það til að bera sig saman við jafningja sína. Bæði þær stúlkur sem hafa trú á því að ef þær væru grennri og meira aðlaðandi væru þær vinsælli meðal stúlkna og drengja og einnig þær sem eru vinsælar meðal jafningja sinna eru oftast en ekki með lágt sjálfsmat og geta þar af leiðandi leiðst úti afbrigðilegar matarvenjur. Stúlkur sem hafa góða sjálfsskyngjun treysta meira á álit vina sinna og meta sjálfar sig útfrá þeim. Þessar stúlkur eru líklegri til þess að samræmast þeim normum og væntingum sem gilda til þess að vera samþykktar innan vinnahópsins. Þar sem það norm viðgengst í vinnahópum unglingsstúlkna að vera mjór eru þessar stúlkur líklegri til þess að verða óánægðar með líkama sinn og taka upp óheilbrigðar matarvenjur í þeim tilgangi að öðlast vinsældir innan vinnahópsins. Það er hins vegar ekki samasemmerki á milli þess að vera vinsæll innan vinnahópsins og vera með góða sjálfsímynd. Líklegt þykir að óbeinn þrýstingur jafningja til dæmis þegar þeir tala um að vinir sínir fari oft í megrun sé áhrifameiri en beinn þrýstingur, það er þegar þeir tala um að vinum þeirra þykir mikilvægt að þeir séu grannir og stuðli því frekar að brengluðum matarvenjum (Lieberman, Gauvin, Bukowski og White, 2001).

Sýnt hefur verið fram á að hvatning til að fara í megrun hjá drengjum er stærri áhættuþáttur fyrir átröskunarsjúkdómum heldur en gagnrýni og samræður um megrun. Hjá

stúlkum hins vegar eru það samræður um þyngdarmissi sem hafa mest áhrif á þróun átröskunarsjúkdóma (Vincent og McCabe, 2000).

### *Stríðni tengd þyngd*

Síðastliðin 40 ár hafa fordómar barna og unglunga gagnvart þyngd aukist og er því stríðni tengd þyngd orðið aukið vandamál (Latner og Stunkard, 2003). Slík stríðni frá jafningjum hefur verið tengd við brenglun á líkamsímynd og er talin auka líkur á átröskunareinkennum (Lieberman, Gauvin, Bukowski og White, 2001). Þessa stríðni má einnig tengja við áhyggjur af eigin líkamsþyngd og geta brenglaðar matarvenjur komið fram bæði hjá börnum og unglungum sem eru í ofþyngd og þeim sem eru í kjörþyngd. Hins vegar er þeim sem eru í ofþyngd hættara við því að verða fyrir stríðni (Neumark-Szteiner, Falkner, Story, Perry, Hannan, Mulert, 2002).

Líkamlegt og andlegt ofbeldi getur haft áhrif á líkamsmynd einstaklinga. Algengara er að einstaklingar séu beittir andlegu ofbeldi og líklegra er að það komi frá jafningjum þeirra heldur en fjölskyldu. Þegar einstaklingar verða fyrir ofbeldi hvort sem það er af andlegum eða líkamlegum toga, upplifa þeir oft mikla skömm og félagskvíða. Slík skömm og félagskvíði getur haft neikvæð áhrif á líkamsímynd einstaklinganna á fullorðinsárum (Sweetingham og Waller, 2008).

Stríðni sem beinist að þyngd barna og unglunga getur leitt til þess að þau fari í megrun. Hins vegar hefur stríðni sem tengist framkomu og líkamslögun áhrif á líkamsímynd einstaklinganna. Það er ekki einungis stríðnin sem skiptir máli heldur líka hversu mikil áhrif hún hefur á hvern einstakling fyrir sig (Lieberman, Gauvin, Bukowski og White, 2001).

Benas og Gibb gerðu rannsókn í þeim tilgangi að kanna tengslin milli andlegs eineltis í barnæsku og núverandi einkenna þunglyndis og átraskana hjá háskólastúdentum. Auk þess

lögðu þeir fram tilgátu um að ákveðin tegund munnlegs eineltis, eins og stríðni tengd þyngd, væri meira tengd átröskunareinkennum en þunglyndi. Alls tóku 203 háskólanemar þátt í rannsókninni og voru þeir allir í sálfræðiáfanga og fengu þátttökuna metna til eininga. Konur voru meirihluti þátttakenda eða 64% og var meðalaldur þátttakenda 19,07 ár (SD = 1,32). Niðurstöður rannsóknarinnar komu heim og saman við þá vitneskju sem þegar er til staðar, það er að munnlegt einelti í barnæsku og stríðni í tengslum við þyngd er tengd hærri tíðni átröskunareinkenna síðar á ævinni (Benas og Gibb, 2008; Neumark-Sztainer et al., 2002). Niðurstöðurnar um áhrif munnlegs eineltis náðu bæði yfir þá einstaklinga sem leiddust yfir í það að borða of mikið og þá sem borðuðu of lítið. Gera mætti frekari rannsóknir í framtíðinni sem leitast við að skoða mismunandi stríðni og kanna hvort einhverjir ákveðnir þættir væru líklegri til að leiða til þess að viðkomandi svelti sig eða borði of mikið. Þessar niðurstöður gætu orðið þýðingarmiklar í framtíðinni ef farið verður í að skoða ákveðna þætti sem gera þróun einnar röskunar líklegri en þróun annarrar (Benas og Gibb, 2008).

### *Íþróttir*

Einstaklingar með lystarstol lifa nánast í stöðugum ótta við að fitna og leita oft ýmissa leiða til að grenna sig, eða koma í veg fyrir að þeir bæti kílóum á sig. Leiðir sem einstaklingarnir nota til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, eða stuðla að þyngdartapi eru til dæmis að takmarka fæðuinntöku og að hreyfa sig til að hraða á brennslu líkamans.

Rannsóknir benda til þess að íþróttaiðkendur séu í aukinni áhættu á því að þróa með sér lystarstol. Ákveðnar íþróttagreinar eru taldar líklegri til að stuðla að þróun lystarstols, þær eru þyngdarflokkaíþróttir, listíþróttir og þolíþróttir.

Tafla 2: Yfirlit yfir þær íþróttagreinar sem taldar eru auka líkur á lystarstoli.

Þyngdarflokkaíþróttir (weight-class sports)	Glíma Kraftlyftingar Tae kwondo
Listíþróttir (aesthetic sports)	Fimleikar Listdans á skautum Dýfingar Sund dans
Þolíþróttir (endurance sports)	Langhlaup Sund Hjólreiðar

Ástæðurnar fyrir því að iðkun þessara íþróttar er talin líklegri til að stuðla að þróun lystarstols eru þær að til dæmis í þyngdarflokkaíþróttum er einstaklingum skipt í ákveðna keppnisflokka eftir líkamsþyngd þeirra. Í listíþróttum fær einstaklingurinn einkunn sem meðal annars tekur mið af vaxtarlagi hans. Í þolíþróttum er lág líkamsþyngd og grannt vaxtarlag talið tengjast auknum árangri (Patel, Greydanus, Pratt og Phillips, 2003).

Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því, að þó svo að margt íþróttafólk sé óeðlilega grannt er ekki þar með sagt að það sé með lystarstol. Til er afbrigði lystarstols sem kallast íþróttalystarstol (anorexia athletica) og einkennist af eftirfarandi:

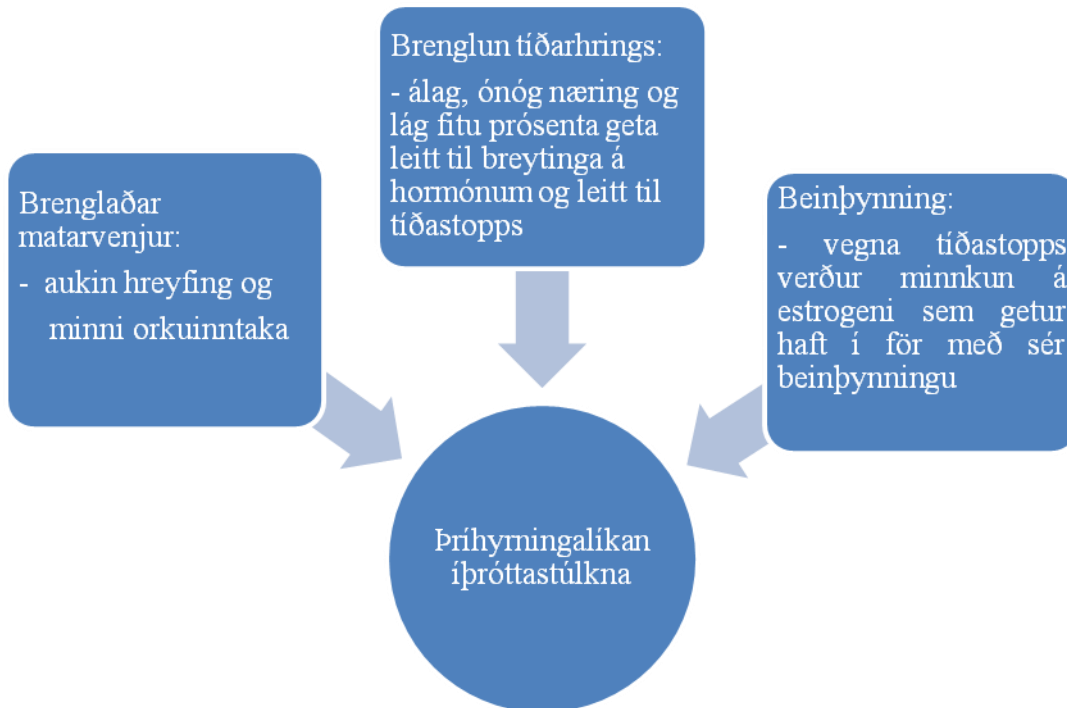
1. Ótti við að þyngjast þrátt fyrir að vera grannur.
  - a. Þyngd er 5% eða meira undir eðlilegum mörkum fyrir viðkomandi einstakling.
  - b. Vöðvamassi viðheldur þyngd fyrir ofan mörk lystarstols.
  - c. Brengluð líkamsímynd.
2. Takmörkuð hitaeininganeysla.

- a. Oft brotin upp með átköstum.
3. Hreyfing umfram því sem góðu hófi gegnir.
  - a. Oft í tengslum við aðrar megrunaraðferðir.
4. Truflun á tíðarstarfsemi.
  - a. Getur haft í för með sér seinkun á kynþroska
5. Magaverkir

Það getur reynst erfitt verkefni að greina lystarstol meðal íþróttafólks. Það er oft í mikilli afneitun og hefur mikla þörf fyrir að hafa stjórn á hlutunum, auk þess sem að lystarstoli fylgir oft mikil leynd (Currie og Morse, 2005).

Sett hefur verið fram ákveðið líkan sem nær yfir þætti sem tengjast lystarstoli og er kallað þríhyrningalíkan íþróttastúlkna (Female athlete triad). Þessir þættir geta haft áhrif á líkama og hegðun stúlkanna og eru þeir beinþynning, brenglaðar matarvenjur og brenglun tíðarhrings. Allir þessir þættir geta haft skaðleg áhrif á árangur og heilsu. Hornin á þríhyrningnum tengjast í gegnum sálfræðilega og lífeðlisfræðilega þætti (Birch, 2005).





Mynd 1:Þríhyrningslíkan íþróttastúlkna sem nær yfir líkamlega, sálfræðilega og lífeðlisfræðilega þætti.

Íþróttagreinar sem krefjast lágrar líkamsþyngdar til að ná auknum árangri hafa oft í för með sér auknar æfingar. Auknar æfingar, lítil orkuinntaka og álag getur leitt til lífeðlisfræðilegra breytinga á innkirtlakerfinu, haft áhrif á tíðahringinn og valdið tíðastoppi. Afleiðingar tíðastopps eru meðal annars þær að undirstúkan og heiladingullinn minnka framleiðslu á estrógeni, en estrógen á stóran þátt í að viðhalda beinþéttni. Minnki beinþéttni aukast líkurnar á því að beinþynning verði (Birch, 2005).

Það að byrja mjög ungur að stunda íþróttir getur verið áhættuþáttur fyrir þróun lysterstols. Sem dæmi má nefna að drengir byrja yfirleitt seinna að æfa fimleika en stúlkur og eru því taldir vera í minni áhættu fyrir þróun lysterstols, vegna þess að þeir eru taldir vera þroskaðri og meðvitaðri um mikilvægi góðrar næringar sem undirstöðu árangurs. Þó eru alltaf einhverjir drengir sem þróa með sér lysterstol og eru þeir sem æfa glímu, langhlaup, dans,

sund og róður taldir vera í mestri áhættu. Dæmi um leiðir sem drengir nota helst til að léttast eru að svelta sig, framkalla uppköst, nota stólpípu, nota þvagræsandi lyf og hægðalosandi lyf. Það sem greinir hegðun drengjanna helst frá hegðun stúlkanna er að þeir nota einnig gufuböð, tyggjó til að auka munnvatnsframleiðslu, hráku og sérstakan gúmmíbúning sem eykur uppgufun frá líkamanum (Currie og Morse, 2005; Hatmaker, 2005).

Á Íslandi var gerð rannsókn á 200 fimleikastúlkum á aldrinum 11-23 ára, meðalaldurinn var 13,9 ár. Rannsóknin var framkvæmd veturinn 1995-1996 og var úrtakið sjö fimleikafélög á höfuðborgarsvæðinu. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga tíðni átraskanna hjá fimleikastúlkum og hvaða mögulegir orsakapættir lögju þar að baki. Svarhlutfall rannsóknarinnar var 93,5%. Niðurstöður rannsóknarinnar átti að nýta til uppbyggingar fyrir forvarnarstarf. Gagnaöflun fólst í sérhönnuðum spurningalista sem innihélt 36 spurningar. Spurningarnar fjölluðu meðal annars um átröskun, fimleikaþjálfara, fjölskyldur og aðrar fimleikastúlkur. Þær stúlkur sem svöruðu tveimur eða fleiri spurningum sem tengdust átröskun voru álitnar vera með átröskun. Þær stúlkur sem taldar voru með átröskun voru bornar saman við þær sem ekki voru með átröskun (Margrét Sigmarsdóttir, 2000).

Niðurstöður rannsóknarinnar gáfu til kynna að átröskun væri til staðar hjá 17,1% fimleikastúlkna og þar af 1,1% með lysterstol. Eins og fram kom í faraldsfræðilega hluta ritgerðarinnar er hlutfall lysterstols í almennu þýði stúlkna 0,3% og þar af leiðandi mætti segja að lysterstol meðal fimleikastúlkna væri fjórfalt algengara. Algengast var að um létta átröskun (EDNOS) væri að ræða eða 15,5%. Flest öllum fimleikastúlkunum eða 96,2% fannst þær undir miklum eða töluverðum þrýstingi frá þjálfara sínum um að vera grannar. Meirihluti stúlkanna, eða 69,7% héldu því fram að þjálfari þeirra væri oft/stundum ráðandi um hegðun þeirra. Einnig taldi tæplega helmingur þeirra eða 45,4% að aðrar fimleikastúlkur réðu oft eða stundum hvernig þær hegðuðu sér. Ekki var tilgreint um hverslags hegðun væri að ræða. Út

frá rannsókninni var líkamsþyngd (BMI) stúlkanna reiknuð og kom í ljós að 90,2% voru með líkamsþyngd undir meðallagi. Algengi átraskana var meira eftir því stúlkurnar voru eldri (Margrét Sigmarsdóttir, 2000).

Aðrar rannsóknir á tíðni átraskana meðal fimleikastúlkna hafa sýnt mun hærri tíðni, 32-42%, en þessi íslenska rannsókn (Møller, 1993; Rosen, McKeag, Hough og Curley, 1986; Sundgot-Borgen, Klungland-Torstveit, 2004).

Tafla 3: Niðurstöður rannsókna á algengi átraskana hjá fimleikastúlkum.

Heimild	Gagnaöflun	Úrtak	Algengi átraskana
Margrét Sigmarsdóttir (2000)	<i>Spurningalisti</i>	200 fimleikastúlkur	17,1% fimleikastúlkna
Møller, Z. (1993)	<i>Spurningalisti og viðtöl</i>	522 íþróttastúlkur	42% fimleikastúlkna
Rosen, L.W. o.fl. (1986)	<i>Spurningalisti</i>	182 fimleikastúlkur	32% fimleikastúlkna
Sundgot-Borgen, J. o.fl. (2004)	<i>Spurningalisti og viðtöl</i>	572 íþróttastúlkur	42% fimleikastúlkna

Ástæður þessarar lágu tíðni í íslensku rannsókninni má meðal annars rekja til þess að meðalaldur íslensku fimleikastúlkna var lægri en í erlendu rannsóknunum. Einnig eru þær sem þróa með sér alvarlegt lysterstol líklegri til í að hætta í fimleikum vegna líkamlegra og andlegra afleiðinga sjúkdómsins. Eins og fram kemur að ofan er hlutfall léttrar átröskunar

fremur hátt og líkleg skýring á því er sú að umhverfi fimleikastúlkna getur mögulega kallað fram léttu átröskun, sem gæti svo að lokum leitt til alvarlegrar átröskunar.

Niðurstöður rannsóknar Margrétar Sigmarsdóttur (2000) mætti heimfæra á allar fimleikastúlkur á Norðurlöndunum og að einhverju leyti á stúlkur sem æfa íþróttir þar sem mikið er lagt upp úr grönnum líkama. Hafa ber í huga að þessi rannsókn var framkvæmd fyrir um 15 árum og hefur margt breyst í fimleikasamfélögum hérlandis. Íslenskt fimleikafólk er að ná sífellt lengra á erlendum vettvangi og má meðal annars rekja þann árangur til strangari æfinga og aukins fjölda iðkenda. Þessi aukni árangur og mikli fjöldi iðkenda gerir það að verkum að fleiri eru útsettari fyrir átröskunarsjúkdómum. Áhugavert væri ef einhver endurtæki þessa rannsókn til að hægt væri að gera samanburð og sjá hvort ástandið hafi breyst til hins betra eða verra.

Ljóst er að samband er milli þess að stunda íþróttir og að þróa með sér lystarstol. Það er þó ekki hægt að kenna íþróttaiðkun einni og sér um vandamálið því um samspil margra þátta er að ræða. Rannsóknir stangast á varðandi það hvort það sé verndandi gegn þróun lystarstols að vera í úrvalshóp íþróttar eða ekki. Íþróttaiðkun getur haft góð áhrif á einstaklinga en talið er að íþróttir sem stundaðar eru með það að markmiði að hafa gaman af, að halda sér í formi eða njóta félagslegra samskipta geta verið verndandi, sérstaklega hjá stúlkum á kynþroskaskeiði (Currie og Morse, 2005; Smolak, Murnen og Ruble, 2000).

### *Þættir tengdir fjölskyldu*

Strax á barnaskólaaldri fara að vakna áhyggjur af eigin líkamsímynd hjá sumum börnum. Þau börn fara þá að leita leiða til þess að léttast og auka vöðvamassa. Skilaboð frá foreldrum um hinn fullkomna líkama hvetja börn til þess að samræma sig að þeirri staðallíkamsímynd sem tíðkast í þjóðfélaginu. Á þessum aldri eru börn á viðkæmu

þroskastigi og sjálfsmynd þeirra er ekki fullmótuð og í stöðugri þróun. Hvers konar skilaboð um líkamann geta því haft mikil áhrif á hugsun barnanna (McCabe, Ricciardelli, Stanford, Holt, Keegan og Miller, 2007). Skilaboð um löggun, þyngd og matarvenjur barna geta haft áhrif á líkamsímynd þeirra og leitt til átröskunarsjúkdóma (Wade og Lowes, 2002).

Þrátt fyrir ungan aldur barna hefur það sýnt sig að mæður senda mismunandi skilaboð til drengja og stúlkna. Mæður hafa áhyggjur af því þegar dætur þeirra þyngjast, þær reyna að tala ekki um það, heldur passa uppá mataræðið og hvetja dætur sínar til þess að hreyfa sig meira. Mæður virðast hinsvegar frekar hafa áhyggjur af því að synir þeirra séu of léttir, en of þungir. Þær vilja að synirnir byggi upp vöðvamassa og líti hraustari út (McCabe, Ricciardelli, Stanford, Holt, Keegan og Miller, 2007). Einnig geta mæður aukið líkur á átröskunarsjúkdómi hjá barni sínu með því að óska þess að það væri grennra og með því að vera lélegar fyrirmyndir (Patel, Wheatcroft, Parker og Stein, 2002). Ef feður leggja mikið upp úr því að vera grannir og eru haldnir fullkomunaráráttu getur það ýtt undir þróun átröskunarsjúkdóma hjá börnum þeirra (Canals, Sancho og Arija, 2009). Þrátt fyrir að bæði mæður og feður hafi áhrif á þyngdarmissi dætra sinna eru dæturnar líklegri til þess að ræða þyngdarmissi við móður sína. Foreldrar virðast vera líklegri til þess að gagnrýna líkamsvöxt dætra sinna en sona sinna (Vincent og McCabe, 2000). Rannsókn ein sýndi að unglingsstúlkur, sem eiga mæður með óheilbrigðar matarvenjur eru þrisvar sinnum líklegri til þess að þróa með sér óheilbrigðar matarvenjur. Þetta samband var ekki skoðað með tilliti til feðra (Yanez, Peix, Atserias, Arnau og Burg, 2007).

Í rannsókn meðal 197 bandarískra stúlkna á fimmta aldursári og foreldra þeirra kom í ljós að 34-65% stúlkanna höfðu hugmyndir um hvað það væri að vera í megrun, hvers vegna fólk færi í megrun og hvernig megrun færi fram. Þær stúlkur sem áttu mæður sem voru í megrun eða höfðu verið í megrun voru tvisvar sinnum líklegri til þess að hafa slíkar

hugmyndir um megrun. Um 90% mæðranna höfðu verið í megrun nýlega. Rannsóknin leiddi í ljós að flestar stúlkanna töldu að þyngdaraukning stafaði einungis af því að borða of mikið, eða borða ranga fæðu. Fáar af stúlkunum töldu skort á hreyfingu vera ástæðu fyrir þyngdaraukningu. Ekki var neitt samband á milli megrunar hjá föður og megrunarhugmynda hjá stúlkunum (Abramovitz og Birch, 2000).

Árið 1997 var gerð rannsókn á Spáni á 2864 stúlkum á aldrinum 12 til 21 árs. Tilgangur hennar var að bera kennsl á áhættuþætti fyrir þróun átraskana. Notaður var sérstakur spurningarlisti ásamt DSM-IV viðmiðum um átraskanir til þess að greina hverjar af stúlkunum væru með átröskun. Þær stúlkur sem ekki voru taldar vera með átröskun var fylgt eftir 18 mánuðum seinna og voru þær þá látnar endurtaka spurningarlistann. Í ljós kom að átraskanir reyndust algengari hjá þeim stúlkum sem áttu foreldra sem höfðu skilið, voru ekki í sambúð eða voru ekkjur/ekklar, sé miðað við þær stúlkur sem áttu foreldra sem voru giftir. Ástæðurnar fyrir þessu voru taldar vera þær að einstæðir foreldrar væru ekki jafn vel í stakk búnir til þess að fræða stúlkurnar um mikilvægi heilbrigðra matarvenja. Einnig kom í ljós að þær stúlkur sem borðuðu einar voru líklegri til þess að þróa með sér átraskanir (Martínez-González, Gual, Lahortiga, Alonso, Irala-Estévez og Cervera, 2003).

Reglulegar fjölskyldumáltíðir geta verið fyrirbyggjandi þáttur gegn átröskun og offitu auk þess sem það getur styrkt verulega samband og samskipti fjölskyldunnar. Það eru ákveðnir þættir sem geta haft jákvæð áhrif á heilbrigðar matarvenjur unglunga og þá sérstaklega unglingsstúlkna, það eru reglulegir matmálstímar og hollar og vel samsettar máltíðir þar sem fjölskyldan borðar saman (Neumark – Sztainer, Wall, Story og Fulkerson, 2004).

### *Áhrif fjölmiðla*

Fjölmiðlar í dag eru í gríðarlega góðri aðstöðu til þess að hafa áhrif á ungar stúlkur. Þeir eru stöðugt að birta myndir af fyrirsætum sem taldar eru staðalímyndir ungra stúlkna, en í raun eru þær alltof grannar. Amerískar fyrirsætur eru að meðaltali 180 cm á hæð og 53 kg, en meðal ameríska konan er hins vegar 163 cm á hæð og 63 kg. Þegar unglingsstúlkurnar ná ekki að uppfylla sömu staðla og tággrönnu fyrirmyndir þeirra, getur það leitt til þess að þær verða óánægðar með líkama sinn og þróa með sér óvenjulegar matarvenjur sem síðar geta leitt til átraskana. Í raun eru þær kröfur sem stúlkur gera til sjálfs síns, um að uppfylla sömu útlitsímynd og fyrirsætur og leikkonur mjög óraunhæfar. Ástæðurnar fyrir þessum óraunhæfu kröfum eru þær að fyrirsætur og leikkonur hafa oft en ekki einkapjálfa og jafnvel kokka til þess að aðstoða sig við að líta vel út (Andrist, 2003).

Þeir fjölmiðlar sem rannsóknir hafa sýnt að hafi mest áhrif á ungt fólk eru tímarit, sjónvarp, bíómyndir, tónlistarmyndbönd og vefsíður (Bardone-Cone og Cass, 2006). Áhrifin eru mjög víðtæk og geta náð til allra aldurshópa og eru til heimildir fyrir því að börn allt niður í fimm ára aldur hafi áhyggjur af líkamslögun sinni og vilji grennast (Andrist, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að innihald þess efnis sem einstaklingar horfa á skiptir meira máli en tímalengdin. Það er því mikilvægt að foreldrar séu meðvitaðir um hvaða efni börn þeirra horfa á í sjónvarpi, skoða á netinu, eða lesa í tímaritum. Hafi foreldrar áhyggjur af fjölmiðlanotkun barna sinna er nauðsynlegt að þeir grípi til viðeigandi ráðstafana. Það er hægt að gera með því að loka fyrir ákveðnar netsíður á heimilinu og hafa tölvur og sjónvarp á opnu svæði þar sem foreldrar geta fylgst með því sem verið er að skoða. Einnig er nauðsynlegt að foreldrar setjist niður með börnum sínum og fræði þau um heilbrigða líkamsímynd og kenni þeim að taka því sem fjölmiðlar segja og sýna, með gagnrýnu hugarfari. Foreldrar verða að vera góðar fyrirmyndir með tilliti til hreyfingar og mataræðis og

síðast en ekki síst að aðstoða börn sín við að efla sjálfstraust sitt og vera ánægð með sjálft sig (Ashby og Rich, 2005; Bardone-Cone og Cass, 2006; Tiggemann, 2005).

Árið 2006 voru birtar niðurstöður rannsóknar sem skoðaði áhrif „Pro-Anorexia“ vefsíðna á tilfinninga – og vitsmunalega þætti stúlkna. Úrtakið var 24 stúlkur á aldrinum 18 til 20 ára. Rannsóknin fór þannig fram að útbúnar voru þrjár gervivefsíður, „Pro-Anorexia“ vefsíða, tískusíða með fyrirsætum sem voru í meðalþyngd og hlutlaus síða um skreytingar heimilisins (Bardone-Cone og Cass, 2006).

Stúlkunum var skipt í þrjá hópa og voru þær látnar svara spurningarlista og í framhaldi af því fékk hver og ein stúlka ákveðna vefsíðu sem hún átti að skoða í 25 mínútur. Að þeim tíma loknum áttu stúlkurnar að svara spurningarlistanum aftur. „Pro-Anorexia“ vefsíðan innihélt upplýsingar um lystarstol, lotugræðgi, líkamsæfingar og ráð um það hvernig ætti að svelta sig, kasta upp og afsaka það að borða ekki. Einnig kom fram hvernig fela mætti átraskanir fyrir öðrum og myndaalbúm með megrunaráróðri. Í myndaalbúmunum voru myndir af frægum einstaklingum og fyrirsætum sem voru óeðlilega horaðar sem og einstaklingum sem þjáðust af mikilli offitu. Einnig var mögulegt að stofna til vinasambands þar sem einstaklingarnir studdu hvern annan í því að fasta saman og höfðu markmið um að ná ákveðinni þyngd (Bardone-Cone og Cass, 2006).

Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að neikvæð áhrif jukust einungis hjá þeim stúlkum sem skoðuðu „Pro-Anorexia“ vefsíðuna. Þær stúlkur sem skoðuðu „Pro-Anorexia“ vefsíðuna upplifðu sjálfsálit sitt minna og upplifðu sig þyngri en þær voru í raun og veru og minna aðlaðandi. Þær stúlkur sem skoðuðu hinar síðurnar upplifðu ekki þessar breytingar (Bardone-Cone og Cass, 2006).

Þessi rannsókn var í raun tilraunarannsókn sem endurtaka þyrfti með stærra úrtaki til þess að hægt væri að fá tölfræðilega marktækar niðurstöður. Niðurstöður þessarar rannsóknar



staðfesta þó það sem fyrri heimildir gefa til kynna að það að skoða „Pro-Anorexia“ vefsíður hafi neikvæð áhrif á sjálfsmynd stúlkna (Bardone-Cone og Cass, 2006).

Fjölmiðlar hafa einnig áhrif á drengi, en áhrifin eru önnur en á stúlkur. Ástæðan er sú að staðalímyndir drengja og stúlkna eru ólíkar. Meiri áhersla er lögð á vöðvamassa heldur en grannan líkamsvöxt, og eru kröfurnar orðnar það miklar að nær ógerlegt er fyrir flesta drengi að uppfylla þær, án þess að nota ólögleg efni eins og stera. Drengir eru sáttari við líkamsþyngd sína og reyna að auka hana með því að bæta á sig vöðvamassa. Það gera þeir með því að æfa sem mest og lyfta lóðum (Tiggemann, 2005; Utter, Neumark-Sztainer, Wall og Story, 2003).

Mikil áhrif fjölmiðla á ungt fólk mætti einnig nýta til þess að hafa jákvæð áhrif. Hægt er að koma ýmsum forvarnarskilaboðum áleiðis til dæmis um heilbrigðar matarvenjur og hreyfingu. Slík skilaboð gætu haft góð áhrif og vegið á móti þeim neikvæðu áhrifum sem fjölmiðlar senda frá sér (Tiggemann, 2005).

### *Tengsl geðraskana við lystarstol*

Talið er að kvíðaraskanir geti verið áhættuþáttur fyrir þróun lystarstols, og hefur hærrí tíðni kvíðaraskana greinst hjá lystarstolssjúklingum en viðmiðunarhópum. Kvíðaraskanirnar eiga oftast rætur að rekja til bernskuára einstaklinganna, og getur það stutt þá tillögu að kvíðaraskanir geri einstaklinga í sumum tilfellum viðkvæmari fyrir þróun lystarstols (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich og Masters, 2004).

Rannsóknir hafa sýnt að allt að 75% lystarstolssjúklinga greinast með eina eða fleiri kvíðaröskun einhvern tíma á lífsleiðinni. Helstu kvíðaraskanirnar eru árátta- og þráhyggjuröskun, félagsfælni, almenn og sértæk kvíðaröskun, ofsakvíði og aðskilnaðarkvíði. Meirihluti einstaklinganna hafði að minnsta kosti eina kvíðaröskun í æsku eða áður en

átröskunartímabil hófst (Godart, Flament, Lecrubier og Jeammet, 2000; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich og Masters, 2004). Íslensk rannsókn sem gerð var á árunum 1983 til 2008 og minnst hefur verið á hér að framan leiddi í ljós að tæplega 35% lystarstolssjúklinga fengu einnig aðra geðgreiningu. Algengustu geðgreiningarnar í þessari rannsókn voru kvíðaraskanir og lyndisraskanir (Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2010).

Hjá lystarstolssjúklingum eru algengustu kvíðaraskanirnar félagsfælni og árátta- og þráhyggjuröskun. Rannsóknir á tíðni félagsfælni hjá lystarstolssjúklingum eru mjög á reiki og hafa verið birtar tölur allt frá 22 til 55%. Niðurstöður rannsókna á árátta- og þráhyggjuröskun meðal lystarstolssjúklinga spanna einnig vítt svið og er tíðnin talin vera á bilinu 19-35% (Godart, Flament, Lecrubier og Jeammet, 2000; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich og Masters, 2004).

Tafla 4: Niðurstöður rannsókna á tíðni félagsfælni meðal lystarstolssjúklinga.

Heimild	Úrtak	Tíðni félagsfælni
Godart o.fl. (2000)	29	55%
Godart o.fl. (2003)	166	31%
Kaye o.fl. (2004)	94	22%

Tafla 5: Niðurstöður rannsókna á tíðni árátta- og þráhyggjuröskunar meðal lystarstolssjúklinga.

Heimild	Úrtak	Tíðni árátta - og þráhyggjuröskunar
Godart o.fl. (2000)	29	21%
Godart o.fl. (2003)	166	19%
Kaye o.fl. (2004)	94	35%
Lilenfeld o.fl. (1998)	26	31%

Margt er talið líkt með lystarstoli og árátta- og þráhyggjuröskun til dæmis er fullkonnunarárátta talin eitt af greiningar- og viðhaldsviðmiðum í báðum sjúkdómum (Maia o.fl. 2009). Einkenni lystarstols eru meðal annars mikill ótti við að þyngjast og að vera heltekin af hugsunum um mat, þyngd og líkamsímynd. Það að hafa ákveðnar matarvenjur, vera stöðugt í megrun, stíga margoft á dag á vigt, vera stöðugt að skoða líkama sinn í spegli og stunda óhóflegar líkamsæfingar, eru dæmi um hegðun lystarstolssjúklinga sem flokka má sem áráttahegðun. Það sem aðgreinir lystarstol frá árátta- og þráhyggjuröskun, er að hjá lystarstolssjúklingum beinist áráttan að þeim sjálfum en hjá sjúklingum með árátta- og þráhyggjuröskun beinist áráttan að stærra sviði en þeim sjálfum til dæmis spillingu. Hegðun sjúklinga með árátta- og þráhyggjuröskun felst oft í því að reyna að koma í veg fyrir það að eitthvað slæmt gerist. Það sem aðgreinir þessa tvo sjúkdóma enn frekar er það að árátta- og þráhyggjuröskun svarar yfirleitt þunglyndislyfjum og atferlismeðferð vel, en það gerir

lystarstol hins vegar yfirleitt ekki (Godart, Flament, Lecrubier og Jeamment, 2000; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich og Masters, 2004).

### *Tengsl áfengis og vímuefna við lysterstol*

Á síðustu áratugum hafa komið fram fjölmargar rannsóknir sem gefa til kynna að neysla áfengis og vímuefna sé algengari meðal kvenna með átraskanir (Root, Poyastro Pinheiro, Thornton, Strober, Fernando-Aranda og Brandt, 2009; Stock, Goldberg, Corbett og Katzman, 2002; Wiederman og Pryor, 1996). Það er þó misjafnt milli rannsókna hvernig vímuefnin eru flokkuð og fjöldi hópa sem þátttakendum er skipt upp í er mjög breytilegur. Algengt er að skipta þátttakendum í þá sem eru með lotugræðgi (bulimia nervosa), þá sem eru með lysterstol (anorexia nervosa restricting) og lysterstol með átköstum og uppköstum (anorexia nervosa binge eating/purging).

Wiederman og Pryor (1996) báru saman konur með lotugræðgi og konur með lysterstol með tilliti til notkunar áfengis og vímuefna. Þau komust að því að konur með lotugræðgi voru mun líklegri en konur með lysterstol til að hafa misnotað áfengi, amfetamín, marijúana, róandi lyf og kókaín. Amfetamín notkun kvenna með lysterstol var í beinu sambandi við hversu langt þær gengu í að svelta sig. Það hversu langt konurnar gengu í átköstum spáði fyrir um notkun róandi lyfja og alvarleiki uppkasta spáði fyrir um notkun áfengis, kókaíns og um reykingar. Ástæðan fyrir því að konur með lysterstol leitast við að nota amfetamín frekar en önnur efni er líklega sú að amfetamíneysla dregur úr matarlyst og eykur efnaskiptahraða líkamans og getur þannig hjálpað til við þyngdartap og dregið úr fæðuinntöku (Sansone og Sansone, 1994).

Stock, Goldberg, Corbett og Katzman (2002) gerðu svipaða rannsókn í þeim tilgangi að reyna að finna tíðni vímuefnaneyslu hjá unglingsstúlkum með átröskun. Niðurstöður

rannsóknarinnar leiddu í ljós að það sama á við um neyslu unglunga og fullorðinna kvenna hvort sem viðkomandi er með lystarstol, lotugræðgi eða undirflokkka þeirra. Það sem kom einnig fram í þessari rannsókn voru ástæðurnar fyrir því að nota eða nota ekki áfengi og vímuefni. Þær sem voru með lystarstol sögðu ástæðurnar fyrir því að nota ekki áfengi eða vímuefni þær að þeim fyndist það vont á bragðið, væri slæmt fyrir heilsu þeirra, væri gegn þeirra trú eða væri of dýrt. Þær sem voru með lotugræðgi sögðu ástæðurnar fyrir því að þær notuðu efnin vera til að geta slakað á, losað sig við reiði, til að forðast það að borða og til að „komast í burtu“ frá vandamálunum. Það sem helst mætti þó gagnrýna við þessa rannsókn er að ástæðurnar sem stúlkurnar gefa upp fyrir að nota ekki áfengi eða vímuefni eru nokkuð svipaðar og þær ástæður sem flestir aðrir myndu gefa upp sem ekki nota áfengi eða vímuefni.

Átröskunarsjúkdómar og vímuefnavandamál eiga það sameiginlegt að þau einkennast af fíknieinkennum eins og löngunum (craving), skorti á sjálfstjórn og afneitun (Pearlstein, 2002). Hvað algengi átraskana og vímuefnavandamál varðar hafa rannsóknir leitt það í ljós, að það að hafa annan hvorn sjúkdóminn eykur líkurnar á að fá hinn (Wiederman og Pryor, 1996). Konur með átröskunarsjúkdóm eða vímuefnasjúkdóm (substance use disorder), eru fjórum sinnum líklegri til að þróa með sér hina sjúkdómsgreininguna heldur en konur í almenna þýðinu sem hafa hvoruga greininguna (Gadalla og Piran, 2007). Þetta er töluvert áhyggjuefni þar sem að báðar þessar sjúkdómsgreiningar hafa í raun hæstu dánartíðnina af öllum geðrænum sjúkdómsgreiningum (Franko, Dorer, Keel, Jackson, Manzo og Herzog, 2005). Þegar einstaklingur uppfyllir skilyrði þeirra beggja, má eiga von á verri sjúkdómsgangi og lélegri batahorfum (Pearlstein, 2002).

Þó nokkuð margar kenningar hafa sprottið fram í þeim tilgangi að skýra tengsl fíknar og átröskunarsjúkdóma. Má þar nefna fíknimódelið (addictions model), erfðafræðilegt módel (genetic heritability model), líffræðilegt módel (biological model) og persónuleika módel

(personality/temperament model). Fíknimódelið sem Cooper (1989) kom fram með leggur áherslu á svipuð einkenni sem eru undirliggjandi fyrir báða sjúkdómana svo sem löngun, skortur á sjálfsstjórn og afneitun. Erfðafræðilega módelið skoðaði erfðafræðileg tengsl milli raskananna beggja sem og áhættuþætti innan fjölskyldna. Ranson, McGue og Iacono (2003) rannsökuðu tengsl milli átraskana og vímuefnavandamála í fjölskyldum. Það var gert með því að mæla fylgni milli vímuefnavandamála og átraskana hjá foreldrum og einkennum þeirra og vímuefnavandamála og átraskana hjá börnum og einkennum þeirra. Niðurstöður þeirra gefa til kynna að vímuefnavandamál og átraskanir eru ekki mismunandi birtingarmyndir af sömu röskuninni, heldur er líklegra að um tvær ólíkar raskanir sé að ræða. Líffræðilega módelið leggur áherslu á sameiginlega eiginleika í virkni taugakerfisins í báðum röskunum. Til að mynda verða truflanir í dópamín kerfinu og serótónín kerfinu í báðum röskunum (Pearlstein, 2002). Líffræðilega módelið leggur einnig áherslu á líkamleg einkenni. Langvarandi neysla vímuefna og átraskanir framkalla svipuð líkamleg einkenni svo sem þyngdartap, aukna eða minnkaða matarlyst, hægari eða hraðari hjartslátt, þreytu, vöðvaslappleika, einbeitingarörðugleika og fleira. Þetta módel hefur hinsvegar verið gagnrýnt fyrir að taka ekki mið af því að líklegt þykir að sveltir líkamar bregðist við vímuefnum með öðrum hætti en hraustir líkamar (Woodside og Staab, 2006). Að lokum má nefna persónuleika módelið sem vill meina að það séu ákveðnir persónulegir eiginleikar og geðslag sem gera einstaklinga viðkvæmari fyrir þróun átraskana og vímuefnavandamála en þeir eru til dæmis fullkonnarárátta og félagsleg einangrun (Pearlstein, 2002).

Ekki er enn unnt að segja til um hvers vegna sumir einstaklingar með átröskun eigi við vímuefnavandamál að stríða og aðrir ekki, þörf er á frekari rannsóknum til að ákvarða hvernig meðal annars persónuleiki og umhverfi tengjast vímuefnaneyslu í þessum tiltekna

hóp (Wideman og Pryor, 1996). Mikilvægt er að taka tillit til þess að misjafnt er eftir tilfellum hvort lystarstol sé orsök eða afleiðing af áfengis- og vímuefnaneyslu.

## Umræður

Í þessum kafla verður fjallað um niðurstöður fræðilegu samantektarinnar og rannsóknarspurningunum svarað. Rætt verður um orsakir, tíðni, afleiðingar, horfur og áhættuþætti lystarstols. Að lokum verður fjallað um gildi fræðilegu samantektarinnar fyrir hjúkrun og komið með tillögur að frekari rannsóknum og úrræðum.

### *Rannsóknarspurningum svarað*

Lystarstol telst til alvarlegra og langvinnra geðsjúkdóma og eru batahorfurnar mjög mismunandi. Lystarstol kemur yfirleitt fyrst fram á aldrinum 13 til 20 ára og eru stúlkur í miklum meirihluta (Sigurlaug Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Talið er að um 1,4 til 2,0% kvenna þjáist einhvern tíma á lífsleiðinni af lystarstoli en ekki nema 0,1 - 0,2% karla (Stice og Peterson, 2007). Það hvenær þróun lystarstols hefst, hefur áhrif á batahorfur einstaklinga. Því fyrr sem einkennin koma fram því betur gengur að ná tókum á þeim (Steinhausen, 2002). Sjúkdómseinkennin birtast í óheilbrigðum matarvenjum og mikilli löngun til að grennast (Sigurlaug Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV verður truflun á líkamsímynd og lífa einstaklingarnir í stöðugum ótta við að þyngjast. Til viðbótar við þessi einkenni geta birst mörg fleiri, til dæmis hárlos, vöxtur dúkenndra hára, kuldaþrollur, félagsleg einangrun og einbeitingarskortur (Buckroyd, 1997).

Orsakir lystarstols eru enn að nokkru leyti huldar, en upp hafa komið ýmsar kenningar sem leitast við að skýra orsakirnar út frá nokkrum mismunandi sjónarmiðum. Þess ber þó að geta að ekkert eitt sjónarmið getur skýrt orsakirnar að fullu leyti, heldur er þetta samspil margra þátta (Odgen, 2010; Stuart, 2009).



Lystarstoli geta fylgt alvarlegir líkamlegir fylgikvillar sem stafa fyrst og fremst af næringarskortri. Sem dæmi um algenga líkamlega fylgikvilla má nefna húðvandamál, vandamál frá hjarta- og æðakerfi, stoðkerfisvandamál, vandamál tengd æxlunarkerfi og ónæmiskerfi (Miller, Grinspoon, Ciampa, Hier, Herzog og Klibanski, 2005). Sjúkdómurinn getur orðið það slæmur að hann dragi einstaklinga til dauða og hafa niðurstöður rannsókna sýnt dánartíðni á bilinu 5-20% (Lucas, Beard, O'Fallon og Kurland, 1991). Lystarstoli fylgja einnig ýmsar sálfræðilegar og félagslegar afleiðingar. Þessar afleiðingar koma meðal annars fram í geðsveiflum, fullkominaráráttu og félagslegri einangrun (Landspítali Háskólasjúkrahús, 2006).

Líkamsímynd er talin vera einn af þeim þáttum sem hefur hvað mest áhrif á sjálfsálit einstaklinga (O'Dea og Abraham, 2000). Rannsóknir hafa leitt í ljós að líkamsóánægja getur bæði verið áhættuþáttur og viðhaldsþáttur átröskunarsjúkdóma. Hjá lystarstolssjúklingum er það ekki eingöngu líkamsóánægja sem hefur áhrif á einstaklingana, heldur þjást þeir einnig af brenglaðri líkamsímynd en þá skynjar einstaklingur líkama sinn stærri en hann er í raun og veru (Stice og Shaw, 2002). Rannsóknir hafa sýnt að líkamsóánægja getur byrjað strax á grunnskólaaldri og þá aðallega hjá stúlkum. Þær leitast þá við að fara í megrun og hreyfa sig meira í þeim tilgangi að breyta líkamsvexti sínum. Þetta gerir þessar stúlkur viðkvæmari fyrir þróun átröskunarsjúkdóma (Smolak, 2005).

Þrýstingur frá jafningjum um það að vera grannur hefur í för með sér óánægju með eigin líkama, en eins og kom fram að ofan er léleg líkamsímynd áhættuþáttur fyrir þróun átröskunarsjúkdóma (Stice, Maxfield og Wells, 2003). Þessi þrýstingur er yfirleitt meiri hjá stúlkum en drengjum og eru áhrifin mest í kringum kynþroskaaldurinn og koma helst frá vinkonum (Gravener, Haedt, Heatherton og Keel, 2008). Hjá drengjum snýst þrýstingurinn að mestu um það að auka vöðvamassa sinn og getur það leitt til notkunar á ólöglegum

vöðvaupbyggjandi efnum, til dæmis sterum. Telja má að steranotkun hjá unglingsdreygjum sé jafn algeng og lystarstol hjá unglingsstúlkum (Smolak, 2004).

Fordómar barna og unglunga gagnvart þyngd hafa aukist síðastliðin ár og er því stríðni tengd þyngd orðið aukið vandamál (Latner og Stunkard, 2003). Stríðni tengd þyngd getur haft áhrif á líkamsímynd sem getur aukið líkur á þróun átröskunareinkenna. Þegar stríðnin kemur frá jafningjum getur það leitt til þess að þeir sem verða fyrir stríðninni fari í megrun (Lieberman, Gauvin, Bukowski og White, 2001).

Strax á grunnskólaaldri geta vaknað upp áhyggjur hjá börnum um eigin líkamsímynd. Á þessum aldri eru börn á viðkvæmu þroskastigi og í stöðugri mótun. Hvers konar skilaboð um líkamann geta því haft áhrif á líkamsímynd þeirra og leitt til átröskunarsjúkdóma (McCabe, Ricciardelli, Stanford, Holt, Keegan og Miller, 2007; Wade og Lowes, 2002). Mæður hafa oft áhyggjur af því ef dætur þeirra eru of þungar en hins vegar er algengara að þær hafi áhyggjur af því að synir þeirra séu of léttir (McCabe, Ricciardelli, Stanford, Holt, Keegan og Miller, 2007). Reglulegar fjölskyldumáltíðir geta virkað sem fyrirbyggjandi þáttur gegn átröskunum og geta einnig haft jákvæð áhrif á heilbrigðar matarvenjur unglunga (Neumark – Sztainer, Wall, Story og Fulkerson, 2004).

Ljóst er að samband er milli þess að stunda íþróttir og að þróa með sér lystarstol. Það er þó ekki hægt að kenna íþróttaiðkun einni og sér um, heldur er um samspil margra þátta að ræða. Ákveðnar íþróttir eru taldar líklegri en aðrar til að stuðla að þróun lystarstols til dæmis fimleikar, hjólreiðar og kraftlyftingar (Patel, Greydanus, Pratt og Philips, 2003). Því yngri sem einstaklingar byrja að stunda íþróttir þeim mun meiri áhættu eru þeir fyrir því að þróa með sér lystarstol. Stúlkur byrja til að mynda yfirleitt fyrr að æfa fimleika en drengir og eru því taldar í meiri áhættu fyrir þróun lystarstols. Megrunaraðferðir stúlkna og drengja eru þó ólíkar líkt og komið hefur fram (Currie og Morse, 2005; Hatmaker, 2005). Þess ber að geta að

til er afbrigði lystarstols sem kallast íþróttalystarstol og eru greiningarviðmið þess ekki þau sömu og greiningarviðmið lystarstols (Currie og Morse, 2005).

Fjölmiðlar hafa mikil áhrif á ungar stúlkur og drengi og eru staðalímyndirnar sem fjölmiðlar birta mjög öfgakenndar. Erfitt er fyrir unglinga að uppfylla þessar staðalímyndir með heilbrigðum hætti og getur það leitt af sér brenglaðar matarvenjur og jafnvel þróast yfir í lystarstol hjá stúlkum. Drengirnir leiðast hinsvegar oft úr í notkun á ólöglegum efnum til að byggja upp vöðvamassa (Andrist, 2003; Tiggemann, 2005; Utter, Neumark-Sztainer, Wall og Story, 2003). Þeir fjölmiðlar sem eru í bestri aðstöðu til að hafa áhrif á líkamsmynd einstaklinga eru tímarit, sjónvarp, tónlistarmyndbönd og vefsíður og er það innihald efnisins sem skiptir mestu máli (Bardone-Cone og Cass, 2006). Nauðsynlegt er að foreldrar séu góðar fyrirmyndir fyrir börn sín, fræði þau og aðstoði við að efla sjálfstraust sitt (Ashby og Rich, 2005; Bardone-Cone og Cass, 2006; Tiggemann, 2005).

Oft má rekja upphaf kvíðaraskana til bernskuára einstaklinga. Það getur stutt þá tillögu að kvíðaraskanir geri einstaklinga í sumum tilfellum viðkvæmari fyrir þróun lystarstols. Hærrí tíðni kvíðaraskana hefur greinst hjá lystarstolssjúklingum og hafa rannsóknir sýnt fram á að allt að 75% lystarstolssjúklinga greinist með eina eða fleiri kvíðaröskun einhvern tíma á lífsleiðinni (Godart, Flament, Lecrubier og Jeammet, 2000; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich og Masters, 2004).

Átröskunarsjúkdómar og vímuefnavandamál eiga það sameiginlegt að þau einkennast af fíkníeinkennum eins og löngunum, skorti á sjálfsstjórn og afneitun (Pearlstein, 2002). Rannsóknir hafa sýnt að neysla áfengis- og vímuefna virðist algengari meðal kvenna með átraskanir (Root, Poyastro Pinheiro, Thornton, Strober, Fernando-Aranda og Brandt, 2009; Stock, Goldberg, Corbett og Katzman, 2002; Wiederman og Pryor, 1996). Konur sem þjást af lystarstoli og eiga við vímuefnavandamál að stríða, neyta frekar amfetamíns og er ástæðan

talín vera sú að amfetamín neysla dregur úr matarlyst og eykur efnaskiptahraða líkamans og getur þannig auðveldað þyngdartap (Sansone og Sansone, 1994). Hvað algengi átraskana og vímuefnavandamál varðar, hafa rannsóknir leitt í ljós að það að hafa annan hvorn sjúkdóminn eykur líkurnar fjórfalt á að fá hinn (Wiederman og Pryor, 1996). Þetta verður að teljast áhyggjuefni þar sem að báðar þessar sjúkdómsgreiningar hafa í raun hæstu dánartíðnina af öllum geðrænum sjúkdómum (Franko, Dorer, Keel, Jackson, Manzo og Herzog, 2005).

### *Ályktanir og gildi fyrir hjúkrun*

Eftir að hafa fjallað um lystarstol, tíðni, horfur og áhættuþætti finnst höfundum viðeigandi að ræða stuttlega um þau meðferðarúrræði sem staðið hafa átröskunarsjúklingum til boða síðastliðin ár á Íslandi. Á síðastliðnum 10 árum virðist hafa orðið vitundarvakning í tengslum við þjónustuúrræði lystarstolssjúklinga og aðstandendur þeirra. Til að mynda var Spegillinn stofnaður árið 2002 og Forma árið 2005. Spegillinn voru samtök stofnuð af aðstandendum átröskunarsjúklinga til minningar um Gerðu Björg Sandholt en hún lést úr sjúkdómnum árið 2002. Tilgangur samtakanna var að sjá fyrir fræðslu, forvörnum og meðferðarúrræðum fyrir átröskunarsjúklinga. Einnig var í boði sjálfshjálparhópur fyrir aðstandendur átröskunarsjúklinga sem og stuðningur við aðstandendur (Garðabær, e.d.). Forma voru samtök átröskunarsjúklinga sem beindu sjónum sínum að því að opna umræður um málefni átröskunarsjúklinga, fræða fólk og leggja sitt af mörkum við að bæta stöðuna. Fyrir stofnun samtakanna stóðu tvær stúlkur sem báðar áttu við átröskun að stríða og nýttu því reynslu sína til að styðja við aðra. Hjá Forma var einnig boðið upp á aðstandendanámskeið (Forma samtök átröskunarsjúklinga, e.d.). Í fyrstu störfuðu bæði Forma og Spegillinn af miklum eldmóði og náðu fram ýmsum breytingum er varðar

meðferðarúrreði fyrir átröskunarsjúklinga. Þrátt fyrir góð og mikilvæg störf lögðust bæði Spegillinn og Forma af árið 2007.

Eina meðferðarstöðin sem starfrækt er í dag fyrir lystarstolssjúklinga og fjölskyldur þeirra, utan Landspítala Háskólasjúkrahúss, er Prismasetur. Prismasetur hefur verið starfandi frá árinu 2004 og er það þverfagleg miðstöð sem býður upp á meðferðir og stuðning fyrir fólk með átraskanir og fjölskyldur þeirra. Innan miðstöðvarinnar starfa geðhjúkrunar- og fjölskyldufræðingur, félagsráðgjafi og listmeðferðarfræðingur. Þær meðferðir sem í boði eru, eru einstaklingsmeðferðir/viðtöl, listmeðferðir, hópmeðferðir, og fjölskyldumeðferðir/fjölskyldunámskeið (Prismasetur, e.d.).

Árið 2006 var átröskunarteymi Landspítala Háskólasjúkrahúss stofnað en það tilheyrir geðsviðinu. Þar starfa geðlæknir, geðhjúkrunarfræðingur, næringarfræðingur, sálfræðingar, félagsráðgjafi, listmeðferðarfræðingur og stuðningsfulltrúi. Starfsemi teymisins er margþætt, meðal annars sinnir það greiningu og meðferð átröskunarsjúkdóma, fylgikvillum þeirra og veitir aðstandendum fræðslu og stuðning. Einnig sinnir teymið ráðgjöf og fræðslu til annarra deilda innan LSH ásamt símaráðgjöf utan LSH. Til að komast í meðferð hjá átröskunarteyminu þurfa einstaklingar að hafa tilvísun frá fagaðila, sem og að vera eldri en 18 ára (Landspítali Háskólasjúkrahús, e.d.). Séu einstaklingar hins vegar undir 18 ára aldri ber þeim að leita til átröskunarteymis barna- og unglíngageðdeildar Landspítalans. Megináherslur meðferðar þar eru að aðstoða einstaklinginn við að takast á við veikindin með stuðningi foreldra og fagfólks. Einnig beinist meðferðin að því að efla sjálfsmynd, líkamsmynd, félagslega færni og samskipti í fjölskyldu með það að markmiði að bæta líðan og auka lífsgæði (Landspítali Háskólasjúkrahús, e.d.).

Hjúkrunarmedferðir gegn lystarstoli fara bæði fram á legudeildum sem og göngudeildum og fer meðferðin að mestu leyti eftir ástandi hvers og eins sjúklings. Einstaklingar með

lystarstol missa oft innsæi í ástand sitt og neita að horfast í augu við vandamálið og að þiggja meðferð. Meðferð lystarstolssjúklinga getur ekki skilað tilætluðum árangri fyrr en sjúklingarnir sjálfir eru búnir að viðurkenna vandamálið og vilja þiggja aðstoð á eigin forsendum (Halmi, 2006). Á Íslandi beinist meðferð gegn átröskun helst að því að koma á reglulegu matarmynstri, auka þyngd hjá þeim sem eru of léttir, veita fræðslu, stuðningur við fjölskyldu og vinna úr vanlíðan (Margrét Gísladóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2007). Við þessa meðferðarvinnu er meðal annars beitt hugrænni atferlismeðferð, listmeðferð, ýmsum samtalsmeðferðum og í sumum tilvikum lyfjameðferðum (NICE, 2004).

Höfundar þessarar fræðilegu samantektar vonast til þess að hún komi til með að nýtast hjúkrunarfræðingum í að auka þekkingu sína á áhættuþáttum fyrir þróun lystarstols. Þekking á þeim þáttum myndi hjálpa til við að gera hjúkrunarfræðinga meðvitaða um alvarleika og útbreiðslu vandamálsins og bera kennsl á einkenni lystarstols. Þekkingin gæti einnig komið að góðum notum við forvarnarstarf í skólum og á almennum vettvangi meðal barna og unglunga í framtíðinni. Einnig er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar tengi saman þekkingu sína á lystarstoli og þau meðferðarúræði sem standa sjúklingum til boða.

#### *Frekari rannsóknir og forvarnir*

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á lystarstoli og orsökum og áhættuþáttum þess, en þó sést greinilega að mörgum spurningum er enn ósvarað. Það sem við tókum helst eftir er hve lítið lystarstol hefur verið rannsakað á Íslandi. Til dæmis finnst okkur vanta rannsóknir á áhættuþáttum átraskana hérlendis, sem og nýlegar faraldsfræðilegar rannsóknir. Í framhaldi af vinnu okkar við þessa fræðilegu samantekt þætti okkur áhugavert að endurtaka rannsókn Margrétar Sigmarsdóttur á átröskun meðal fimleikastúlkna sem framkvæmd var fyrir rúmum 16 árum og sjá hvað hefur breyst.

Mikilvægt er að vinna að forvörnum gegn átröskunarsjúkdómum meðal ungs fólks með það að markmiði að draga úr tíðni sjúkdómanna. Hægt er að vinna að forvörnum á mörgum vígstöðvum sem og innan margra starfsstétta. Þeir sem komið geta að forvörnum eru meðal annars foreldrar, kennarar, heilbrigðismenntað starfsfólk, íþróttþjálfarar og einstaklingar sem þjáðst hafa af átröskunum en eru í bata. Einnig telja höfundar brýnt að fræða foreldra, þjálfara og iðkendur þeirra íþróttagreina sem taldar eru auka líkur á átröskunarsjúkdómum.

### Lokaorð

Vinnan við þessa fræðilegu samantekt var einstaklega fróðleg og skemmtileg.

Undirbúningur byrjaði snemma og var fjöldinn allur af rannsóknum og fræðigreinum lesnar til að afla upplýsinga um faraldsfræði, orsakir og áhættuþætti lystarstols. Eftir gerð samantektarinnar varð okkur ljóst að margt gott starf er þegar unnið í tengslum við átraskanir innan veggja Landspítalans. Það sem höfundum þótti helst ábótavant var skortur á stuðningshópum fyrir aðstandendur lystarstolssjúklinga utan veggja spítalans. Því telja höfundar sérstaklega mikilvægt að standa vörð um þau fáu en góðu úrræði, sem í boði eru fyrir lystarstolssjúklinga og aðstandendur þeirra nú á krepputímum. Annað sem höfundum þótti ábótavant var aðgengi að efni um áhættuþætti fyrir þróun lystarstols auk þess sem að þeir telja að þörf sé á meiri fræðslu um lystarstol til almennings.

Nauðsynlegt er að bæði heilbrigðisstarfsmenn og aðrir sem vinna með börnum og unglingum, þekki helstu áhættuþætti og einkenni fyrir þróun lystarstols. Einnig þurfa þeir að gera sér grein fyrir því að mikilvægt er að grípa snemma inn í, því þeim mun fyrr sem byrjað er að vinna í vandamálinu þeim mun betri eru batahorfur einstaklinga. Að höfunda mati er vandasamt verkefni framundan sem hjúkrunarfræðingar þurfa að vera í forystu fyrir. Það felst í því að fræða almenning sem og allar þær starfstéttir sem vinna með börnum og unglingum um lystarstol, einkenni þess, áhættuþætti og afleiðingar. Einnig þarf að gera vandamálið sýnilegra í samfélaginu, draga úr fordómum og minna á að um sjúkdóm sé að ræða.



## Heimildaskrá

- Abramovitz, B. A. og Birch, L. L. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *Journal of the American Dieting Association*, 100(10), 1157-1163.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. (4. Útg.). Washington, DC: American Psychiatric Association; (2000).
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. og Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242-247.
- Andrist, L.C. (2003). Media images, body dissatisfaction, and disorderd eating in adolescent women. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(2), 119-123.
- Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2010). Lystarstol 1983-2008: innlagnir, sjúkdómsmynd og lifun. *Læknablaðið*, 96, 747-753.
- Ashby, S.L. og Rich, M. (2005). Video killed the radio star: The effects of music videos on adolescent health. *Adolescent Medicine Clinics*, 16(2), 371-393.
- Bardone-Cone, A.M. og Cass, K.M. (2006). Investigating the impact of pro-anorexia websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 256-262.
- Baumeister, R.F, Campell, J.D, Krueger, J.I. og Vohs, K.D. (2004). Does high self-estemm cause better performance, interpersonal success happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.

- Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Benas, J.S. og Gibb, B.E. (2008). Weight-related teasing, dysfunctional cognitions, and symptoms of depression and eating disturbances. *Cognitive Therapy Research*, 32(2), 143- 160.
- Birch, K. (2005). ABC of sports and exercise medicine: Female athlete triad. *BMJ*, 330(7485), 244-246.
- Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J.A., Goldner, I.M. og Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146.
- Buckroyd, J. (1997). *Lystarstol og Lotugræðgi: Sjálfshjálparbók. Svör við spurningum þínum, vina og vandamanna* (Eva Ólafsdóttir þýddi). Reykjavík: Vasaútgáfan.
- Bulik, C.M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S.E., Aggen, S. og Sullivan, P.F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-368.
- Bulik, C.M., Thornton, L., Poyastro-Pinheiro, A., Plotnicov, K., Klump, K.L. og Brandt, H. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 378-383.
- Canals, J., Sancho, C. og Arija, M.V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(6), 353-359.
- Cash, T.F. og Deagle, E.A. (1998). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-126
- Cooper, S. E. (1989). Chemical dependency and eating disorders: Are they really so different? *Journal of Counseling and Development*, 68(1), 102-105.

- Costin, C. (1999). *Eating disorders sourcebook: A comprehensive guide to the causes, treatments and prevention of eating disorders*. (2. útgáfa). USA: Lowell House Anodyne.
- Currie A. og Morse, E.D. (2005). Eating disorders in athletes: Managing the risks. *Clinics in Sports Medicine*, 24(4), 871-883.
- Eddy, K.T., Keel, P.K., Dorer, D.J., Delinsky, S.S., Franko, D.L. og Herzog, D.B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia subtypes. *International journal of eating disorders*, 31(2), 191-201.
- Foreyd J.P. og Mikhail C. (1997). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Í Mash E.J. og Terdal L.G. (ritstjórar). *Assessment of childhood disorders* (3. Útgáfa) (bls 683-716). New York: Guildford Press.
- Forma samtök átröskunarsjúklinga. (e.d.). *Um forma*. Sótt 10. febrúar 2011 af <http://forma.go.is/index2.htm>.
- Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M.P. og Herzog, D. B., (2005). How do eating disorders and alcohol use disorders influence each other? *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 200-207.
- Gadalla, T. og Piran, N. (2007). Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: A national study. *Eating Disorders*, 15(3), 189-203.
- Garðabær. (e.d.). *Geðrænn vandi, úrræði*. Sótt 10. febrúar 2011 af <http://www.gardabaer.is/pages/1565>.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y. og Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.

- Godart, N.T., Flament, M.F., Curt, F., Pedereau, F., Lang, F. og Venisse, J.L. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117, 245-258.
- Gravener, J.A., Haedt, A.A., Heatherton, T. F. og Keel, P.K. (2008). Gender and age differences in associations between peer dieting and drive for thinness. *Internal Journal of Eating Disorders*, 41(1), 57-63.
- Guðrún Ragnarsdóttir og Margrét Guðmundsdóttir. (2006). *Leikur að lifa*. Reykjavík: Mál og menning/Edda.
- Halmi, K.A. (2006). Treatment of anorexia nervosa. Í S. Wonderlich, J.E. Michelle, M. Zwaan og H. Steiger (ritstjórar), *Annual review of eating disorders, part 2* (bls. 157-167).
- Hatmaker, G. (2005). Boys With Eating Disorders. *The Journal of School Nursing* 21(6), 329-332.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N. og Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Eddy, K.T., Franko, D., Charatan, D.L. og Herzog, D.B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 179-183.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Jackson, S.C. og Herzog, D.B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 162 (12), 2263-2268.

Guðlaug Þorsteinsdóttir, (2006). *Átraskanir – fræðslubæklingur til almennings*. Sótt 17.

febrúar 2011 af

[http://www4.landspitali.is/lsh\\_ytri.nsf/timaritpages/T380CED30F9AFDB12002573980038FF33/\\$file/Atroskun.pdf](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/timaritpages/T380CED30F9AFDB12002573980038FF33/$file/Atroskun.pdf).

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.). *Barna- og unglíngagedeild – átröskunarteymi*. Sótt 10.

febrúar 2011 af <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=21788>.

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.). *Dag- og göngudeild átröskunar*. Sótt 10. febrúar 2011

af <http://www.landspitali.is/pages/14285>.

Lasgue, C. (1985). On Hysterical Anorexia.. *Medical Times and Gazette*. Í A. E. Anderson

(ritstjóri). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia* (bls 13-18). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Latner, J.D. og Stunkard, A.J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children.

*Obesity Research*, 11(3), 452-456.

Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W.M. og White, D.R. (2001). Intrapersonal influence

and disordered eating behaviors in adolescent girls. The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating behaviors*, 2(3), 215-236.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plonicov, K. Og Pollice, C.

(1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610.

Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W. M., Kurland, L.T. (1991). 50-Year trends in the

incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.

- Maia, B.R., Soares, M.J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A.T. og Carbal, A. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 322-327.
- Margrét Gísladóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir. (2007). Þróun fjölskyldumeðferðar fyrir ungar konur með átröskun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83(4), 24-29.
- McCabe, M.P., Ricciardelli, L.A., Stanford, J., Holt, K., Keegan, S. og Miller, L. (2007). Where is all the pressure coming from? Messages from mothers and teachers about preschool children's appearance, diet and exercise. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 221-230.
- Makino, M., Tsuboi, K., Dennerstein, L., Mbbs, A.O. og Franz, C.P. (2004). Prevalence of Eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine* 6(3),49. Sótt 15. september 2010 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435625/>.
- Marcos, A., (2000). Eating Disorders: A Situation of malnutrition with peculiar changes in the immune system. *European Journal of Clinica Nutrition*, 54(1), 61-64.
- Margrét Sigmarsdóttir. (2000). Átröskun meðal fimleikastúlkna. *Sálfræðiritið-Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 6, 27-34.
- Martínez-González, M.A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Irala-Estévez, J. og Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315-320.
- Miller, H.K., Grinspoon S.K., Ciampa, J., Hier, J., Herzog D. og Klibanski, A. (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of Internal Medicine*, 165(5), 561-566.

- Mruk, C. (1999). *Self-esteem: research, theory and practice* (2. útgáfa). New York: Springer.
- Møller, Z. (1993). Idræt og spiseforstyrrelser. *Medlemsblad for Danske fysioteraputers faggruppe for idrætsfysioterapi*.
- Neumark-Szteiner, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J. og Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26(1), 123-131.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. og Fulkerson, J. A. (2004). Are family mealpatterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 350-359.
- NICE. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Sótt 24. Mars 2011 af <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29220/29220.pdf>
- O'Dea, J.A. og Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43-57.
- Odgen, J. (2010). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior* (2. Útgáfa). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Parker, R.J. og Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1-19.
- Patel, D.R., Greydanus, D.E., Pratt, H.D. og Phillips, E.L. (2003). Eating disorders in adolescent athletes. *Journal of Adolescent Research*, 18(3), 280-296.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Womens mental health*, 4(3), 67-78.

- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. og Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 99-103.
- Prismasetur. (e.d.). *Meðferðir – Starfsfólk*. Sótt 23. Mars 2011 af [http://prismasetur.is/grein.php?id\\_grein=176](http://prismasetur.is/grein.php?id_grein=176).
- Ranson, K. M., McGue, M., og Iacono, W. G. (2003). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: II. Associations within families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 193-202.
- Roche, F., Barthelemi, J.C., Mayaudi, N. o.fl. (2005). Refeeding normalizes the QT rate dependence of female anorexic patients. *American Journal of Cardiology*, 95(2), 277-280.
- Root, T., Poyastro Pinheiro, A., Thornton, L., Strober, M., Fernández-Aranda, F., Brandt, H., o.fl. (2009). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 14-21.
- Rosen, L., McKeag, D.B., Hough, D.O. og Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. *The physician and sports medicine*, 14(1), 79-84.
- Sansone, R.A. og Sansone, L.A. (1994). Bulimia nervosa: Medical complications. Í I. Alexander-Mott / D. B. Lumsden (ritstjórar.), *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity*. Washington D.C.: Taylor & Francis.
- Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2006). Átraskanir: einkenni, framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. *Læknablaðið*, 92(2): 97-104.
- Smolak, L., Murmen, S.K. og Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 371-380.



- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image, 1*(1), 15-28.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, C.G. og Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 189*(4), 324-329.
- Stein, K.F. og Corte, C. (2003). Reconceptualizing causative factors and intervention strategies in the eating disorders: A shift from body image to self-concept impairments. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*(2), 57-66.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry, 159*(8), 1284-1293.
- Stewart, D. (1987). Anorexia nervosa, bulimia and pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 157*(5), 1194-1198.
- Stewart, D. (1992). Reproductive functions in eating disorders. *Annals of Medicine, 24*(4), 287-291.
- Stice, E., og Peterson, C.B. (2007). *Assessment of Childhood Disorders (4. Útgáfa)*. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstjórar), (bls 751-780). New York: The Guildford Press.
- Stice, E. og Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology A synthesis of research findings. *Journal of Psychomatic research, 53*(5), 985-993.
- Stice, E., Maxfield, J. og Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk". *Internal Journal of Eating Disorders, 34*(1), 108-117.
- Stock, S. L., Goldberg, E., Corbett, S., og Katzman D. K. (2002). Substance use in female adolescents with eating disorders. *Journal of adolescents health, 31*(2), 176-182.

- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. og Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9,(3), 239-253.
- Strumia, R. (2005). Dermatologic signs in patients with eating disorders. *American Journal of Clinical Dermatology*, 6(3), 165-173.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9. útgáfa). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Sundgot-Borgen, J. og Klungland-Torstveit, M. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in general population. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 14(1), 25-32.
- Sweetingham, R. og Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 401-407.
- Taylor, C.B., Bryson, S.W., Altman, T.M., Abascal, L., Celio, A., Cunning, D. o.fl. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- Tiggemann, M. (2005). Television and adolescent body image: The role of program content and viewing motivation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 361-381.
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. og Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescent. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 78-82

- Vincent, M.A. og McCabe, M.P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescent*, 29(2), 205-221.
- Wade, T.D. og Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implication of body shape and weight in female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 39-45.
- Wiederman, M. W. og Pryor, T. (1996). Substance use among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 163-168.
- Yanez, A.M., Peix, M.A., Atserias, N., Arnau, A., Burg, J. (2007). Association of eating attitudes between teenage girls and their parents. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 507-513.