



VIDENSCENTER OM
SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE

NÅR SUNDT BLIVER USUNDT

EN KORTLÆGNING AF ORTOREKSI I DANMARK



Når sundt bliver usundt – en kortlægning af ortoreksi i Danmark

Udgivet november 2019

Publikationen er udgivet af

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS)

Krumtappen 2, 5. sal

2500 Valby

info@vioss.dk

Udarbejdet af

Birgitte Bøgh Normann Gade

Projektleder i ViOSS

For yderligere information

Kontakt info@vioss.dk

Forsideillustration: Danske Tandplejere

Rapporten er udgivet med økonomisk støtte fra

Helsefonden

Jascha Fonden

Beckett-Fonden

Aase og Ejnar Danielsens Fond

Derudover skyldes en stor tak til deltagerne i undersøgelsen.

INDHOLD

1.	FORORD	3
2.	HOVEDRESULTATER.....	4
3.	ANBEFALINGER	5
4.	HVAD VED VI FRA FORSKNINGEN?	7
5.	UNDERSØGELSENS METODE.....	12
6.	SÅDAN MÅLER VI ORTOREKSI	13
7.	TIL LÆSERENS OPMÆRKSOMHED	14
8.	ANALYSER OG RESULTATER	15
8.1.	Hvor mange har symptomer?	15
8.2.	Hvem udviser symptomer?	18
8.3.	Symptomer.....	19
8.4.	Kostregler og måltidsrutiner	28
8.5.	Motivation og gevinster	33
8.6.	Skadelige følger	46
8.7.	Det sociale som modvægt.....	51
8.8.	Behov for hjælp og støtte.....	54
9.	SAMMENFATNING	58
10.	REFERENCER	61

1. FORORD

Det er veldokumenteret, at der er mange gevinster ved en sund livsstil. Vi bombarderes med kostråd og informationer om, hvordan sund kost og motion kan forebygge truende livsstilssygdomme, og det siges ofte, at man bliver, hvad man spiser. Samtidig dyrkes sundhedstrends, diæter samt idealet om den sunde og veltrænede krop på de sociale medier. For de fleste mennesker forbliver sund kost og motion et positivt supplement til livet, men for nogle ender jagten på sundhed med at tage styringen over tilværelsen. De bliver så optagede af at spise sundt og efter særlige regler, at det udkonkurrerer andre interesser, forringer deres trivsel og hæmmer deres livsudfoldelse.

Viden om ortoreksi er fortsat sparsom. Der findes ingen definition på ortoreksi, som der er fagprofessionel og forskningsmæssig konsensus om, men begrebet dækker over et overdrevent og tvangspræget fokus på sund kost, der har negative konsekvenser og ofte kan resultere i nedsat funktionsevne. Det diskuteres af forskere og behandlere, om ortoreksi bør opfattes som en selvstændig spiseforstyrrelse, et symptom på en anden lidelse eller et kulturelt fænomen i en tid med stort fokus på sundhed. I dag er ortoreksi ikke en officiel diagnose, men regnes under de uspecificerede spiseforstyrrelser i sygdomsklassifikationerne ICD-10/11 og DSM-5. I praksis betyder det, at der ikke findes specifikke anbefalinger og retningslinjer for behandling af ortoreksi. Grænsen mellem sundt og usundt er glidende og fuld af gråzoner. Det er vigtigt at skelne imellem en sundhedsbevidst person og en person med ortoreksi, for nogle trives med et stort sundhedsfokus.

Sundhed fylder meget i medierne og i samfundet generelt, men der er sjældent fokus på, at et stort sundhedsfokus også kan have en bagside. Denne undersøgelse er den første kortlægning af ortoreksi i Danmark, og rapporten forsøger at besvare en række underbelyste spørgsmål: Hvad er ortoreksi, og hvordan ser symptomerne ud? Hvor udbredt er det, og hvem har symptomer? Hvordan opstår og udvikler et stort sundhedsfokus sig? Hvilke konsekvenser kan det få? Og oplever mennesker med stort sundhedsfokus behov for hjælp og støtte?

Rapporten indledes med en præsentation af undersøgelsens hovedresultater (afsnit 2) og anbefalinger (afsnit 3). Dernæst belyses ortoreksi ud fra eksisterende viden, der primært stammer fra udenlandske studier (afsnit 4). Derpå beskrives undersøgelsens metoder (afsnit 5), redskab til måling af ortoreksi (afsnit 6) og opmærksomhedspunkter til læseren (afsnit 7). Endelig præsenteres undersøgelsens analyser og resultater (afsnit 8) samt en sammenfatning (afsnit 9).

2. HOVEDRESULTATER

Undersøgelsen viser, at cirka 2 % af de 15-74-årige i den danske befolkning har symptomer på ortoreksi baseret på stikprøven. Det svarer til, at cirka 87.000 danskere i denne aldersgruppe udviser symptomer. Det er flere, end der skønnes at lide af anoreksi og bulimi tilsammen. Resultatet ligger inden for det forventede, da der med samme måleredskab er fundet en udbredelse på 3 % i Tyskland. Symptomer på ortoreksi er lige udbredt hos mænd og kvinder og rammer jævnt på tværs af uddannelsesniveauer. Symptomer er især udbredt blandt de 15-34-årige, hvor 4 % har symptomer.

Mennesker med symptomer på ortoreksi har en overoptagethed af sundhed. De har personlige kostregler og forsøger systematisk at undgå et stigende antal "usunde" og dermed "forbudte" fødevarer. Spisevanerne er tvangsprægede i den forstand, at 95 % har svært ved at bryde deres kostregler, og mange føler stærkt ubehag, dårlig samvittighed og behov for at kompensere, hvis de bryder egne regler og rutiner. Over halvdelen frygter at blive syge, hvis de spiser "usund" mad, hvilket især kan være svært at undgå i sociale sammenhænge, hvor der indgår spisning. De trækker sig derfor ofte fra sociale relationer og samvær, hvilket med tiden kan føre til social isolation. Det kan være én forklaring på, hvorfor de oftere bor alene end andre, men det kan også antyde, at risikoen for at udvikle symptomer på ortoreksi er større, hvis man bor og spiser alene.

Flere har oplevet en glidende overgang fra sundt til usundt, hvor interessen for sund kost og træning først har højnet deres trivsel, men med tiden er kommet til at fylde så meget, at det har fået den modsatte effekt. Det kan være udmattende at håndhæve kostreglerne, der ofte bliver mere restriktive og rigide over tid. De oplever psykisk mistrivsel i højere grad end andre, idet næsten hver fjerde er i stor risiko for stressbelastning og depression. Balancen i livet kan gå tabt, fordi "sunde" spisevaner tager styringen over tilværelsen og udkonkurrerer andre interesser. Hos nogle bliver kosten så ensidig, at der opstår symptomer på fejl- og underernæring. De er oftere undervægtige og mere optagede af væggtab end andre. Målet er dog sjældent at blive så tynd som muligt, som ved en anorektisk spiseforstyrrelse, men derimod at få en sund, slank og veltrænet krop. Desuden optræder væggtab ofte som en utilsigtet sideeffekt af en "sund" livsstil, der udøves for at opnå optimal sundhed og forebygge sygdom. De træner oftere og i flere timer end andre, og en del forsøger at fremme sportspræstationer igennem kosten.

For mange er sundhed en vigtig del af deres identitet og sociale omdømme, og andres komplimenter kan motivere og øge et i forvejen stort sundhedsfokus, der omvendt kan udfordres af omsorgsfuld bekymring fra andre. Nogle trives med et stort sundhedsfokus, men mange oplever, at sundhed i perioder fylder for meget. Nogle udtrykker et behov for hjælp til at undgå, at deres sundhedsfokus tager styringen over tilværelsen, men de oplever flere barrierer i den forbindelse. For disse mennesker har interessen for sundhed store negative følger, uanset om man kalder det "ortoreksi" og betragter det som en diagnose eller ej. Behovet for specialiserede tilbud eller retningslinjer bør drøftes.

3. ANBEFALINGER

Dette afsnit præsenterer syv anbefalinger, der bygger på viden fra udenlandske studier og indsigter fra denne undersøgelse.

1. Der er brug for mere viden om ortoreksi i befolkningen

Mange har aldrig hørt om ortoreksi. Det kan gøre det svært at genkende og reagere på risikoadfærd, både hos sig selv og hos andre. I værste fald kan et overdrevent sundhedsfokus afføde komplimenter, der utilsigtet forstærker det yderligere. Det er derfor vigtigt at flere ved, at sundhed kan fylde så meget, at det bliver usundt. Samtidig kan det være en stor barriere for at opsøge hjælp, hvis man tror, man er alene med problemet.

2. Sundhedsprofessionelle bør være ekstra opmærksomme

Der er brug for mere viden om ortoreksi blandt sundhedsprofessionelle, så risikoadfærd kan opspores, forebygges og håndteres. Nogle studier finder højere forekomster af ortoreksi blandt sundhedsprofessionelle end i den generelle befolkning, hvilket kan være en barriere for at opdage risikoadfærd hos andre. Et overdrevent sundhedsfokus kan opstå i kølvandet på kostanvisninger til at håndtere somatiske lidelser, fx fra læger eller diætister. Mennesker med symptomer på ortoreksi vil ofte forsøge at få bekræftet deres kostregler. Det er derfor særdeles vigtigt, at sundhedsprofessionelle kan genkende symptomerne.

3. Behovet for specialiseret behandling bør drøftes

I dag får mennesker med symptomer på ortoreksi ofte diagnosen atypisk spiseforstyrrelse og bliver dermed henvist til traditionel spiseforstyrrelsesbehandling i regionalt regi. Afhængigt af sværhedsgraden indgår der forskellige behandlingsformer, herunder psykoterapi, ernæringsterapi, kropsterapi, miljøterapi, familierapi, behandling af somatiske komplikationer samt medicinsk behandling. I samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri ønsker Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) at drøfte de forskellige behandlingsformer med henblik på at få belyst, om der kunne være behov for en mere specialiseret tilgang, som er målrettet mennesker med symptomer på ortoreksi. Måske bør et overdrevent sundhedsfokus behandles mere differentieret inden for rammerne af den eksisterende spiseforstyrrelsesbehandling?

I traditionel spiseforstyrrelsesbehandling er der typisk fokus på at støtte den berørte i at håndtere angsten for vægtøgning. Dette er måske mindre relevant for mennesker med symptomer på ortoreksi, da de sjældent stræber efter at blive tynde. Derudover viser erfaringen, at det er af central betydning i gruppeterapi, at de berørte kan genkende sig i hinandens problematikker. Alene af den grund kunne det måske give mening at tilbyde mennesker med symptomer på ortoreksi plads i samme behandlingsgruppe.

4. Opmærksomhedspunkter i mødet med målgruppen

Undersøgelsen tyder på, at det kan være gavnligt at tilbyde psykoedukation med diætetisk vejledning, herunder oplysning om kroppens fysiologi, rådgivning om ernæring og viden om sundhedsskadelige konsekvenser af en restriktiv og ensidig kost. Nogle deltagere fortæller, at de

ville revurdere deres kostregler, hvis en ekspert fortalte dem, at deres spisevaner i virkeligheden er usunde, og at det ikke er sundhedsskadeligt at spise de "forbudte" fødevarer. Det kan dog være en barriere, at nogle (i spørgsmål om kost og forebyggelse af sygdomme) nærer mistillid til det etablerede sundhedsvæsen, herunder de officielle kostråd fra Sundhedsstyrelsen og alment praktiserende læger. Diætetisk vejledning kan med fordel suppleres med samtalerapi for at skabe erkendelse og refleksion over de negative følger, som et overdrevent sundhedsfokus kan have for trivsel, helbred og generel livsudfoldelse. Tilbud til målgruppen bør også tage højde for, at et stort sundhedsfokus ofte er forbundet med identitet.

5. Nuanceret formidling af sundhedsbudskaber

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) er sundhed ikke blot fravær af sygdom, men en tilstand af både fysisk, psykisk og socialt velvære. Det brede sundhedsbegreb kan med fordel inspirere til flere nuancer i formidlingen af sundhedsbudskaber. Ny viden om livsstilsrelaterede sygdomme bliver ofte formidlet under dramatiske overskrifter. Flere deltagere i denne undersøgelse fortæller, at de bliver påvirket af de mange informationer, sundhedstrends og kostråd, der kan være indbyrdes modstridende og vanskelige at sortere i. Derudover er der sjældent fokus på, at et stort sundhedsfokus også kan have en bagside.

6. Redskaber til tidlig opsporing og screening bør udvikles

Værktøjer til tidlig opsporing og screening for ortoreksi bør udvikles og valideres på dansk. Det er et afgørende første skridt til at opspore overdrevent sundhedsfokus og opnå større viden om fænomenet, selvom ortoreksi ikke er en officiel diagnose. ViOSS har oversat måleværktøjet "die Düsseldorf Orthorexie Skala" fra tysk til dansk og ønsker at teste validiteten i den danske oversættelse. Herefter kan redskabet med fordel udbredes til sundhedsprofessionelle, som kan bruge det i deres arbejde.

7. Behov for yderligere undersøgelser

Der mangler kvantitative studier, der undersøger ortoreksi over tid. Longitudinale studier kan give indsigt i, hvornår et stort sundhedsfokus opstår, hvordan det udvikler sig over tid, og hvad der optræder først i de tilfælde, hvor symptomer på ortoreksi ses samtidig med andre problematikker og lidelser. Desuden er der behov for studier, der både screener for ortoreksi og lidelser med mange ligheder i symptombilledet. Dette er nødvendigt for at blive klogere på, om ortoreksi bør forstås og behandles som en selvstændig lidelse.

4. HVAD VED VI FRA FORSKNINGEN?

Begrebet ortoreksi betyder "korrekt ernæring" og blev introduceret af den amerikanske læge Steven Bratman i slutningen af 1990'erne.¹ Siden da har forskere forsøgt at belyse og afgrænse fænomenet. Dette afsnit beskriver ortoreksi ud fra eksisterende viden, der primært stammer fra udenlandsk forskning.

Symptomer og konsekvenser

Mennesker med ortoreksi har et overdrevent fokus på korrekt og sund ernæring, som de forfølger igennem en restriktiv diæt og strenge kostregler, der håndhæves med henblik på at fremme sundhed og optimalt helbred. Tanker og handlinger omkring sund kost bliver tvangsprægede i en sådan grad, at livskvalitet eller funktionsevne bliver forringet. Det kan fx ske ved, at den restriktive kost resulterer i fejlernæring, alvorligt vægttab eller andre medicinske komplikationer. Det kan også vise sig som mistriksel eller nedsat funktionsevne i sociale og professionelle sammenhænge, fordi behovet for at efterleve kostreglerne udkonkurrerer andre interesser, aktiviteter og relationer. Endelig kan det komme til udtryk ved, at kropstilfredshed, selvværd, identitet eller trivsel i overdreven grad afhænger af, om man formår at leve op til de kostregler og spisevaner, som man selv har defineret som sunde.^{2,3}

Mennesker med ortoreksi er ofte mere optagede af kvaliteten end mængden af fødevarer^{3,4} og adskiller sig her afgørende fra mennesker, der lider af anoreksi. Førstnævnte har stort fokus på at vælge fødevarer med høj næringsværdi og på at sikre den ideelle sammensætning af måltider. Fødevarerne skal være så sunde, rene og naturlige som muligt. De undgår systematisk fødevarer, som de anser for at være usunde, fx fordi de indeholder for meget fedt, sukker, konserveringsmidler, tilsætningsstoffer, animalske produkter eller andre uønskede ingredienser.³ De kan desuden have et tvangspræget fokus på planlægning, indkøb, tilberedningsmetode, anretning og indtag af måltider, der fx kan omfatte regler for køkkenredskaber og fødevareremballage.^{2,3} Der bruges ofte meget tid på at søge viden om sund kost, som anvendes til at sammensætte kostregler og planlægge måltider, fx med inspiration fra diæter. Nogle bruger relativt set i forhold til deres indkomst overdrevent mange penge på fødevarer^{3,5} i fx special- og helsekostforretninger.^{6,7}

Ortoreksi starter ofte med et ønske om at spise sundere for at optimere sin sundhed eller forbedre sit helbred.⁸ Mennesker med ortoreksi har ofte en overdreven tiltro til, at inklusion eller eksklusion af bestemte fødevarer i kosten kan forebygge og kurere sygdom eller påvirke deres daglige velbefindende.² Mad bliver betragtet som en kilde til sundhed snarere end nydelse. Et stort kostfokus kan også have en psykologisk funktion, hvor det fx kan opstå ud fra et behov for at opleve kontrol og at have faste holdepunkter i en kaotisk tilværelse, et ønske om at skabe sig en unik identitet eller passe ind i sociale fællesskaber.⁸ Et portugisisk studie finder desuden, at mennesker med ortoreksi ikke kun er optagede af sundhed, men også æstetiske hensyn, og de er oftere utilfredse med deres fysiske udseende end andre.⁷

Ortoreksi kan få store negative konsekvenser for den fysiske, psykiske og sociale trivsel og dermed for det generelle funktionsniveau. Typisk eskalerer kostrestriktionerne over tid. Det resulterer i en meget ensidig kost, hvor stadigt flere fødevarer undgås, fordi de ikke anses for at være sunde nok. Ortoreksi kan føre til fejlnæring og mangelsygdomme som fx knogleskørhed og blodmangel, fordi kroppens behov for vitaminer og næringsstoffer ikke bliver dækket.³ Nogle ekskluderer hele fødevarergrupper fra kosten eller indfører stadigt flere og strengere udrensings- og fastekure. Dette resulterer ofte i betydeligt vægttab, men ønsket om vægttab er fraværende, skjult eller underordnet i forhold til idealet om sund spisning.^{2,8} Nogle studier finder, at symptomer på ortoreksi er mere udbredte hos mennesker med højere BMI.^{9,10} Ortoreksi kan begynde med et ønske om vægttab, som ikke bunder i et forvrænget kropsbillede, men i et ønske om at opnå en ideel kropsvægt ud fra et sundhedshensyn.¹¹ Mennesker med ortoreksi har ofte en urokelig tro på, at deres kostvaner fremmer deres helbred på trods af symptomer på fejlnæring.² Stik imod hensigten kan kostreglerne få negative konsekvenser for det fysiske helbred og i værste fald få dødelig udgang.^{3,8,11,12}

Kostreglerne kan udkonkurrere andre interesser, aktiviteter og sociale relationer, fordi reglerne med tiden bliver så strenge og rigide, at de overtager tilværelsen.^{8,13} Sund kost fylder gradvist mere i både tanker og handlinger, og der bruges betydelige mængder tid og energi på at håndhæve kostreglerne. Mennesker med ortoreksi gør sig ofte overdrevne bekymringer om deres helbred og oplever intens frustration og stærkt ubehag, hvis kostreglerne forstyrres eller overskrides. Det kan fx vise sig i skyldfølelse, selvhad, væmmelse og en følelse af at være uren, fysisk ubehag, angst, skam og overdreven frygt for sygdom.^{2,3} Hvis kostreglerne brydes, føler de behov for at straffe sig selv eller kompensere, fx ved at indføre endnu strengere kostregler eller udrensende kure.³ Mennesker med ortoreksi oplever ofte forringet livskvalitet og symptomer på depression og angst.¹¹

Ortoreksi fører ofte til, at man trækker sig fra socialt samvær, der involverer spisning, fordi det kan være vanskeligt at sikre, at ingredienser og tilberedning harmonerer med kostreglerne. Mennesker med ortoreksi medbringer ofte deres egen mad, kommer efter spisningen eller udebliver fra sociale arrangementer.¹⁴ Det kan i værste fald resultere i tab af relationer og decideret isolation.³ De har tendens til at opsøge ligesindede og fællesskaber, hvor deres overbevisninger om kost og sundhed kan blive bekræftet.⁸ Nogle kan være fordømmende og føle sig moralsk overlegne baseret på deres kostvaner, som de gerne vil påføre andre.^{1,2,3,6} Sundhed er ofte forbundet med identitet, og de er ofte stolte over at have et stort sundhedsfokus, som de gerne fremviser for andre. Ortoreksi er derfor blevet beskrevet som en sygdom forklædt som dyd.^{3,15}

En selvstændig spiseforstyrrelse?

Ortoreksi er ikke officielt anerkendt som en psykiatrisk diagnose i ICD-10/11 eller DSM-5. Det har været debatteret, om ortoreksi burde inkluderes i DSM-5, men der var ikke konsensus blandt de fagprofessionelle^{6,8}, fordi der fortsat mangler viden og empiriske studier.^{8,16} Det giver kun mening at betragte ortoreksi som en lidelse, hvis de berørte oplever negative konsekvenser eller funktionsnedsættelse som følge af deres store sundhedsfokus.^{3,5} Derudover skal der opnås faglig enighed om validerede diagnosekriterier for ortoreksi, som ikke må kunne forklares ud fra

eksisterende diagnoser.^{3,5} I dag kategoriseres ortoreksi under "uspecificerede spiseforstyrrelser", da det fortsat bliver diskuteret, om ortoreksi er en selvstændig spiseforstyrrelse eller et symptom på en anden psykiatrisk lidelse.^{8,17} I praksis betyder det, at der hverken findes specifikke anbefalinger eller retningslinjer for behandling af ortoreksi.⁸

Det er muligt, at ortoreksi er symptom på en anden psykiatrisk lidelse, da der er mange ligheder mellem symptomerne på ortoreksi og fx anoreksi, OCD samt helbreds- og sygdomsangst.³ Ortoreksi kan dog også opfattes som en selvstændig spiseforstyrrelse, da nogle symptomer synes unikke for lidelsen, herunder et tvangspræget fokus på at være sund og blive sundere.⁸ Den teoretiske diskussion står især imellem disse positioner. De diagnostiske grænser og overlap er forsøgt beskrevet nedenfor. Endelig kan ortoreksi være et aktuelt kulturelt fænomen i en tid med stort fokus på sundhed.⁸

Ortoreksi og anoreksi

Ved både ortoreksi og anoreksi er der en tendens til perfektionisme, restriktiv spising, et stort behov for at udøve kontrol, risiko for betydeligt vægttab og en stabil tendens til at opleve negative følelser såsom frygt, bekymring og angst i mange situationer. De berørte er præstationsorienterede og ser overholdelse af deres diæt som en markør for selvdisciplin og dermed afvigelse som udtryk for manglende selvdisciplin. Der er ofte begrænset sygdomsindsigt, fx i forhold til de funktionsnedsættelser, som kan være forbundet med lidelsen. Den største forskel mellem ortoreksi og anoreksi er intentionen bag forstyrret spising. Mennesker med anoreksi frygter overvægt og ændrer deres spisevaner for at opnå vægttab, og de skjuler ofte deres adfærd. Ved ortoreksi er målet derimod at være sund, naturlig og ren. Mennesker med ortoreksi er mere tilbøjelige til at fremvise deres spiseadfærd og sundhedsrutiner (fx ved at fortælle andre om kostreglerne), og de har ofte urealistiske forestillinger om effekten af særlige fødevarer.³

Ortoreksi og OCD

Ortoreksi og OCD har flere symptomer til fælles, herunder tilbagevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger (i dette tilfælde omkring kost og sundhed) på upassende tidspunkter, overdreven bekymring over forurening og urenhed og et stærkt behov for at arrangere maden og spise på en ritualiseret måde. Både OCD og ortoreksi kan levne begrænset tid til andre aktiviteter, fordi efterlevelsen af strikse kostregler forstyrrer normale rutiner. Den største forskel er, at mennesker med ortoreksi ofte idealiserer egen adfærd og har en urokkelig tro på rigtigheden af deres kostvaner og -rutiner. Mennesker med OCD er klar over, at deres tvangstanker og -handlinger ikke er rationelle, og de forsøger derfor ofte at skjule deres ritualer, fordi de er flove over dem. Samtidig føler de sig tvunget til at udføre ritualerne, fordi de frygter, at det kan få frygtelige konsekvenser for dem selv eller andre, hvis de ikke gør det.³

Ortoreksi samt helbreds- og sygdomsangst

Ortoreksi deler mange lighedstræk med helbredsangst og sygdomsangst. Mennesker med helbredsangst oplever en eller flere kroniske somatiske symptomer, medicinsk forklarlige eller ej, som de er overdrevent optagede af eller bange for. Det tilskynder dem til hyppig brug af traditionelle og nogle gange alternative sundhedsydelse. Personer med sygdomsangst oplever forstærkede kropslige fornemmelser og udpræget angst for udiagnosticeret sygdom. De bruger ofte overdreven tid og energi på sundhedsmæssige bekymringer. I begge lidelser kan frygten for

sygdom medføre en sekundær optagethed af mad og kost som et middel til at bekæmpe faktisk eller indbildt sygdom. I disse tilfælde vil de berørte formentlig ty til kompenserende diætstyring, fordi de er utilfredse med det etablerede sundhedsvæsen, eller fordi de er blevet rådet af sundhedsprofessionelle til at håndtere sygdom igennem kosten.³

Udbredelse og risikogrupper

I flere lande er det blevet undersøgt, hvor udbredt ortoreksi er på befolkningsniveau, men der findes ingen kortlægninger i dansk kontekst. Internationale studier viser meget varierende forekomster i de undersøgte befolkninger. Det er dog blevet tilskrevet metodiske forskelle snarere end faktiske, kulturelle forskelle: Ortoreksi bliver målt ved hjælp af forskellige skalaer, udsagn fra skalaerne bruges selektivt, og grænseværdien for ortoreksi fastsættes forskelligt. Dette gør det svært at sammenligne resultater på tværs af studier.⁸

I dag er ORTO-15 det måleværktøj, man oftest benytter til at screene og bestemme prævalensrater for ortoreksi.^{3,17} Ved brug af ORTO-15 er der fundet prævalenser fra 6,9 % til 57,6 % i den generelle befolkning – og prævalenser op til 81,8 % i særlige risikogrupper.³ De høje estimater er blevet anklaget for at være urealistiske, når man sammenligner med prævalenser for andre spiseforstyrrelser, hvor fx anoreksi og bulimi estimeres til cirka 2 % i internationale studier.² ORTO-15 har da også været genstand for stor metodisk kritik, herunder beskyldninger om lav validitet og ringe intern konsistens.^{2,3,6,18,19} Der findes ingen redskaber til at måle ortoreksi, som der er forskningsmæssig konsensus om, men "die Düsseldorf Orthorexie Skala" (DOS) er blevet kaldt den eneste pålidelige skala til at måle ortoreksi.²⁰ DOS opnår gode resultater i validitets- og reliabilitetstests¹⁴, og VIOSS har derfor valgt at bruge DOS til at måle ortoreksi i denne undersøgelse. Prævalensrater varierer mellem 1 % og 3,3 % målt ved hjælp af DOS.²⁰ I Tyskland finder ophavspersonerne til DOS en prævalens på 2-3 % henholdsvis med og uden eksklusion af respondenter med andre lidelser.¹⁴

Risikogrupper

Det er uklart, om ortoreksi er mest udbredt blandt kvinder eller mænd, da resultaterne peger i forskellige retninger.^{3,11} Dette samme gælder sammenhængen mellem ortoreksi og alder^{3,6,10,21,22}, uddannelsesniveau^{3,21,22} og BMI.^{3,6,10,21,22} Mange grupper er dog underrepræsenteret i studier, fx undersøger de fleste studier kun unge voksne.⁸

Studier tyder på, at personer med beskæftigelse inden for ernæring og sundhed er i øget risiko for udvikling af ortoreksi. Det gælder fx diætister og andre sundhedsprofessionelle, atleter og scenekunstnere.^{3,23} Der er blandt andet fundet høje prævalenser hos diætister⁹, medicinstuderende¹⁰, studerende inden for idrætsvidenskab²⁴, Instagram-brugere²⁵, tidligere patienter i behandling for anoreksi eller bulimi²⁶ samt balletdansere⁴, yogainstruktører²⁷ og fitnessudøvere.⁷ Et dansk studie har brugt måleredskabet "Orthorexia Screen" til at undersøge 119 fitnessbrugere på 16-29 år, hvoraf 8,4 % udviste symptomer på ortoreksi. Forekomsten var signifikant højere blandt kvinder (14,1 %) end mænd (1,8 %).²⁸ Flere udenlandske studier finder en positiv korrelation mellem ortoreksi og træning^{6,7}, fx scorer kvindelige studerende, der udøver

mere eller hyppigere motion, højere på ortoreksi.²⁰ Et tysk studie finder en positiv korrelation mellem ortoreksi og decideret træningsafhængighed.²⁰

Behov for specialiserede behandlingstilbud?

Nogle forskere argumenterer for, at man bør udvikle specialiserede tilbud til mennesker med overdrevent sundhedsfokus, fordi visse problematikker er unikke for ortoreksi. Målet med behandling er symptomreduktion, hvilket i forhold til ortoreksi ville betyde varieret spising, der ikke er præget af tvang.^{8,15}

Der findes ingen specifikke anbefalinger og retningslinjer for behandling af ortoreksi, og der mangler viden om behandlingsresultater for denne målgruppe, da de typisk indgår som en del af den traditionelle spiseforstyrrelsesbehandling. Ifølge udenlandske studier tyder den aktuelt bedste praksis på, at der kan opnås succes med behandling af ortoreksi ved en kombination af kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation og medicin.³ Psykoedukation bør omfatte oplysning om, hvordan kroppen fungerer rent fysiologisk. Derudover bør personer med ortoreksi oplyses om, hvordan deres livsstil stik imod hensigten kan være sundhedsskadelig. Det kan være en barriere, at ortoreksi kan være forbundet med skepsis over for det etablerede sundhedsvæsen og officielle kostråd. De berørte er i stand til at rationalisere og legitimere deres adfærd, hvilket kan medføre en modstand imod behandling.⁸

Det er vigtigt, at mennesker med ortoreksi ikke bliver mødt med fordømmelse, men derimod bekymring for deres velbefindende og de negative konsekvenser, som deres spiseadfærd har i forhold til sociale relationer og helbred. Det er afgørende for, at de bliver opmærksomme på den problematiske spiseadfærd. De må selv have en oplevelse af og indsigt i, at de føler sig fangede og udmattede af de mange regler. Det muliggør en samtale om, hvordan det store sundhedsfokus påvirker deres evne til at fokusere og fungere i andre aspekter af livet. Her er det nødvendigt at oplyse om, at ortoreksi ikke er en dyd, men en sygdom.⁸

Nogle forudser gode behandlingsresultater, da mennesker med ortoreksi er meget motiverede for at værne om deres helbred.^{8,29} Andre forudser, at det er vanskeligt at behandle ortoreksi, fordi de berørte ikke opfatter sig selv som syge, men derimod mener at være på vej imod et ideelt helbred.^{8,30} De har ofte en stærk tiltro til, at deres livsstil fremmer deres helbred trods symptomer på det modsatte. Derfor idealiserer og fremviser de gerne deres adfærd. Som førnævnt er ortoreksi mere udbredt blandt diætister og andre sundhedsprofessionelle end i den generelle befolkning. Det kan eventuelt være en barriere for at se risikoadfærd hos andre. Det anbefales, at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på risikoen for, at opfordringer til at håndtere fx sygdom igennem kosten kan få utilsigtede konsekvenser i form af overdrevent sundhedsfokus.⁸ Mennesker med ortoreksi vil ofte opsøge ligesindede, der vil bekræfte rigtigheden af deres adfærd. Det er derfor vigtigt, at blandt andre sundhedsprofessionelle genkender risikosignalerne og ikke utilsigtet kommer til at validere ortorektisk spiseadfærd.⁸

5. UNDERSØGELSENS METODE

Undersøgelsen bygger på et litteraturstudie, en spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interviews. Den kombinerer således kvantitative og kvalitative metoder.

Litteraturstudiet belyser ortoreksi ud fra eksisterende viden, der primært stammer fra udenlandske forskningsartikler. Litteraturstudiet har guidet udformningen af spørgeskemaet, herunder valget af DOS som redskab til at måle ortoreksi (jfr. afsnit 6).

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning fordelt på køn, alder (15-74-årige) og geografi. Der er tale om en tværsnitsundersøgelse, og i alt 2.921 besvarelser indgår i analysen. Dataindsamlingen har fundet sted via Userneeds' onlinepanel. VIOSS har gennemført dataanalyserne i Excel og Stata. Samtlige analyser er baseret på vægtede data, men de anvendte vægte er meget små (jfr. bilag 2).

Kvalitative interviews er gennemført med 22 personer, hvoraf 20 er fundet via spørgeskemaundersøgelsen, mens to informanter er rekrutteret via Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade. De har modtaget en invitation til opfølgende interview, fordi deres besvarelser afspejler et stort sundhedsfokus. Interviewene er gennemført for at gå i dybden med specifikke emner og problemstillinger. Analyserne er lavet i Nvivo. Undersøgelsens deltagere er anonymiserede i rapporten.

Bilagsmateriale

Undersøgelsens metoder og analyser er beskrevet nærmere i bilag 1. Bilagsmateriale kan findes på VIOSS' hjemmeside eller rekvireres ved henvendelse til VIOSS. Materialet omfatter blandt andet information om vægtning af data (bilag 2) og supplerende tabelmateriale (bilag 3).

Undersøgelsens forløb er illustreret herunder i grove træk:



6. SÅDAN MÅLER VI ORTOREKSI

I denne undersøgelse benyttes måleværktøjet "die Düsseldorfer Orthorexie Skala" (DOS) til at måle ortoreksi og estimere, hvor udbredt symptomer på ortoreksi er blandt 15-74-årige danskere baseret på stikprøven.

DOS er blevet kaldt den aktuelt eneste pålidelige skala til at måle ortoreksi.²⁰ Værktøjet er udviklet i Tyskland af Barthels, Meyer og Pietrowsky i 2015, og det viser høj intern validitet.¹⁴ DOS er et indeks med ti udsagn om spisevaner, som er udviklet og testet til at kunne indfange symptomer på ortoreksi. Respondenter skal på en skala angive, hvordan udsagnene har passet på dem i løbet af de sidste fire uger. De ti udsagn fremgår herunder i ViOSS' danske oversættelse:

Udsagn om spisevaner	
1	Det er vigtigere for mig at spise sundt end at nyde maden
2	Jeg har lavet kostregler, der passer til mig
3	Jeg kan kun nyde mad/fødevarer, når jeg er sikker på, at de er sunde
4	Jeg forsøger at undgå at blive inviteret til at spise hos venner, der ikke går op i sund mad
5	Jeg synes, det er positivt, at jeg går mere op i sund kost end andre
6	Hvis jeg har spist noget usundt, får jeg virkelig dårlig samvittighed over for mig selv
7	Jeg har en følelse af at stå uden for socialt samvær med mine venner og kollegaer pga. mine strikse kostregler
8	Mine tanker kredser konstant om sund mad, og jeg tilrettelægger min dag efter det
9	Jeg har svært ved at gå imod mine personlige kostregler
10	Jeg føler mig nedtrykt, hvis jeg har spist noget usundt

Svarskala: passer slet ikke på mig (et point), passer i ringe grad på mig (to point), passer i nogen grad på mig (tre point), passer i høj grad på mig (fire point).

Der opnås en samlet pointscore mellem 10 og 40 på DOS, hvor 30 er grænseværdien for ortoreksi. Dermed tilskrives undersøgelsens deltagere symptomer på en grad af ortoreksi, hvis deres samlede pointscore er 30 eller derover. Dette betyder ikke, at de selv oplever deres sundhedsfokus som problematisk, eller at de har behov for hjælp.

7. TIL LÆSERENS OPMÆRKSOMHED

I læsningen af rapporten er det vigtigt at huske, at ortoreksi ikke er en officiel diagnose. Fagprofessionelle er fortsat uenige om diagnosekriterierne og dermed om, hvordan man bedst screener for ortoreksi. DOS kan således ikke anvendes som et diagnosticeringsredskab. Det betyder blandt andet, at interviewpersonerne i undersøgelsen ikke nødvendigvis har ortoreksi. Deres spørgeskemabesvarelser afspejler et stort sundhedsfokus, som dog også kan skyldes andre forhold.

Der er ikke konsensus om, hvordan man skelner imellem en sundhedsbevidst person og en person med ortoreksi. Målet med interviewene har ikke været at afgøre, om deltagerne har ortoreksi, men at belyse motivationer og konsekvenser af et stort sundhedsfokus på både godt og ondt. Det er vigtigt, at et stort sundhedsfokus ikke sygeliggøres, hvis det hverken har negativ indvirkning på fysisk helbred, psykisk trivsel eller funktionsevne i sociale eller professionelle sammenhænge. Nogle deltagere i undersøgelsen giver udtryk for at trives med deres sundhedsfokus.

Der er mange ligheder mellem symptomer på ortoreksi og en række lidelser, fx anoreksi, OCD samt helbreds- og sygdomsangst (jfr. afsnit 4). Nogle deltagere i undersøgelsen har tanker, følelser og adfærd, der kan ligne symptomer på sådanne lidelser. Da denne undersøgelse ikke har haft et diagnosticerende sigte, er der ikke anvendt screeningsværktøjer for psykiatriske lidelser, og rapporten afklarer ikke, om symptomerne skyldes ortoreksi, andre lidelser, komorbiditet eller noget helt fjerde. Det ville kræve en grundig udredning og psykiatrisk specialuddannelse. Rapporten forsøger at give et nuanceret indblik i deltagernes forhold til sundhed og at synliggøre de mange gråzoner mellem sundt og usundt. Håbet er at skabe et vidensfundament, der kan være en platform for nye undersøgelser og drøftelser blandt fagprofessionelle.

Desuden bør læseren have i baghovedet, at der er tale om en tværsnitsundersøgelse, der giver et øjebliksbillede. Undersøgelsen viser, at der er en statistisk signifikant korrelation mellem en række variable, men den kan kun give et teoretisk bud på, om variabel A påvirker variabel B eller omvendt. Der kan være en korrelation, uden der er kausalitet.

Målet med de kvalitative interviews har blandt andet været at belyse, hvordan et stort sundhedsfokus opstår og udvikler sig over tid, da deltagernes sundhedsfokus ikke er en statisk størrelse. Flere deltagere oplever, at det har ændret sig. Derfor har flere citater en retrospektiv karakter.

Nogle steder skrives anførselstegn omkring "sund" og "usund", fordi deltagerne oplever nogle fødevarer som usunde, eller bestemte kostregler som sunde, uden de nødvendigvis er det ud fra de officielle kostråd fra Sundhedsstyrelsen. ViOSS tager ikke stilling til, om det er sundt eller ej i de konkrete tilfælde.

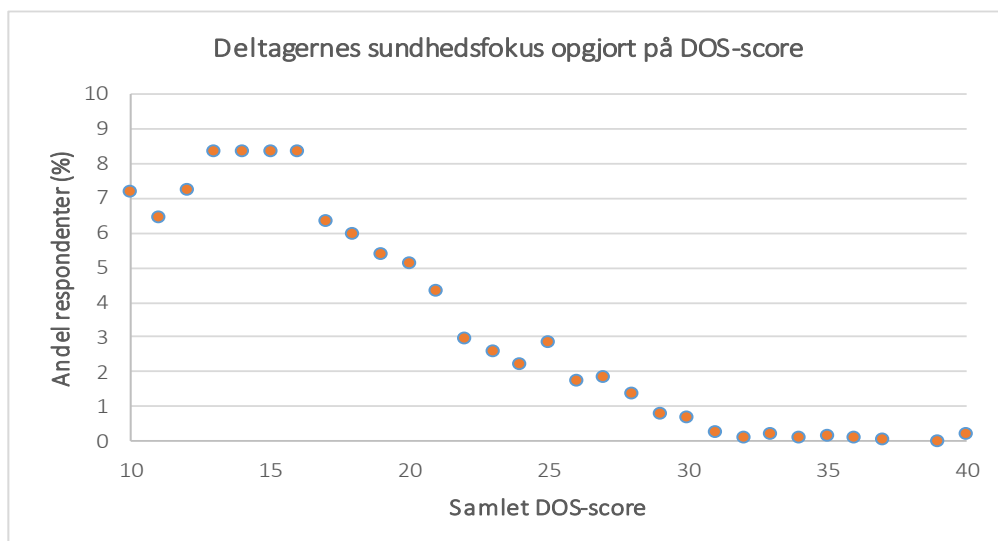
8. ANALYSER OG RESULTATER

I det følgende præsenteres resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, der uddybes og nuanceres med fund fra de kvalitative interviews. Først belyses, hvor mange der udviser symptomer på ortoreksi (afsnit 8.1), og hvem der især har symptomer (afsnit 8.2). Dernæst beskrives symptomer på ortoreksi (afsnit 8.3), kostregler og ritualer omkring måltider (afsnit 8.4), og motivation og gevinster ved et stort sundhedsfokus (afsnit 8.5). Derpå belyses negative følger af et stort sundhedsfokus (afsnit 8.6), og hvad der kan afbalancere sidstnævnte (afsnit 8.7). Endelig beskrives deltageres selvoplevede behov for hjælp til at håndtere et stort sundhedsfokus, herunder barrierer for at opsøge hjælp (afsnit 8.8).

8.1. Hvor mange har symptomer?

Dette afsnit beskriver, hvor udbredt symptomer på ortoreksi estimeres at være baseret på en stikprøve blandt 15-74-årige i den danske befolkning. Figur 1 viser, hvordan undersøgelsens deltagere fordeler sig ud fra deres samlede pointscore på måleværktøjet DOS. Den gennemsnitlige score er 17, og det fremgår tydeligt, at andelen af deltagere falder markant ved højere DOS-scores.

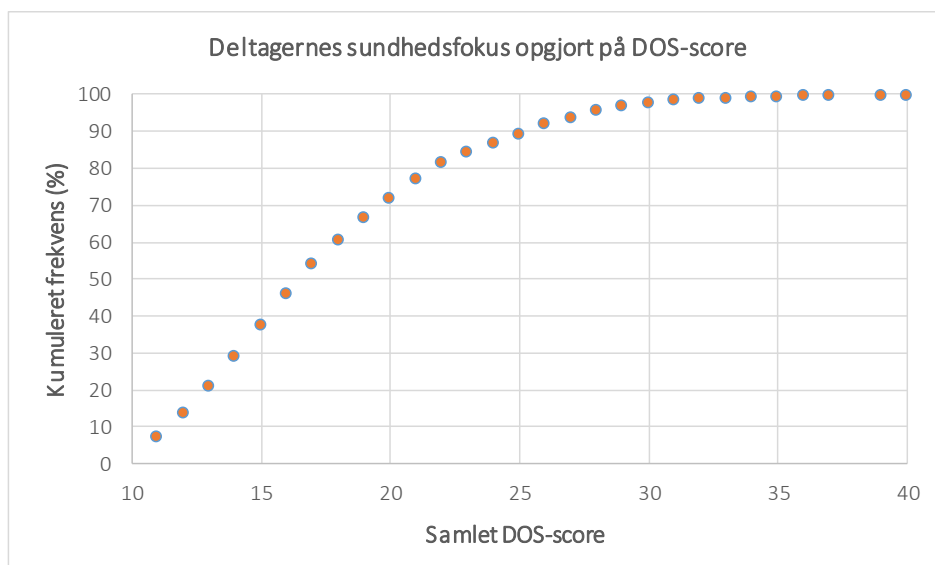
Figur 1:



Note: n = 2.921

Figur 2 viser den kumulative procentvise fordeling af deltagerne ud fra DOS-score. I grafen er det fx muligt at aflæse DOS-scores for kvartilsættet (25 %, 50 % og 75 % af deltagerne).

Figur 2:

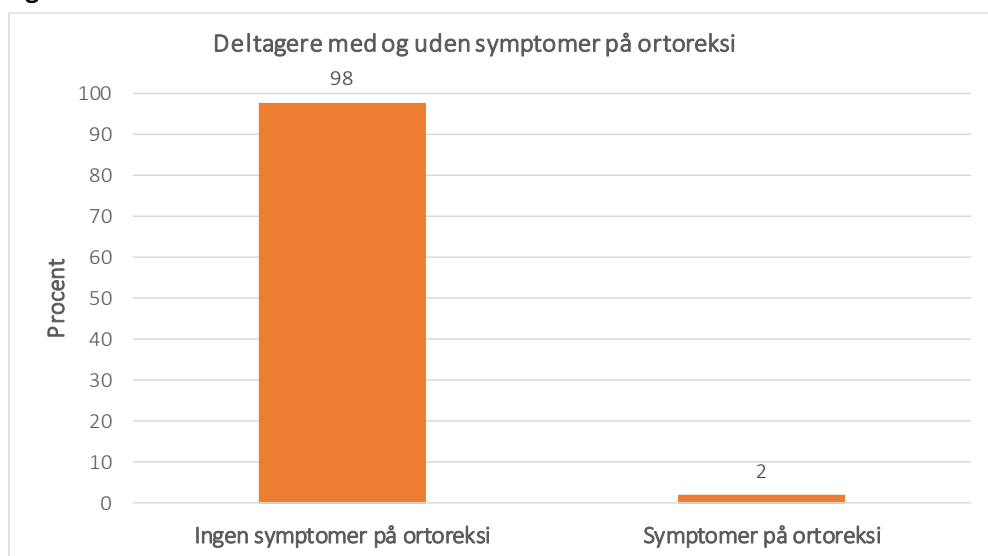


Note: n = 2.921

Figur 3 viser, at cirka 2 % af deltagerne udviser symptomer på ortoreksi, svarende til i alt 59 personer i undersøgelsen. Med et folketal på 4.365.950 for 15-74-årige i Danmark³¹ svarer det til, at cirka 87.000 danskere i aldersgruppen har symptomer på ortoreksi. Udbredelsen af anoreksi og bulimi vurderes ud fra befolkningsundersøgelser at være henholdsvis 0,3 % og 2 % i højrisikogruppen unge kvinder, men væsentlig lavere i befolkningen som helhed.³² Vær opmærksom på at her sammenlignes *udbredelsen* af anoreksi og bulimi med *symptomer* på ortoreksi.

Resultatet ligger inden for det forventede, når man sammenligner med udenlandske studier, hvor der i Tyskland er fundet en prævalens på 3 % (n = 1.340) ved brug af DOS.¹⁴ ViOSS finder således en lidt lavere forekomst af symptomer på ortoreksi i dansk kontekst.

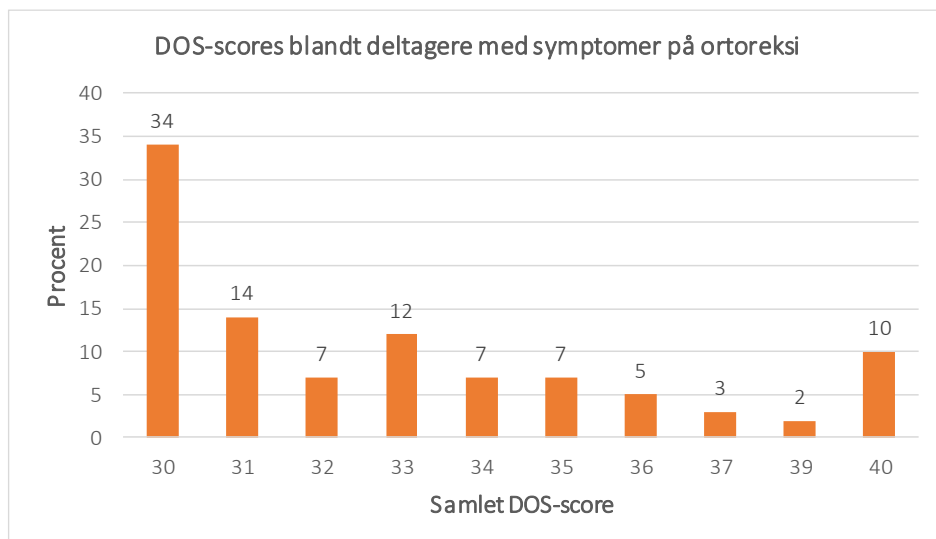
Figur 3:



Note: n = 2.921

Figur 4 viser fordelingen internt i gruppen med symptomer på ortoreksi (DOS \geq 30), hvor den gennemsnitlige DOS-score er 33. Det fremgår, at 30 er den hyppigste score, som 34 % af deltagerne med ortorektiske symptomer har opnået. Dermed har cirka en tredjedel af dem en score ved grænseværdien for ortoreksi.

Figur 4:



Note: n = 59.

I de følgende analyser er deltagerne slået sammen i kategorierne "deltagere uden symptomer på ortoreksi" og "deltagere med symptomer på ortoreksi", hvor sidstnævnte også omtales som deltagere med stort sundhedsfokus. Dette valg skyldes, at målet med undersøgelsen har været at belyse, hvad der kendetegner den samlede gruppe med stort sundhedsfokus, og hvordan denne gruppe adskiller sig fra de øvrige deltagere, der forventes at svare til den generelle befolkning.

Det er dog værd at bemærke, at der kan være stor intern variation i gruppen med stort sundhedsfokus, da det kan være meget forskelligt, hvordan man forholder sig til kost og sundhed, hvis man har en samlet DOS-score på henholdsvis 30 eller 40.

8.2. Hvem udviser symptomer?

I dette afsnit belyses, hvem der især udviser symptomer på ortoreksi, hvis man fokuserer på baggrundskaraktistika som køn, alder, uddannelsesniveau og region.

I tabel 1 ses det, at symptomer på ortoreksi er lige udbredt blandt mænd og kvinder, og at symptomer er mest udbredt hos de unge på 15-34 år, hvor 4 % har symptomer. Det samme gælder 2 % af de 35-49-årige og 1 % af de 50-74-årige. Det kan dog ikke på den baggrund konkluderes, at symptomer på ortoreksi aftager med alderen, da det ikke er de samme mennesker, der er fulgt fra 15-34-års-alderen til 50-74-års-alderen.

Tabel 1 viser, at symptomer er mest udbredt blandt deltagere, hvis uddannelsesniveau er en gymnasial uddannelse eller grundskole. I disse grupper forventes de unge dog at være overrepræsenteret, og det viser sig da også, at forskellen mellem uddannelsesniveauer er statistisk insignifikant, når der tages højde for alder i analysen (jfr. tabel 1 i bilag 3). Det betyder, at symptomer på ortoreksi optræder jævnt på tværs af uddannelsesniveauer. Der ses ingen regionale forskelle i udbredelsen af symptomer på ortoreksi (jfr. tabel 2 i bilag 3).

Tabel 1: Symptomer på ortoreksi fordelt på baggrundskaraktistika, rækkepct.

Baggrundskaraktistika	Symptomer på ortoreksi			P-værdi
	Nej	Ja	Total	
Køn				F(1, 2.920) = 0,8373
Mand	98	2	100	p = 0,3603
Kvinde	98	2	100	
Alder				F(2, 5.839) = 11,3215
15-34 år	96	4	100	p = 0,0000
35-49 år	98	2	100	
50-74 år	99	1	100	
Uddannelsesniveau				F(5, 14.594) = 2,9427
Grundskole	97	3	100	p-værdier er insignifikante efter kontrol for alder
Gymnasial uddannelse	96	4	100	
Erhvervsfaglig uddannelse	99	1	100	
Kort videregående uddannelse	98	2	100	
Mellemlang videregående uddannelse	98	2	100	
Lang videregående uddannelse	99	1	100	

Note: n = 2.921. F-værdien er Pearson design-based F.

I de resterende afsnit er alle rapporterede korrelationer i tabeller statistisk signifikante.

8.3. Symptomer

Den danske psykolog og forsker Bo Møhl skriver, at "overgangen mellem sygt og sundt er glidende, når det handler om psyken".³³ Denne undersøgelse tyder på, at det samme gælder interessen for sund kost. Men hvornår bliver interessen for at leve og spise sundt så indgribende i tilværelsen, at man taler om symptomer på ortoreksi?

I det følgende beskrives typiske symptomer på ortoreksi med afsæt i tabel 2. Tabellen viser, hvordan deltagere med symptomer på ortoreksi adskiller sig fra andre i undersøgelsen, når man studerer deres spisevaner ved brug af måleværktøjet DOS.

Det fremgår af tabel 2, at deres spisevaner ser substantielt og signifikant anderledes ud på alle ti udsagn. I den henseende er det interessante ikke, *at* deres spisevaner ser anderledes ud. Det er ikke overraskende, da opdelingen i deltagere med versus uden symptomer på ortoreksi netop er foretaget på baggrund af deres samlede pointscore på disse udsagn. Det interessante er, *hvor anderledes* de ser ud. Den procentvise forskel imellem grupperne er ofte betydelig, hvilket også kommer til udtryk ved, at den gennemsnitlige DOS-score er 17 og dermed lav i forhold til grænseværdien på 30 for symptomer på ortoreksi.

Tabel 2: Spisevaner hos personer med/uden symptomer på ortoreksi (DOS), kolonnepct.

Spisevaner	Symptomer på ortoreksi		Pearson design-based F(1, 2920)
	Nej	Ja	
Det er vigtigere for mig at spise sundt end at nyde maden			F = 78,5734
Passer ikke på mig	69	14	
Passer på mig	31	86	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg har lavet kostregler, der passer til mig			F = 68,9170
Passer ikke på mig	58	5	
Passer på mig	42	95	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg kan kun nyde mad/fødevarer, når jeg er sikker på, at de er sunde			F = 158,1675
Passer ikke på mig	82	17	
Passer på mig	18	83	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg forsøger at undgå at blive inviteret til at spise hos venner, som ikke går op i sund mad			F = 598,6448
Passer ikke på mig	95	15	
Passer på mig	5	85	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg synes, det er positivt, at jeg går mere op i sund kost end andre			F = 132,8799
Passer ikke på mig	76	9	
Passer på mig	24	91	p = 0,0000
Total	100	100	
Hvis jeg har spist noget usundt, får jeg virkelig dårlig samvittighed over for mig selv			F = 159,2233
Passer ikke på mig	77	5	
Passer på mig	23	95	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg har en følelse af at stå uden for samvær med mine venner og kollegaer pga. mine strikse kostregler			F = 534,6114
Passer ikke på mig	94	14	
Passer på mig	6	86	p = 0,0000
Total	100	100	
Mine tanker kredser konstant om sund mad, og jeg tilrettelægger min dag efter det			F = 468,3361
Passer ikke på mig	92	4	
Passer på mig	8	96	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg har svært ved at gå imod mine personlige kostregler			F = 397,1589
Passer ikke på mig	90	5	
Passer på mig	10	95	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg føler mig nedtrykt, hvis jeg har spist noget usundt			F = 290,6589
Passer ikke på mig	88	10	
Passer på mig	12	90	p = 0,0000
Total	100	100	

Note: n = 2.921. Dette er måleværktøjet DOS. I tabellen er svarkategorierne "Passer slet ikke på mig" og "Passer kun i ringe grad på mig" slået sammen til "Passer ikke på mig", mens "Passer i nogen grad på mig" og "Passer i høj grad på mig" er gengivet som "Passer på mig". Det sker ud fra et formidlingshensyn.

Tvangsprægede spisevaner

Det fremgår af tabel 2, at 96 % af deltagere med symptomer på ortoreksi oplever, at deres tanker konstant kredser om sund mad, og at de tilrettelægger deres dag efter det, hvilket kun gælder 8 % i gruppen uden symptomer. Det ses da også i tabel 3 herunder, at 81 % af deltagerne med symptomer oplever, at sundhed fylder meget eller rigtig meget for dem. Dermed kan man sige, at de er klar over, at de har stort fokus på sundhed, men samtidig synes 91 % af dem, at det er positivt, at de går mere op i sund kost end andre (jfr. tabel 2). Teoretisk kan dette forklares med, at de trives med et stort sundhedsfokus eller med, at mennesker med symptomer på ortoreksi har tendens til at overse negative konsekvenser ved et stort sundhedsfokus (jfr. afsnit 4).

Tabel 3: Sundhedsfokus fordelt på symptomer på ortoreksi, rækkept.

Symptomer på ortoreksi	Hvor meget fylder sundhed for dig?		
	Lidt/Meget lidt	Meget/rigtig meget	Total
Nej	62	38	100
Ja	19	81	100
Total	61	39	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected $\chi^2(1) = 45,3170$

Pearson design-based $F(1, 2.920) = 44,1972$ P = 0,0000

Rutiner og kontrol

Flere giver udtryk for, at de trives med deres store sundhedsfokus, så længe de kan undgå forstyrrelser, der gør det nødvendigt at afvige fra deres rutiner. De kan fx opleve, at det skaber struktur i hverdagen, og at de opnår en følelse af kontrol og tilfredsstillelse ved at overholde kostreglerne. En deltager fortæller om fordelene ved at leve sundt:

Det gav mig en illusion om at være super sund og et kick over at føle mig i fuld kontrol. Det gav mig en følelse af, at jeg havde tjek på det, og at jeg styrede mit liv.

Mange fortæller, at deres tanker og adfærd omkring kost og sundhed har udviklet sig til rutiner, som de først for alvor bemærker i situationer, hvor det er vanskeligt at efterleve kostreglerne. Deres spisevaner og eventuelle motionsvaner er så indarbejdede, at det ikke længere opleves som aktive valg, men foregår på et ubevidst plan. En deltager fortæller fx, at "det er så grundlæggende for mig nu, så det er ikke et aktivt valg mere (...). Det er en del af mig. Jeg tænker, at det burde være sådan. Jeg bruger lang tid på det, men det er ikke noget, jeg tænker over". En anden fortæller, at han fylder træning ind i hullerne i løbet af dagen. Han forklarer, at "tidsmæssigt fylder det mere for mig end for andre, men det er ikke noget, jeg tænker over eller går op i. Det er blevet en rutine".

En del oplever dog også, at regler og rutiner med tiden bliver noget, der skal følges for at føle ro og god samvittighed. Line på 25 år fortæller:

Line: Det udvikler sig og bliver en rutine. Jeg ved, hvad jeg skal spise og holder mig til det (...). Det bliver en del af ens hverdag, som man ikke tænker over (...). I starten var det et ideal at

leve sundt, og til sidst var det en del af hverdagen, der skulle krydses af. Det skulle bare nås. Jeg stillede ikke spørgsmålstegn ved det (...).

I: Hvad giver det at kunne krydse det af?

Line: Jeg ved det ikke... "Så er det opnået" – god samvittighed, en ro.

Emma på 30 år giver et eksempel på, hvordan overgangen fra sundt til usundt kan være glidende, når det handler om kost og spisevaner:

Emma: Det går godt i starten, men langsomt fylder det lidt mere hver dag, og lige pludselig bliver det en tvangshandling, en måde at kontrollere mine problemer på. Jeg får en madbesættelse, fordi livet ikke altid er håndterbart. Så kan jeg kontrollere det, jeg putter i munden. Det er en måde, jeg kan bevare kontrollen på.

I tabel 2 fremgår det, at 95 % af deltagerne med stort sundhedsfokus har lavet personlige kostregler, hvilket gælder 42 % af de øvrige deltagere. Mere påfaldende er det, at 95 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi har svært ved at gå imod deres egne kostregler, sammenlignet med 10 % af de øvrige deltagere. Det tvangsprægede kommer til udtryk ved, at de har vanskeligt ved at afvige fra deres kostregler, og det viser sig derfor især i situationer, hvor deres rutiner bliver udfordret. Afvigelse er for mange forbundet med stort ubehag og behov for at kompensere. Interviewene tyder på, at det især er sociale arrangementer, der kan udfordre og bryde rutinerne.

Social tilbagetrækning for at overholde kostregler

Mennesker med symptomer på ortoreksi laver ofte deres egne strikse kostregler, som de forsøger at undgå at afvige fra. Det kan gøre det besværligt at deltage i sociale arrangementer, der involverer spising. Dette afsnit beskriver, hvordan de forsøger at navigere i sociale sammenhænge.

At navigere uden om usunde fødevarer

I tabel 2 ses det, at 85 % af deltagerne med stort sundhedsfokus forsøger at undgå at blive inviteret til at spise hos venner, som ikke går op i sund kost, hvilket kun gælder for 5 % af deltagerne uden symptomer på ortoreksi. På den måde kan det store fokus på sundhed med tiden føre til, at man trækker sig fra socialt samvær, fordi man ikke vil risikere at havne i situationer, hvor det kan blive svært at følge kostreglerne. Det kan især udfordre relationer, hvor modparten ikke deler de samme overbevisninger om kost. Den sunde kost og reglerne prioriteres af nogle højere end det sociale samvær.

Det ses i tabel 4, at 56 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi undgår at spise sammen med andre pga. deres strikse kostregler, og at 50 % helst undgår at spise mad, som andre har tilberedt. Det samme gælder kun 5 % af de øvrige deltagere. Flere deltagere med stort sundhedsfokus fortæller, at det på grund af deres kostregler er vigtigt for dem at vide, præcis hvilke ingredienser et måltid indeholder, og hvordan det er tilberedt. Mange foretrækker derfor at tilberede egne

måltider fra bunden (jfr. afsnit 8.4), mens andre fx forsøger at håndtere situationen ved at påvirke madlavningen. En deltager fortæller:

Den eneste, jeg spiser hos, er min kusine, og lidt til fest. Ellers spiser jeg derhjemme (...). Jeg instruerer min kusine i at lave noget, jeg kan spise. Hun "punker" mig lidt, og så laver hun noget kylling til mig.

Tabel 4: Spisevaner hos personer med/uden symptomer på ortoreksi, kolonnepct.

Spisevaner	Symptomer på ortoreksi		Pearson design-based F(1, 2920)
	Nej	Ja	
Jeg undgår helst at spise mad, som andre har tilberedt			F = 197,2813
Meget uenig/uenig	95	50	
Enig/meget enig	5	50	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg planlægger sociale arrangementer, så jeg undgår at spise usund mad (fx ved at medbringe egen mad eller komme efter maden)			F = 310,6207
Meget uenig/uenig	94	36	
Enig/meget enig	6	64	p = 0,0000
Total	100	100	
Jeg undgår at spise sammen med andre pga. mine strikse kostregler			F = 288,3644
Meget uenig/uenig	95	44	
Enig/meget enig	5	56	p = 0,0000
Total	100	100	

Note: n = 2.921

I tabel 4 fremgår det desuden, at 64 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi planlægger sociale arrangementer, så de undgår at spise usund mad, hvilket kun gælder 6 % af de øvrige deltagere. Dette kommer også til udtryk i interviewene. Her beskriver flere, hvordan de forsøger at undgå at gå imod kostreglerne, men samtidig opretholde et socialt liv. I dagene op til sociale arrangementer bruger de derfor energi på at planlægge, hvordan de kan navigere uden om fødevarer, de anser for at være forbudte eller usundt tilberedt.

De typiske strategier er:

- ❖ at forberede sig ved at spørge ind til menuen hjemmefra
- ❖ at forsøge at påvirke menuen og tilberedningen, fx ved at deltage i madlavningen
- ❖ at medbringe egen mad eller komme efter maden
- ❖ at spise selektivt fra menuen, fx kun grøntsager
- ❖ at spise mindst muligt og kompensere bagefter, hvis "usund" mad ikke kan undgås
- ❖ at deltage uden at spise noget, fx undskylde sig med kræsenhed, fødevarerallergi eller at have spist hjemmefra
- ❖ at undgå at lave aftaler eller udeblive fra arrangementer med spisning/alkohol
- ❖ at kompensere på forhånd ved at dyrke mere motion, spise mindre eller ekstra sundt inden arrangementet

Målet er helt at undgå fødevarer, der opfattes som usunde, eller at minimere indtaget og kompensere efterfølgende. Det handler i høj grad om at ekskludere usunde fødevarer fra kosten, men også om at sikre det rigtige indhold i kosten og den korrekte sammensætning af måltider. Marie på 28 år fortæller, hvordan hun håndterede det, hvis hun skulle spise mad, som andre havde tilberedt:

Marie: Så forsøgte jeg at forudse, at jeg kunne risikere kun at spise to kogte kartofler. Det har altid været en tradition hos farmor og farfar, at vi fik stegt flæsk med persillesovs. Flæsken var helt forbudt, og sovsen var forbudt, og jeg måtte jo heller ikke spise en hel tallerkenfuld kartofler (...). Sammensætningen af måltidet var forkert (...). Det var en regel om, hvor meget kød, kartofler eller salat, måltidet måtte indeholde. Når jeg havde spist de kartofler, jeg måtte, så var det slut (...), så jeg havde taget grøntsager med og spiste dem i smug på badeværelset, for jeg blev også sulten, hvis jeg kun fik to kartofler (...). Hvis jeg blev udfordret på mine kostregler, skulle jeg kompensere ved at spise noget andet. Det kunne fx være ved at medbringe grøntsager og spise dem før eller efter, så kunne jeg kompensere for de grøntsager, jeg ikke fik til aftensmaden.

Negative sociale følger

Et stort sundhedsfokus kan få store negative følger for den sociale trivsel og funktionsevne. Behovet for at efterleve kostregler kan betyde, at man gradvist begrænser socialt samvær, fordi det bliver besværligt og udmattende at navigere i sociale situationer. Det ses i tabel 2, at 86 % af deltagerne med ortorektiske symptomer har en følelse af at stå uden for samvær med venner og kollegaer på grund af deres strikse kostregler. Det samme gælder for kun 6 % af de øvrige deltagere. Dette kan både afspejle, at personer med stort sundhedsfokus reelt udebliver fra sociale arrangementer, eller at de føler sig uden for, når de er tilstede, fordi de ikke deltager i spisningen på lige fod med andre. Der er eksempler på begge dele i de kvalitative interviews.

Flere deltagere føler sig anderledes, fordi de ikke deltager i spisningen. De oplever, at mad og drikke er en så central del af det sociale samvær, at kostrestriktioner er ensbetydende med at melde sig ud af fællesskabet. Flere fortæller da også, at de er udeblevet helt eller delvist fra sociale arrangementer for at undgå "usunde" fødevarer. En af dem fortæller:

Det har påvirket mit sociale liv i ekstrem grad. Jeg har i mange år ikke deltaget i sociale arrangementer, hvor der var mad. Så kom jeg senere eller slet ikke.

Nogle deltagere forklarer, at de hellere ville udeblive fra arrangementer end at afvige fra kostreglerne, men at det sjældent var forbundet med afsavn, imens deres sundhedsfokus var på sit højeste. På det tidspunkt oplevede de snarere, at der var tale om prioriteringer og acceptable fravalg. Line fortæller:

I: Du fortalte, at du kunne finde på at aflyse sociale aftaler eller komme efter maden. Hvor meget gik det ud over dit sociale liv i den periode?

Line: Det gik meget ud over det. Det er svært. Jeg kan se nu, at det sociale har lidt under det (...). Det fyldte ikke i min hverdag på det tidspunkt (...). Jeg har ikke haft veninder, jeg kunne

træne sammen med, det var kun i forhold til fest og sådan. Jeg følte ikke afsavn ved det, for deres livsstil passede ikke ind i min (...).

I: Hvordan var dit energiniveau på det tidspunkt? Havde du energi i hverdagen?

Line: Ja, det havde jeg, for jeg spiste jo det, jeg skulle for at fungere (...). Jeg var vægtstabil, bare slank, ikke undervægtig. Almindeligt slank.

Nogle deltagere fortæller desuden, at de har trukket sig fra sociale relationer, hvor de har mødt bekymring eller kritiske spørgsmål omkring deres kostregler. Julie er tidligere elitesportsudøver. Hun fortæller, at hun ændrede personlighed i sociale sammenhænge, da hendes sundhedsfokus var på sit højeste:

Julie: Reaktionen var blandede. Jeg fik ros for præstationerne på fodboldbanen, men mine forældre spurgte ind til, om det var sådan, jeg skulle spise. Jeg fik ros og "tommelfinger op" for, hvordan jeg spiste, fordi jeg spillede fodbold. Da jeg kom til [bynavn] var det en ny trænerstab og nye piger (...). Min veninde derhjemme blev hurtigt bekymret, for jeg gik fra at være udadvendt og social til at blive omvendt og radikal (...). Men fordi jeg var i nyt miljø, fik jeg meget ros. Der var ikke opsyn med mig, da jeg var skadet, så det kom som et chok for min nye træner.

Det ses i tabel 5, at deltagere med stort sundhedsfokus i højere grad end andre bor alene. Det gælder henholdsvis 47 % og 26 % i de to grupper. Forskellen er stadig signifikant, når der tages højde for alder i analysen (jfr. tabel 3, bilag 3). Der ses symptomer på ortoreksi hos 4 % af de deltagere, der bor alene, og hos 1 % af dem, der bor sammen med andre (jfr. tabel 4, bilag 3).

Det kan være sværere at praktisere strikse kostregler, hvis man deler måltidssituationer med bofæller. En mulig forklaring på resultatet kan derfor være, at man foretrækker at bo alene, hvis man har symptomer på ortoreksi. Det kan dog også afspejle, at det er lettere at udvikle symptomer på ortoreksi, hvis man bor alene, fordi ingen opdager og danner modvægt til strikse kostregler i hverdagen. Nogle deltagere fortæller, at deres kostregler kan besværliggøre samliv, og nogle har fået mere restriktive kostregler, efter de er begyndt at bo alene, fx fordi de eller deres børn er flyttet hjemmefra. En deltager fortæller:

Jeg fjernede flere fødevarer fra kosten, da mine piger blev voksne og flyttede hjemmefra. Jeg behøver ikke kød i mit køleskab. Jeg har gulerødder og æbler, te i skuffen, ingefær og mælk. Når mine børn kommer og spiser, får de det forbudte med hjem, fordi det ikke må være i køleskabet. Jeg bruger det ikke.

Tabel 5: *Boform fordelt på symptomer på ortoreksi, rækkepct.*

Symptomer på ortoreksi	Bor du...?		
	Sammen med andre	Alene	Total
Nej	74	26	100
Ja	53	47	100
Total	73	27	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected $\chi^2(1) = 12,9682$

Pearson design-based $F(1, 2.920) = 12,8368$ P = 0,0003

Stærkt ubehag og compensation ved regelbrud

Tabel 2 viser, at det for 86 % af deltagerne med stort sundhedsfokus er vigtigere at spise sundt end at nyde maden, og at 83 % af dem kun kan nyde fødevarer, når de er sikre på, at de er sunde. Det samme gælder for henholdsvis 31 % og 18 % af deltagerne uden symptomer på ortoreksi.

Mennesker med stort sundhedsfokus oplever dog ikke kun, at indtag af usunde fødevarer er forbundet med fravær af nydelse. Det fremgår af tabel 2, at 90 % af dem føler sig nedtrykte, hvis de har spist noget usundt, og 95 % får virkelig dårlig samvittighed over for sig selv. Det samme gælder for henholdsvis 12 % og 23 % af deltagerne uden symptomer på ortoreksi. Den dårlige samvittighed hos personer med stort sundhedsfokus kan hænge sammen med, at 61 % af dem er bange for at blive syge, hvis de spiser usund mad, sammenlignet med kun 13 % af de øvrige deltagere (jfr. tabel 7 i afsnit 8.5).

De fleste med stort sundhedsfokus har prøvet at afvige fra kostreglerne i sociale sammenhænge, selvom de går langt for undgå det. Nogle fortæller, at de kan nyde usund mad med god samvittighed, men mange oplever ubehag og behov for at kompensere bagefter. Ubehaget kommer forskelligt til udtryk fra person til person, men viser sig fx ved:

- ❖ at de mister evnen til at nyde måltidet og selskabet, fx at være mentalt tilstede
- ❖ tankemylder/bekymring og konsekvenstanker om at blive syg eller tage på
- ❖ at de føler sig nedtrykte og får dårlig samvittighed
- ❖ at de føler sig irritable, frustrerede, vrede og trængt op i en krog
- ❖ stærk indre uro og trang til bevægelse for at kunne være i kroppen
- ❖ selvbeprejdelse og skam over kontroltab og oplevet nederlag/personlig svaghed
- ❖ at de gribes af panik over at have "forgiftet" kroppen
- ❖ at de oplever, at deres udseende (fx hud) påvirkes negativt umiddelbart efter
- ❖ at de føler sig trætte, oppustede/utilpasse eller tunge i kroppen
- ❖ kvalme, fysisk smerte/ømhed i kroppen, hovedpine, søvnbesvær

Flere fortæller, at de forud for sociale arrangementer har gennemtænkt, hvordan de kan kompensere, hvis de ikke kan undgå "usunde" fødevarer. Det skaber tryghed og giver en følelse af at opretholde kontrollen. Derfor kan ubehaget og den dårlige samvittighed være ekstra påtrængende, hvis regler brydes impulsivt. For nogle synes det at være selve dét at have brudt en regel, der påvirker humøret negativt og vækker ubehag, mens andre får konsekvenstanker om

deres helbred eller udseende. For mange er ubehaget så stort, at de føler behov for at kompensere for afvigelsen. Det sker typisk ved, at de efterfølgende:

- ❖ indfører strengere kostregler og spiser endnu "sundere", fx kun grøntsager
- ❖ modregner "usunde" fødevarer ved at spise mindre eller springe måltider over
- ❖ dyrker ekstra motion
- ❖ kaster op, hvis afvigelsen fra kostreglerne har været ekstra stor
- ❖ indtager fødevarer (fx kosttilskud, rødbedesaft, vand), som de oplever, kan neutralisere effekten af det "usunde"

Flere beskriver et madregnskab, der skal gå op fordelt henover en dag eller uge. Hvis reglerne brydes, kompenserer de før eller efter, så balancen genoprettes. Nogle fortæller, at deres kompenserende adfærd er afgørende for, at de kan opretholde et socialt liv. En deltager fortæller, at hun er frygtelig flov over at kaste op efter indtag af "usunde" fødevarer, der opleves som en forgiftning af kroppen, men hun forklarer: "Hvis ikke jeg kan gøre det, så skal jeg blive hjemme og aldrig gå ud (...). Det er min livline".

Peter på 50 år fortæller, at han forsøger at lindre symptomer på sygdom igennem kosten. Han undgår mange fødevarer, og tidligere udeblev han altid fra sociale arrangementer med spisning. En dag besluttede han sig for at deltage og kompensere for "usunde" fødevarer ved at tage et kosttilskud, fordi han gerne ville være en del af fællesskabet igen:

Peter: Jeg er udeblevet fra sociale ting og har sagt nej til ting. For eksempel en julefrokost. Dengang ville jeg sige nej til at deltage.

I: Hvordan påvirkede det dit social liv dengang?

Peter: Jeg kunne ikke deltage, jeg følte mig udenfor (...). Nu tager jeg kosttilskuddet med og prøver det for at blive en del af fællesskabet igen.

Ubehag, dårlig samvittighed og kompenserende adfærd ses altså hos flere deltagere. Denne form for risikoadfærd ses desuden hyppigt ved spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi. Derudover ses det, at mange deltagere forsøger at forebygge sygdom. Dette fokus kan også optræde ved helbreds- og sygdomsangst, men også hos andre, der blot går op i at bevare et godt helbred.

8.4. Kostregler og måltidsrutiner

Det ses i tabel 6, at 69 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi helt har forsøgt at undgå bestemte fødevarer, selvom de godt kan lide smagen. Det fremgår også, at 88 % af dem altid læser varedeklarationen, før de køber en fødevarer for første gang. Det samme gælder henholdsvis 24 % og 43 % af de øvrige deltagere. Deltagere med stort fokus på sundhed udøver altså restriktiv spising og fødevarerelektion i højere grad end andre.

Tabel 6: Spisevaner hos personer med/uden symptomer på ortoreksi, kolonnepct.

Spisevaner	Symptomer på ortoreksi		Pearson design-based F(1, 2920)
	Nej	Ja	
Jeg læser altid varedeklarationen, før jeg køber en fødevarer, som jeg ikke har købt før			F = 45,7532
Meget uenig/uenig	57	12	
Enig/meget enig	43	88	p = 0,0000
Total	100	100	
Har du i de seneste fire uger forsøgt helt at undgå bestemte fødevarer, selvom du godt kan lide smagen?			F = 63,5267
Nej	76	31	
Ja	24	69	p = 0,0000
Total	100	100	

Note: n = 2.921

Flere udtrykker et behov for at kende det præcise indhold af fødevarer og måltider for at sikre overensstemmelse med deres personlige kostregler. Men hvad kigger de efter, når de tjekker varedeklarationerne? Og hvilke fødevarer forsøger de systematisk at undgå, selvom de godt kan lide smagen? Det beskrives i det følgende.

Forbudte fødevarer

Flere deltagere skelner imellem "sunde" fødevarer kontra "usunde" og derfor "forbudte" fødevarer. Restriktiv og forstyrret spising er symptomer, der både kan optræde ved ortoreksi og ved spiseforstyrrelser som fx anoreksi (jfr. afsnit 4). En deltager forklarer, hvordan hendes kostregler så ud, da interessen for sundhed styrede hendes hverdag:

Det kulminerer efter min fødselsdag. Jeg noterer alt ned (...): Jeg havde en bog med fødevarer delt ind i et trafiklys. Det styrede hele dagen. De røde ting måtte jeg ikke spise, det kunne være alt med mange hurtige kulhydrater. De gule kunne være rugbrød, hvor jeg vidste, at der var noget godt i. Jeg var bange for kulhydrater. De grønne måtte jeg spise meget af: magert kød, grøntsager og æbler, for hvis jeg skulle styrketræne, skulle jeg have noget sukker.

De forbudte fødevarer er ikke nødvendigvis usunde baseret på Sundhedsstyrelsens kostråd om at spise varieret med afsæt i madpyramiden. Det varierer desuden, hvilke fødevarer de enkelte deltagere forsøger at undgå. Nogle er fx meget opmærksomme på at få proteiner fra magert kød, mens andre systematisk undgår kød. Det er dog muligt at udlede nogle generelle fællestræk ved deres kostregler.

De går typisk efter:

- ❖ fødevarer med et højt indhold af fibre og proteiner
- ❖ fødevarer med højt indhold af vitaminer og mineraler
- ❖ uforarbejdede fødevarer
- ❖ "rene" og "naturlige" fødevarer, herunder økologiske produkter eller egen avl
- ❖ konkret går mange efter grøntsager, magert og lyst kød (særligt fisk og kylling), magre mejeriprodukter (fx skyr, hytteost), grove kornprodukter, sunde olier og diverse "superfoods" (fx chiafrø, ingefær, rødbede)

Mange undgår systematisk:

- ❖ fødevarer med et højt fedt- eller sukkerindhold
- ❖ fødevarer med tilsætningsstoffer eller konserveringsmidler
- ❖ forarbejdede fødevarer
- ❖ færdigretter og fastfood

Nogle deltagere undgår systematisk hele grupper af fødevarer, fx kød eller mejeriprodukter, mens andre begrænser sig til de sundeste varianter af disse. Flere deltagere giver udtryk for, at forarbejdede fødevarer kan forgifte kroppen og medføre sygdom. Det kan være et symptom på ortoreksi, men lignende tanker kan fx ses ved helbreds- og sygdomsangst, eller bunde i helt andre forhold. Clara på 64 år giver udtryk for, at forarbejdede fødevarer i modsætning til "naturlige" fødevarer forgifter kroppen:

Clara: Jeg tænker, at jeg er sund. Det er meget vigtigt, at min krop er sund, og mine organer er sunde. Det betyder meget ikke at forgifte kroppen.

I: Så du forgifter kroppen, hvis du spiser usund mad?

Clara: Ja, helt sikkert. En rød spegepølse – kontra en gulerod – den er giftig. Der er alt for meget salt, sukker og andre ting i. Guleroden er kommet op af jorden og er sund, når den bliver skrællet og vasket.

Diæter og gradvist flere forbudte fødevarer

Flere deltagere fortæller, at de gradvist har forsøgt at gøre deres kost endnu sundere. Det sker især ved, at "usunde" fødevarer ekskluderes fra kosten. Ofte udskifter de dog også sunde fødevarer med endnu sundere varianter og alternativer. Anders på 24 år og Emma fortæller:

Anders: Det var de sikre valg. Det var dem, jeg havde overbevist mig om, var sunde *nok*: skyr, banan, gulerødder, agurk, havregryn, kylling og til dels mælk. Jeg skulle spise havregryn med vand på. Jeg så ikke mælk som usundt, vand var bare sundere.

I: Sorterede du gradvist flere fødevarer fra?

Anders: Ja, jeg spiste mange appelsiner og fik en idé om, at der var meget sukker i. Så stoppede jeg med det.

I: Hvad har været på forbudt-listen?

Emma: Periodisk mælkeprodukter, alle former for brød. Der var perioder, hvor jeg undgik fedt, kød, alt friturestegt, slik, kager, chokolade, chips, peanuts... Listen har været meget lang.

I: Ville det være nemmere at fortælle, hvad du måtte spise?

Emma: Ja, det har været friske grøntsager, vand, te, bønner, kikærter, nødder, græskarkerner. Men det er også derfor, det går galt. Ingen kan leve af så lidt.

Deltagernes kostregler bliver strengere på baggrund af informationssøgning eller egne eksperimenter med, hvad der "virker" for dem. Flere har fundet inspiration i Sundhedsstyrelsens kostråd, men i en tilpasset og mere striks fortolkning eller i kombination med andre kostregler. Nogle deltagere er skeptiske over for de officielle kostråd og det etablerede sundhedssystem. De finder blandt andet inspiration i diæter (fx fastekure) hos bloggere, i sundhedsmagasiner og inden for alternativ behandling. En deltager fortæller om to af de diæter, hun har afprøvet:

Jeg begyndte på Low Carb High Fat (...). Mange sagde, at de fik det godt af det. Jeg læste en masse om det og om videnskabelige forsøg (...). Jeg har prøvet at faste i længere perioder. Efter fire-fem dage, hvor man kun har drukket te, har man skærpede sanser, friske øjne, meget mere energi, og man sover mindre. Dér slår hjernen over til at forbrænde ketoser fra glukose. Det har jeg læst en masse om. Alle syntes, det var langt ude, men jeg kan godt lide at eksperimentere. Men de har også været totalt dumme, mine eksperimenter.

Enkelte deltagere begrundet deres fødevalg i dyrevelfærd eller miljøhensyn. Denne motivation fremhæves dog sjældent, og andre motivationer synes at dominere hos deltagere med stort sundhedsfokus.

Planlægning og måltidsrutiner

Mange deltagere har regler og ritualer omkring måltider, som rækker ud over valg af fødevarer. De bruger gerne meget tid på at søge inspiration og planlægge måltider og beskriver ofte sundhed som en hobby eller livsstil. Nogle søger information for at holde sig opdateret om livsstilsrelaterede sygdomme og forebyggende kosttiltag. Flere fortæller, at de især brugte meget tid på informationssøgning i starten, men at de i vid udstrækning har indstillet søgningen efter at have defineret deres personlige kostregler. Andre bruger fortsat meget tid og justerer løbende deres kostregler på baggrund af de seneste tendenser inden for sundhed. Peter på 50 år fortæller:

Peter: Når jeg skal prøve en ny diæt af, så gør jeg det og tænker ikke mere over det. Ellers bliver man bims i låget over at skulle måle og veje (...). Jeg bruger mange timer om dagen i flere måneder på at sætte mig ind i en ny kostdiæt. Men nu følger jeg det samme, så det er ikke noget, jeg føler, jeg bruger ekstra tid på (...). I starten skiftede jeg meget i forhold til, hvad der virker og ikke virker.

Enkelte deltagere fremhæver, at det kan være dyrt at leve sundt, fordi de fx bruger mange penge på alternative behandlinger, køber kosttilskud i helsekostforretninger eller bestiller særlige produkter hjem fra udlandet. Enkelte har regler omkring køkkenredskaber og fødevareremballage (fx at fødevarer ikke må opbevares i konserves eller plastik). En deltager fortæller, at hun kunne gå i panik, hvis hun havde planlagt at købe en bestemt fødevarer, der viste sig at være udsolgt:

Jeg tjekkede altid varedeklarationer. Jeg kiggede efter kalorieindhold, fibre, salt. Det kunne tage lang tid. Det var en afvejning af indholdet i én vare kontra en anden vare. Jeg gik i panik, hvis de ikke havde den fødevarer, jeg skulle have.

Nogle deltagere har særlige rutiner omkring måltider og spisetider og fortæller, at de er nødt til at vente med at spise til næste planlagte måltid, hvis et spisetidspunkt overskrides. Camilla på 20 år er ude at rejse og bor hos en familie, hvor hun for første gang i halvandet år ikke har mulighed for at kontrollere sin kost på samme måde, som hun gjorde derhjemme. Hun beskriver det både som "grænseoverskridende" og et "frirum", at det "ikke er muligt at håndhæve regler". Hun fortæller, hvordan hendes hverdag i Danmark er struktureret ud fra kost og træning:

Camilla: I Danmark skriver jeg hvert måltid ned, og hvornår jeg skal træne.

I: Har du skrevet ned for hver uge, hvad du skal spise morgen, middag og aften?

Camilla: Ja. Det er en bog, så man kan planlægge sin måned med en side til hver dag og inddelt i måltider. Det er en to-do-liste. Og nederst står der "Træning" (...). Det er er rart at vide, at der er styr på det (...). Det er som en kalender, jeg har brugt den i lidt over et år. Jeg får skrevet gode ideer ned, og ting jeg er glad for.

Tilberedning fra bunden

Hvis man ser bort fra valg af fødevarer, synes deltagernes regler og rutiner især at være knyttet til tilberedningen af måltider. For mange er det vigtigt at lave egne måltider fra bunden, hvilket er

udbredte idealer i samfundet generelt. For deltagere med stort sundhedsfokus handler det ofte om, at de ønsker at kende det præcise indhold af måltider for at sikre overensstemmelse med deres personlige kostregler. Flere undgår helst at spise mad tilberedt af andre, fordi de er bange for, at næringsindholdet eller tilberedningen er forkert. Det handler fx om at sikre, at maden er tilberedt med de rette mængder og typer fedtstof. Nogle begrundet det desuden med, at de ønsker rene og naturlige fødevarer. Jannie på 21 år og Bo på 48 år fortæller:

Jannie: Til at starte med spiste jeg fisk, når jeg var inviteret ud, fordi jeg troede, at det var sundt, men jeg fandt ud af, at der er mange tungmetaller i fisk (...). Jeg spiser og drikker ikke nogen animalske produkter herhjemme (...). Jeg går primært efter uforarbejdede fødevarer. Da var min onkel var her i går, havde han pærer med fra sine egne pæretræer. Jeg ved, hvor det kommer fra. Det er meget renere end det, man køber (...). Jeg kunne aldrig købe en færdigkage. Det er ikke noget nyt (...), jeg er opdraget med, at det skal laves fra bunden (...). Det er rart at vide, hvad der er i.

Bo: Nogle fødevarer er fyldt med alt muligt, for at det kan holde sig længere. Jeg har prøvet at google mig frem til noget af det. Jeg ved bare, at hvis man spiser en sund kost, så kan man forebygge mange sygdomme (...). Jeg tænker lidt over det, for man har hørt så meget om laboratorier. Jeg tror, der sker så meget, som man ikke ved noget om (...). Når vi laver alt fra bunden, så ved vi hundrede procent, hvad der er i. Det er en personlig tilfredsstillelse, at du ved, hvad du får indenbords.

Flere deltagere undgår systematisk sammenkogte retter, fordi det er svært at gennemskue, hvad de indeholder. For enkelte deltagere bunder det desuden i et behov for at arrangere maden på særlige måder, der forbindes med orden og æstetik. En deltager forklarer:

Min tallerken er pæn med blomster og salatblade (...). Det skal være pænt, ellers spiser jeg det ikke. Maden skal ligge ordentligt på tallerken. Jeg skal have lige linjer (...), det skal inddeles. Det kom efter jeg fik angst og stress. Jeg skal have ro (...). Det må godt være rodet sammen, men skal være ordentligt rod (...). Suppe er en rodet ret, det er ikke appetitligt. Det er federe at lave noget selv, som jeg ved, hvad der er i. Indbagt pizza er også rodet, man kan ikke se, hvad der er i.

8.5. Motivation og gevinster

Deltagernes interesse for sund kost og eventuelt træning har ændret karakter og styrke over tid. Dette afsnit belyser, hvad der kan bidrage til at udløse, vedligeholde eller forstærke et stort sundhedsfokus. Et øget fokus viser sig ofte ved, at der indføres flere og strengere regler for sund kost og måske træning.

Mad som medicin – at forebygge sygdom

Mange deltagere fortæller, at det er vigtigt for dem at forebygge sygdom igennem sund kost og motion. De opfatter mad som medicin og lever efter devisen: "Du bliver, hvad du spiser". Flere af disse deltagere beskriver usunde fødevarer som gift for kroppen. Jannie fortæller:

Jannie: Jeg synes, det er skræmmende, hvor mange, der har diabetes (...), og hvor meget gift der er i nogle fødevarer. Medicin er du nødt til at tage, men jeg kan bedre lide idéen om at gøre noget andet. Der er så mange bivirkninger ved det. Man siger, "du bliver, hvad du spiser". Jeg tror på, at du kan spise dig sund og forebygge mange ting. Jeg vil heller ikke stole blindt på Sundhedsstyrelsen.

Hos nogle deltagere er opmærksomheden på kost opstået i kølvandet på store livsomvæltninger eller traumatiske hændelser. En deltager fortæller, at hun blev meget fokuseret på sund kost, da hendes søster blev syg og siden døde af kræft. Hun opfatter kræftsygdommen som livsstilsrelateret:

Jeg blev lidt skadet omkring mad, da min søster blev syg af kræft. Der læste jeg meget om kræft og kost. Jeg blev bevidst om, at min søster havde spist forkert og derfor blev syg. Der gik jeg over i den anden grøft og spiste urter, rå kartofler osv. Jeg blev meget mærkelig, fordi jeg var nervøs for at få sygdommen. Min søster blev syg, fordi hun havde spist forkert. Siden da har det betydet meget, hvad jeg putter i munden. Jeg har en facitliste over forbudte og tilladte fødevarer (...). Det var en meget traumatisk oplevelse for mig, at min søster blev syg og døde.

Forebyggende kosttiltag og frygt for sygdom kan være udtryk for ortoreksi. Det kan dog også være et symptom på sygdomsangst eller bunde i helt andre forhold. Når disse deltagere indtager "usunde" fødevarer, føler de stort ubehag, fordi de frygter at blive syge. Enkelte kan blive grebet af panik, fordi de oplever det som en forgiftning af kroppen. Det ses i tabel 7, at personer med symptomer på ortoreksi i højere grad end andre frygter at blive syge, hvis de spiser usund mad. Det gælder henholdsvis 61 % og 13 % i de to grupper.

Tabel 7: Sygdomsfrygt hos personer med/uden ortorektiske symptomer, kolonnepct.

Jeg er bange for at blive syg, hvis jeg spiser usund mad	Symptomer på ortoreksi	
	Nej	Ja
Meget uenig/uenig	87	39
Enig/meget enig	13	61
Total	100	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected chi2(1) = 110,9017

Pearson design-based F(1, 2.920) = 109,7375

P = 0,0000

Deltagerne, der forsøger at forebygge sygdomme igennem kosten, har ofte fokus på de langsigtede gevinster ved en sund livsstil. De forsøger at optimere deres sundhed og forebygge livsstilssygdomme som en investering i deres helbred. For mange handler det om udsigten til et langt liv med høj livskvalitet, hvor de forbliver raske og rørige, også i alderdommen. To deltagere fortæller:

Jeg tror på, at den sidste del af livet bliver godt. Når jeg bliver gammel, skal jeg ikke sidde på plejehjemmet og fejle en masse. Omdrejningspunktet er sygdom – at man kan blive syg af giften [i usund mad]. Jeg vil være rask og frisk i den tid, jeg er her. Jeg vil sove stille ind i stedet for at kæmpe med sygdomme: Dét vil jeg gerne undvære, og jeg tror på, at jeg kan undgå det ved at være sund.

Jeg vil gerne undgå sygdomme. De kommer tit med dårlig mad (...), i min alder fx blodpropper. Min far har sukkersyge. Det skal jeg undgå ved at holde mig i gang (...). Det er 70 % af motivationen for at leve sundt i min alder. Når man er ung, handler det om at se godt ud. I min alder er det især for at undgå sygdom. Resten er at se bedre ud, ikke at blive tyk og at være tilfreds med sig selv.

Nogle deltagere fortæller, at de er blevet opmærksomme på at forebygge sygdom igennem kosten, efterhånden som de er blevet ældre. Der er dog også flere unge, der udtrykker samme fokus på forebyggelse. To af dem fortæller:

Det giver mig en garanti for, at jeg ikke bliver tyk, og en sikkerhed omkring mit helbred i fremtiden. Jo før jeg spiser sundt og er god ved min krop, jo bedre kommer jeg til at have det i fremtiden.

Kosten er blevet vigtigere for mig, end den har været (...). Før kunne jeg ikke overskue at have fokus på det. Jeg vidste godt, at det ikke var sundt, og det irriterede mig. Nu har jeg det godt (...). Det giver en tryghedsfølelse i kroppen (...). Det er bevist, at sund kost nedsætter risikoen for sygdomme, fx kræft, og det har jeg en tro på. Det ligger i baghovedet, at det er sundt for mig at spise det her.

Der er også enkelte deltagere, der forsøger at lindre eller behandle sygdom igennem kosten. Nogle lidelser (fx diabetes) kan kræve et ekstra kostfokus, som ikke må forveksles med symptomer på ortoreksi. Omvendt kan der være en teoretisk risiko for, at denne opmærksomhed hos nogle udvikler sig i ortorektisk retning. I det lys er forskellen overraskende lille, hvad angår symptomer på ortoreksi blandt deltagere henholdsvis med og uden en fødevarerelateret diagnose: I undersøgelsen angiver 13 % af deltagerne, at de har en fødevarerelateret diagnose (jfr. tabel 5 i bilag 3). Heraf udviser 4 % symptomer på ortoreksi, hvilket gælder for 2 % uden fødevarerelateret diagnose, jfr. tabel 8. I interviewene fortæller enkelte deltagere, at de har en fødevarerelateret lidelse, som er stillet uden for det etablerede sundhedsvæsen.

Tabel 8: *Symptomer på ortoreksi fordelt på fødevarerelateret diagnose, rækkepct.*

Har du hos lægen fået stillet en diagnose, som kræver, at du er særligt opmærksom på, hvad du spiser?	Symptomer på ortoreksi		
	Nej	Ja	Total
Nej	98	2	100
Ja	96	4	100
Total	98	2	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected $\chi^2(1) = 7,8702$

Pearson design-based $F(1, 2.920) = 7,7821$ P = 0,0053

Livskvalitet – fysisk og mentalt overskud

Det er veldokumenteret i forskningen, at sund kost og motion har mange gavnlige effekter, som deltagerne i denne undersøgelse også oplever. Mange fortæller, at de lever og spiser sundt for at opnå fysisk og mentalt overskud og velvære. De oplever, at det øger deres livskvalitet og trivsel, fordi de får mere energi og større overskud i hverdagen. Flere fortæller, at de er blevet gladere, efter de er begyndt at leve sundt.

Nogle deltagere fremhæver, at fysisk aktivitet gør det lettere at bevare overblikket i en travl hverdag. De oplever, at deres præstations- og indlæringssevne forbedres, fordi de får mere energi og lettere ved at fokusere. Nogle giver desuden udtryk for, at de kan bruge særligt motion til at få et afbræk og nedbringe følelsen af stress. De føler sig mere i balance og bedre tilpas i kroppen, som flere udtrykker øget tilfredshed med og bedre kontakt til. Flere oplever også, at deres kondition og fysiske form forbedres. De positive effekter motiverer dem til at fastholde deres store sundhedsfokus.

Mange fortæller dog, at balancen nemt tipper. Flere har oplevet en glidende overgang fra sundt til usundt, hvor interessen for sund kost og træning først har højet deres trivsel, men med tiden er kommet til at fylde så meget, at det har fået den modsatte effekt. De kan føle stor tilfredsstillelse, når de formår at efterleve deres sundhedsrutiner, men tilsvarende ubehag og dårlig samvittighed, hvis de forhindres i det. I afsnit 8.6 beskrives, hvordan det kommer til udtryk, når et stort sundhedsfokus forringer livskvaliteten.

En sund, slank og veltrænet krop

Flere deltagere med stort fokus på sundhed fortæller, at det er vigtigt for dem at spise sundt og dyrke motion, fordi de ønsker at holde vægten eller tabe sig. Nogle har oplevet, at de er nødt til at have større fokus på deres kost, efter de er blevet ældre, fordi de tager på, hvis de spiser det samme som tidligere. Andre har overvægt og et stort vægttab bag sig, som i nogle tilfælde er blevet anbefalet hos lægen. Flere fortæller blot, at de tidligere har spist for dårligt og motioneret for lidt. Deres interesse for sundhed er opstået ud fra et relativt uskyldigt ønske om en sundere livsstil og et ønske om at påvirke deres figur, vægt og generelle helbred ved at være fysisk aktive og spise lidt sundere.

Mange begrundet deres vægtfokus med, at det er usundt at være overvægtig eller med sundhedseffekterne ved at være slank. Det handler ofte om at forebygge livsstilssygdomme relateret til overvægt. Nogle fortæller, at de er blevet påvirket af information om livsstilssygdomme, kostråd og andre sundhedsbudskaber, som de fx er stødt på i medierne og i sundhedsmagasiner. Bo fortæller:

Bo: Vi er blevet mere oplyst. Hvis du ser fjernsyn eller læser i et blad, så er der altid et eller andet om, hvad man kan gøre og burde gøre for at få en bedre livsstil.

Flere har indledningsvist oplevet en forbedring af deres kondition og fysiske form, som har motiveret dem til at fastholde eller øge deres fokus på sundhed. Der er dog også mange, der gerne vil påvirke deres figur og vægt ud fra et fokus på udseende. I forskningen fremføres det ofte, at ortoreksi ikke er en vægttabsstrategi i modsætning til anoreksi. Det ses dog i tabel 9, at deltagere med stort sundhedsfokus i højere grad end andre forsøger at tabe sig, da 67 % af dem har forsøgt vægttab omkring undersøgelsestidspunktet, hvilket gælder 37 % af de øvrige deltagere. Resultatet fortæller dog ikke, om slankeadfærd er en del af symptombilledet ved ortoreksi, eller om slankeadfærd øger risikoen for symptomer på ortoreksi.

Tabel 9: Vægttabsforsøg fordelt på ortorektiske symptomer, rækkepct.

Symptomer på ortoreksi	Har du i løbet af de seneste fire uger forsøgt at tabe dig?		
	Nej	Ja	Total
Nej	63	37	100
Ja	33	67	100
Total	63	37	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected $\chi^2(1) = 22,2079$

Pearson design-based $F(1, 2.920) = 22,1434$ P = 0,0000

De kvalitative interviews tyder dog på, at målet med vægttab sjældent er "den tynde krop", som det fx ses ved anoreksi. Deltagerne synes sjældent at have et forvrænget kropsbillede, hvor de opfatter sig selv som overvægtige, selvom de ikke er det, eller ikke kan se, at de er blevet for tynde. For mange er kropsidealet at være slank, sund og veltrænet. De sætter ofte lighedstegn mellem "den slanke krop" og "den sunde krop". Flere udtrykker et ønske om en "trimmet" eller "tonet" krop med markerede muskler. De har ofte et ønske om at holde vægten eller om at opnå en lavere fedtprocent og større muskelmasse. To deltagere fortæller:

Jeg kan lide at få brugt energi og føle mig stærkere. Da jeg så muskler på min arm, blev jeg glad, det var sejt.

Det gav mig en ro at træne – i forhold til den uro jeg følte – og en følelse af velvære. Man kunne se mine muskler. Det gav mig en følelse af at være fit og sund. Udseendet gav mig noget. Man kunne se mine linjer på låret.

Flere fortæller, at en sundere, stærkere og flottere krop er en gevinst ved deres livsstil. Nogle har opnået synlige resultater, som har øget deres kropstilfredshed og motiveret dem til at fastholde eller øge deres fokus på sund kost og træning. Nogle beskriver, at deres sundhedsfokus med tiden har ændret karakter, så de har fået stigende fokus på deres figur og kropsvægt. I de tilfælde ses ligheder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser som anoreksi (jfr. afsnit 8.6). Julie fortæller, hvordan hendes sundhedsfokus med tiden blev ledsaget af et vægttabsfokus:

Julie: Jeg begynder at tænke, at min fedtprocent skal falde, og min muskelmasse skal stige. Så jeg går til diætist og siger, at jeg gerne vil optimere og have en kostplan, så jeg tager muskler på. Alt det hun fortæller om kalorier, går jeg hjem og justerer. Jeg tager kulhydraterne ud med henblik på at tabe mig.

Anerkendelse og det sunde image

Sociale dynamikker er et tveægget sværd, der både kan øge og afbalancere et stort sundhedsfokus (jfr. afsnit 8.7). Personer med stort sundhedsfokus tilkendegiver i højere grad end andre, at sundhed er en vigtig del af deres identitet. I tabel 10 ses, at det gælder for 78 % af dem sammenlignet med 30 % af de øvrige deltagere.

Tabel 10: *Spisevaner hos personer med/uden symptomer på ortoreksi, kolonnepct.*

Spisevaner	Symptomer på ortoreksi		Pearson design-based F(1, 2920)
	Nej	Ja	
Jeg holder mig altid opdateret om de seneste tendenser inden for sundhed			F = 42,0125
Meget uenig/uenig	75	38	
Enig/meget enig	25	62	p = 0,0000
Total	100	100	
Min sunde livsstil gør mig til den, jeg er			F = 63,7753
Meget uenig/uenig	70	22	
Enig/meget enig	30	78	p = 0,0000
Total	100	100	

Note: n = 2.921

Flere fortæller, at det at leve og spise sundt er en vigtig del af deres identitet og sociale omdømme. De forbinder sundhed med en række karaktertræk og moralske kvaliteter, som de gerne vil besidde

og signalere udadtil. Flere sætter fx lighedstegn imellem det at leve sundt og selvdisciplin, viljestyrke og "at have styr på sit liv". En deltager fortæller:

Det var vigtigt for mig at være perfekt og at være den gode pige. Derhjemme så vi "Du er, hvad du spiser" med Lene Hansson. Overvægtige fremstilles som dårlige mennesker. Jeg tolkede det sådan, at man skulle være modsat dem, være det gode ideal, være meget sund. Man afspejler viljestyrke ved at være slank. Jo tyndere jeg var, jo større sikkerhedsmargin havde jeg til at blive overvægtig og til de fordomme, der er om overvægtige: at de er dovne og bare skal tage sig sammen. Hvis jeg var tynd, så var jeg de gode ting, kontrolleret og perfekt. Jeg fik anerkendelse og ros for at leve sundt og være en lille nips. Jeg havde lavt selvværd, og det betød meget, hvordan andre så mig.

Mange fortæller, at deres livsstil har affødt komplimenter fra andre, fx på de sociale medier, hvor nogle gerne fremviser sund kost og træningspas. De beskriver reaktionerne som "ros", "anerkendelse" og "opmuntring", "skulderklap" og "respekt". For mange har den sociale anerkendelse motiveret dem til at fastholde eller øge deres fokus på sund kost og træning. Nogle begrundes i bakspejlet deres store sundhedsfokus med et lavt selvværd, som de forsøgte at håndtere ved at skabe sig en identitet eller image som sund. Flere fortæller, at de er blevet påvirket af krops- og sundhedsidealiser på Instagram og andre sociale medier. En deltager beskriver, hvordan det kan være en stærk vedligeholdende og eskalerende faktor, når selvværd og identitet bliver bundet op på det sunde omdømme:

Jeg så ikke syg ud som en anorektiker, jeg var ikke et skelet (...). For dem, der kendte mig, så jeg tynd ud, men for mange andre, så jeg jo vildt godt ud og trimmet. Jeg var markeret. Det affødte bare, at jeg skulle gøre det endnu mere. Jeg havde ikke selvværdet til at være den, jeg er og føle mig god nok. Jeg lagde al min værdi og selvtillid i det, jeg gjorde, og hvordan jeg så ud. Og at andre gav mig komplimenter, var også en trigger.

Den sociale anerkendelse handler ofte om udseende, men også om viljen og evnen til at praktisere en "sund" livsstil igennem streng selvdisciplin. Flere deltagere fremviser gerne deres livsstil (fx på sociale medier) og beskriver sundhed som en del af deres sociale image, som de ønsker at opretholde og dyrke. Det kan være én af grundene til, at 62 % i gruppen med symptomer på ortoreksi altid holder sig opdateret om de seneste tendenser inden for sundhed (jfr. tabel 10). Christian på 39 år fortæller:

Christian: Der er lidt forfængelighed over det. Jeg kan lide at vise, at jeg har været afsted. Jeg bruger både Instagram og Endomondo – både til at holde styr på mit løb, men også til at vise andre det. Det er med til at opretholde motivationen. Så kan jeg selv følge med og se, hvordan det gik i forhold til tidligere, og det gør heller ikke noget, at man får positive kommentarer.

At sidde på den rigtige side af bordet

Den sociale anerkendelse kan være endnu en grund til, at 91 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi synes, at det er positivt, at de går mere op i sund kost end andre (jfr. tabel 2). Det skyldes formentlig også, at de slet og ret opfatter deres livsstil som bedre end en mindre sund livsstil.

Conni beskriver de største gevinster ved en sund livsstil, og Jannie kobler sundhed til personlig udvikling:

Conni: Det giver en følelse af at sidde på den rigtige side af bordet og være et bevidst menneske, der tager de rigtige valg (...). Det giver en effekt at være en del af en sundhedstrend. (...) og en følelse af at gøre noget godt for sig selv.

Jannie: Når jeg føler mig sund, føler jeg overskud og kan udvikle mig (...). Mange kører bare på autopilot. Det er vigtigt, at man selv tager ansvar for sit eget liv, og at det bidrager til en udvikling og passer til ens værdier (...). Når man lever sundt, så er ens krop sund, og man kan bedre nå sit fulde potentiale.

Der ses flere eksempler på social sammenligning. En deltager fortæller fx, at "mine veninder var kun pæne, men ikke sunde, så det skulle jeg være." Flere deltagere måler sig op imod andres mindre sunde livsstil, der stiller dem selv i et bedre lys. To af dem fortæller:

Jeg havde det fint med, at andre gik mindre op i sundhed. Hvis de levede usundt, så fremstod jeg bare sundere og bedre (...). I skolen skulle man nogle gange finde sammen med nogen, der skulle bjerges [i vandsport]. Der gælder det jo om at finde en let person, og der blev jeg valgt først (...). Der er noget identitet i at være den lille og den sunde.

Komplimenter opmuntrede mig, især dem omkring selvdisciplin. Jeg kan huske på en træningslejr, hvor jeg var skadet. Vi havde hyggeaftener. Jeg fokuserede på, at jeg skulle spise mindst og sundest. Det gav mig et kick (...). Jeg var bedre, jeg havde selvdisciplin (...). I et forum med andre, hvor der var kage, så kunne de spise kage, men jeg havde andre regler end de gængse.

Når det sunde image forpligter

Flere deltagere giver dog også udtryk for, at de er nødt til at opretholde deres sunde image, fordi andres forventninger forpligter. De forklarer, at det vil være et personligt nederlag, hvis de giver slip eller slækker på deres sunde livsstil. Andrea på 28 år forklarer:

Andrea: Mange kommenterer på, at jeg har tabt mig og fået en trænnet og flot krop. Men min kæreste er bekymret. Det er mine forældre også og mine veninder, der ved, hvor meget jeg går op i det (...). Komplimenter motiverer mig til at blive ved. Det er pinligt, hvis jeg tager det på igen, et nederlag, en fiasko.

Marie bliver på et tidspunkt bevidst om, at hun har tabt sig for meget som følge af sine restriktive spisevaner. Hun indfører derfor nye kostregler for at tage på. Samtidig har hun dog opbygget et sundt omdømme, som hun gerne vil fastholde, hvilket gør det vanskeligt at afvige fra de oprindelige kostregler:

Marie: Hvis jeg spiste som andre, så var jeg jo ikke den sunde eller speciel (...). Jeg gjorde meget ud af det sunde image. Det var vigtigt, at folk vidste, at jeg ikke spiste den her is, fordi jeg ikke havde ryggrad til at lade være (...). Jeg tror, det hjalp mig ud af mine spiseregler at sige det højt, for jeg fik retfærdiggjort over for mig selv at spise det (...). Jeg var rigtig bange for, at andre skulle se mig som en svag person, hvis de så mig spise kage. Da jeg begyndte at spise usunde ting, fik jeg i starten nogle vilde reaktioner fra folk: "Gud, spiser du kage?" Så fik jeg bare så dårlig samvittighed, for så havde jeg jo ikke levet op til den sunde regel (...). Jeg følte ikke, at jeg levede op til at være den super sunde person, de kendte mig som.

I: Følte du, at det var et nederlag?

Marie: Ja, jeg var nødt til at sige højt, at jeg havde besluttet mig for at spise sådan for at tage på (...). Det gjorde bare enormt meget ved mig, at de virkede overraskede. Specielt i klassen følte jeg, at alle kunne se, hvor usund jeg var, fordi jeg havde tilladt mig at spise det stykke kage.

Rollemodel

Det fremgår i tabel 11, at personer med symptomer på ortoreksi i højere grad end andre har svært ved at forstå andres usunde livsstil (61 %) og forsøger at påvirke andre i retning af en sund livsstil (66 %).

Tabel 11: Sund livsstil hos personer med/uden symptomer på ortoreksi, kolonnepct.

Sund livsstil	Symptomer på ortoreksi		Pearson design-based F(1, 2920)
	Nej	Ja	
Jeg forsøger at påvirke andre i retning af en sund livsstil			F = 42,5162
Meget uenig/uenig	72	34	
Enig/meget enig	28	66	P = 0,0000
Total	100	100	
Jeg har svært ved at forstå andres usunde livsstil			F = 46,8542
Meget uenig/uenig	77	39	
Enig/meget enig	23	61	P = 0,0000
Total	100	100	

Note: n = 2.921

Flere deltagere med stort sundhedsfokus fortæller, at de gerne vil inspirere andre til en sundere og mere aktiv livsstil. Derfor fremviser de gerne deres sundhedsrutiner og oplyser andre om sund kost og motion. Enkelte fremhæver, at de gerne vil være gode rollemodeller for deres børn ved at lave sund mad fra bunden og dyrke motion. Nogle er meget optagede af at forebygge livsstilssygdomme igennem sund kost, ikke kun på egne vegne, men også i forhold til andres helbred. Denne opmærksomhed er ofte velment, men ikke altid værdsat. Lene og Bo forklarer:

Lene: Der var engang én, der skulle beskrive mig på et kort, som skrev, at jeg var en naturlæge. Man skal passe på ikke at prædike for meget. Hvis de vil vide noget, må de komme til mig. Nogle gange spørger jeg ind og kommer med forslag til kosten, hvis de har

sygdomme. Ikke alle er klar til at tage imod det. Min bror spiser ikke sundt, men det må jeg acceptere. Ham har jeg prøvet at skubbe til.

Bo: Mine kollegaer har lagt mærke til, at jeg ikke spiser i fra frokostordningen. Jeg bedst kan lide min egen madpakke. Jeg har sagt til dem, at de skal tænke noget mere over, hvad de propper i munden, selvfølgelig på en god måde (...). Jeg ved en masse om sygdomme, og hvad forskellige ting virker mod (...). Mange forstår ikke, hvad man snakker om, fordi de ikke er oplyst på samme måde (...). Hvis nogen spørger om noget, så siger de: "Spørg doktoren".

Flere har svært ved at forstå andres usunde livsstil. Det kommer dog sjældent til udtryk i fordømmelse, men oftere i bekymring eller forundring over, at andre tør forsømme deres helbred. Nogle oplever, at sundhed fylder for meget i perioder, hvor de derfor kan misunde andre, der kan være spontane uden dårlig samvittighed, fordi de tænker mindre på sund kost og motion. De forsøger derfor ikke på samme måde at påvirke andre.

Fællesskab

Nogle deltagere fortæller, at de er blevet præget i retning af en sund livsstil under deres opvækst, men at deres nuværende sundhedsfokus er større end det, de har fået med hjemmefra. Flere indgår i relationer og fællesskaber, der bygger på en fælles interesse for sund kost eller træning, hvilket i nogle tilfælde inspirerer til et større sundhedsfokus. Fx fortæller Camilla, hvordan hun og hendes veninde udveksler kostråd og følger op på hinandens træning:

Camilla: Jeg begyndte at faste før min veninde. Hun er vild med det. Jeg skrev, at jeg overvejer at spise morgenmad, fordi jeg tror, det er sundere, og man kan forbrænde mere. Det tror hun ikke. Når man er i gang med en ny dille inden for sundhed, som man godt kan lide, vil man nok ikke acceptere, at noget andet kunne være bedre (...). Min veninde træner sammen med sin søster. Det handler om at have en lav fedtprocent og løfte meget vægt. Hun spørger mig hver uge, hvordan det går med træningen. Vi tjekker op på hinandens træning.

I: Forstærker I hinandens interesse for sundhed?

Camilla: Ja, fx når min veninde siger, at det er bedre at faste end at spise morgenmad. Hendes søster siger, at hun har ret. Det fik mig til at genoverveje det.

Det kan vedligeholde eller forstærke et stort sundhedsfokus, hvis man udveksler sundhedstips med andre, spørger ind til hinandens kost og træning, anerkender hinandens fremskridt mv. Mange deltagere træner dog alene. Nogle fortæller, at deres sundhedsfokus er steget i forbindelse med sport eller en uddannelse inden for sundhed, fx ernæring eller idræt. Der kan være forskellige grænser for, hvad der betragtes som et normalt sundhedsfokus i forskellige miljøer. Flere har oplevet, at deres livsstil opmuntres i nogle sammenhænge, men vækker undring eller bekymring i andre. Christian og Julie fortæller:

Christian: Jeg kommer meget i håndboldkredse, hvor andre har samme løbeinteresse. Det snakker vi om. Hvis man kommer uden for de kredse, så synes folk, at det er mærkeligt, hvis man ikke vil med på værtshus.

Julie: Jeg har snakket med min daværende kæreste om, hvordan andre så mig. Han synes, at kost og træning fyldte meget dengang. Som elitesportsudøver har man andre rammer. Det er i sig selv ekstremt, fordi det er puttet ind i skemaer. Så jeg har svært ved helt at adskille, hvornår det blev spiseforstyrret.

For nogle deltagere er det store kostfokus tæt forbundet med en interesse for alternativ behandling. De handler fx i helsekostforretninger og deltager i messer, hvor de kan finde inspiration til nye diæter og alternative behandlingsformer.

Træning og præstationsfremmende kost

Nogle deltagere fortæller, at de begyndte at interessere sig for sund kost, fordi de ønskede at optimere deres træningspræstation igennem kosten. Flere har gradvist øget omfanget af deres træning for at opnå forskellige gevinster. De har svært ved at springe træningspas over uden at føle frustration og indre uro, og nogle har trænet trods overbelastningsskader og bekymring fra deres nærmeste. Dette er typiske symptomer på træningsafhængighed,³⁴ der således i nogle tilfælde optræder samtidig med symptomer på ortoreksi. Anders omlagde kosten for at optimere sin træning, hvor han dagligt løber lange distancer:

Anders: Mit sundhedsfokus steg eksplosivt fra den ene dag til den anden (...). Jeg kan lide at sætte mål, og jeg kunne mærke, at jeg fik mere energi af at løbe. Det seneste halve år har jeg løbet mindst ti kilometer om dagen. Jeg er gået op til halvmaraton (...). Mit fokus var først på motion, men så ville jeg understøtte udviklingen med kosten (...). I starten var det ikke planen at løbe så meget. Jeg tænkte, at jeg måtte skrue ned til hver anden dag, men jeg kunne mærke, at det gjorde noget godt, så jeg blev ved.

I: Hvordan har din familie og dine venner reageret?

Anders: Min far spurgte, om jeg er afhængig af min træning. Jeg svarede nej (...). Jeg har udviklet en løbemani, for jeg løber hver dag og planlægger, så det kan lade sig gøre. Men jeg synes først, det bliver en negativ mani, når det går ud over noget (...). Hvis jeg oplevede negative konsekvenser, ville det irritere mig (...), for løb giver overskud i hverdagen og ro i kroppen. Så snart det ikke giver en god følelse i kroppen, så skærer jeg ned.

Som beskrevet i afsnit 4, finder flere studier højere forekomster af ortoreksi i bestemte træningsmiljøer end i den generelle befolkning. I denne undersøgelse fortæller Line, at hun har haft regler og rutiner for både sund kost og træning:

Line: Jeg begyndte at træne tre-fire timer om dagen. Jeg gik meget og købte sportsmaskiner, som jeg havde på mit værelse, hvor jeg kunne træne i fred og ro. Målet var ikke at tabe mig, men at holde vægten og blive mere tonet (...). Min træning bestod af cykling, crosstræning,

hulahopring, romaskine, mavemaskine. Det tog meget plads på værelset. Det fyldte meget i både tanker, dårlig samvittighed og tid (...). Jeg spiste sundt og fulgte sunde kostregler (...). Min morgenmad var yoghurt, æble og havregryn med proteinpulver. Til frokost spiste jeg rugbrød med kødpålæg. Aftensmaden var salat, kød og ingen kulhydrater.

I: Hvor meget tid brugte du på at finde inspiration og planlægge måltider?

Line: Det fyldte kun i starten. Derefter havde jeg min sikkerhedsmenu, som jeg holdt mig til (...). Jeg trænede om morgenen inden skole, igen efter skole inden arbejde, og igen efter arbejde inden jeg gik i seng. Tre gange om dagen.

I: Var du afhængig af din træning?

Line: Ja, det var en ting, der skulle krydses af.

I denne undersøgelse er der ikke screenet for træningsafhængighed, men deltagerne har oplyst deres træningsfrekvens og deres ugentlige timeforbrug på træning. Tabel 12 viser, at deltagere med symptomer på ortoreksi træner oftere end andre. Hele 34 % træner fem dage om ugen eller mere, hvilket gælder 11 % af de øvrige deltagere i undersøgelsen. Der er dog også 17 % af deltagere med stort sundhedsfokus, som træner mindre end en dag om ugen. Træning spiller således ikke en central rolle for alle med symptomer på ortoreksi, hvilket også kommer til udtryk i de kvalitative interviews. Hos deltagere uden symptomer er det dog hele 40 %, der træner mindre end en dag om ugen.

Tabel 12: Træningsfrekvens opdelt på symptomer på ortoreksi, rækkepct.

Symptomer på ortoreksi	Hvor ofte træner du i gennemsnit?					Total
	Slet ikke/mindre end 1 dag om ugen	1-2 dage om ugen	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Dagligt/flere gange dagligt	
Nej	40	26	23	7	4	100
Ja	17	26	24	15	19	100
Total	39	26	23	7	4	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected $\chi^2(4) = 40,8392$

Pearson design-based $F(4, 11.677) = 10,1332$ P = 0,0000

Det er vigtigt at bemærke, at størstedelen af de deltagere, der træner fem dage om ugen eller mere, ikke udviser symptomer på ortoreksi. Der ses symptomer hos 4 % af dem, der træner 5-6 dage om ugen, og hos 8 % af dem, der træner dagligt eller flere gange dagligt (jfr. tabel 6, bilag 3).

Tabel 13 herunder viser, at deltagere med symptomer på ortoreksi bruger flere timer på træning end andre. Den største forskel ses i andelen, der i gennemsnit træner syv timer om ugen eller mere. Hos personer med stort sundhedsfokus gælder det 30 % mod 15 % af de øvrige deltagere. Der er dog stadig 95 % af deltagere med dette ugentlige timeforbrug, som ikke viser symptomer på ortoreksi (jfr. tabel 7, bilag 3).

Tabel 13: *Træningstimer fordelt på ortorektiske symptomer, rækkepct.*

Symptomer på ortoreksi	Hvor mange timer træner du om ugen i gennemsnit?				Total
	0-2 timer	3-4 timer	5-6 timer	7 timer eller mere	
Nej	40	29	16	15	100
Ja	33	25	12	30	100
Total	40	29	15	16	100

Note: n = 2.178. Spørgsmålet er ikke blevet stillet til respondenter, der i det tidligere spørgsmål har svaret, at de slet ikke træner.

Pearson uncorrected $\chi^2(3) = 9,1694$

Pearson design-based $F(3, 6.530) = 3,0341$ P = 0,0280

Personer med symptomer på ortoreksi træner altså oftere og flere timer end andre. Det virker sandsynligt, at ortoreksi kan øge risikoen for træningsafhængighed og vice versa. I interviewene giver nogle udtryk for, at de begyndte at spise sundt for at optimere deres træningspræstation, mens andre i starten kun havde fokus på at spise sundt, men senere begyndte at træne for også på den måde at optimere deres sundhed.

Det kan således både tænkes, at en høj træningsfrekvens kan øge risikoen for symptomer på ortoreksi (fordi man vil optimere sin træning igennem sund kost), og at ortoreksi kan medføre en høj træningsfrekvens (fordi man vil optimere sin sundhed ved at supplere et stort kostfokus med træning). Som nævnt ses det dog også, at nogle deltagere har stort fokus på sund kost uden at træne, og at andre træner meget uden at udvise symptomer på ortoreksi.

Flere deltagere giver udtryk for at være præstations- og resultatdrevne. De konkurrerer med sig selv om at forbedre tidligere præstationer, både når der er tale om træning og evnen til at overholde strikse kostregler. Derfor er flere optagede af at monitorere deres fremskridt, som de holder styr på ved hjælp af forskellige gadgets og apps. To deltagere fortæller:

Det opretholder motivationen, at jeg kan følge med på Endomondo og se, hvordan træningen gik i forhold til tidligere – og det gør heller ikke noget, at man får positive kommentarer fra andre på Instagram.

Jeg kan godt lide fakta (...), der går sport i den. Jeg har sat min telefon til at vise, hvad min BMI står på, og hvor meget min fedtprocent er på. Vi har fået en helt ny smart vægt. Den måler korrekt (...). Hvis du laver noget, der lykkes for dig, så udløser du en masse endorfiner. Jeg kan lide, når man har præsteret og kan se, at det lykkes.

Nogle deltagere forklarer, at selve det at overholde noget og nå et mål er tilfredsstillende og giver et kick, ro eller god samvittighed. For flere handler det også om evnen til at demonstrere selvdisciplin og selvkontrol.

Store omvæltninger

De fleste deltageres sundhedsfokus har udviklet sig gradvist. Nogle fortæller, at deres kostfokus er opstået eller eskaleret i forbindelse med voldsomme hændelser eller identitetskriser. Her ses fx sygdom, dødsfald i de nære relationer, idrætsskader eller fysisk funktionsnedsættelse på grund af en arbejds- eller trafikulykke. Når man ikke længere kan gøre de ting, man plejer at kunne (fx udøve sport eller varetage et arbejde), fordi ens funktionsevne i en periode er nedsat, kan det udløse en identitetskrise og søgen efter ny mening i tilværelsen. Nogle forsøger at styrke deres helbred igennem kosten for at kompensere for sygdom eller fysiske skader. Det kan give mål og indhold i tilværelsen. Johan på 50 år fortæller:

Johan: Når man har prøvet at leve livet på krykker, er det en befrielse at kunne selv. Den første cykeltur efter arbejdsskaden var fantastisk (...). Jeg er blevet spurgt, om jeg savner mit arbejde. Det gør jeg, men der er også noget, jeg ikke savner. Det er et andet liv, jeg skal leve nu. Det er blevet en af mine milepæle i livet at lave sund mad.

8.6. Skadelige følger

I dette afsnit beskrives, hvordan et stort sundhedsfokus kan få negative konsekvenser for det fysiske og psykiske velbefindende. Negative sociale følger blev beskrevet i afsnit 8.3.

Fejlnæring og stort vægttab

Et overdrevent sundhedsfokus kan, stik imod hensigten, skade helbredet. Flere deltagere forsøger at optimere deres kost for at blive sundere. Det sker ofte ved, at de helt undgår et stigende antal fødevarer, som de ikke anser for at være sunde nok. I nogle tilfælde bliver kosten så restriktiv og ensidig, at der ses symptomer på fejlnæring eller kalorieunderskud. To deltagere fortæller:

Jeg fastede ud fra et skema, som jeg levede efter. Jeg kunne ikke sove, og jeg blev mærkelig og hyper (...). Det var vanvittigt. Der tænkte jeg over at passe på mig selv (...). Jeg prøvede at spise skinke og andre forbudte ting, men jeg fik det bedre (...). Så der var lidt fornuftigt i min hjerne, der sagde, at jeg ville dø, hvis jeg fortsatte. "Så får din krop ikke byggesten". Kun gulerødder var tilladt der. Jeg var helt orange.

Jeg oplevede også negative konsekvenser på min krop: ingen menstruation, problemer med mit stofskifte og min fordøjelse. Mine tænder har været syreskadede.

Flere deltagere rapporterer om fysiske symptomer, hvor svimmelhed, træthed og udmattelse er mest udbredt. Hertil kommer søvnløshed og hyperaktivitet. Enkelte har fået konstateret mangelsymptomer via blodprøver hos lægen (fx proteinmangel). Andre fortæller om udebleven menstruation og forstyrret stofskifte. Nogle af de deltagere, der også træner meget, har desuden haft overbelastningsskader.

I nogle tilfælde optræder ovennævnte symptomer sammen med et stort vægttab. Tabel 14 viser, at 14 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi er undervægtige, hvilket kun gælder 2 % af de øvrige deltagere. Dette kan tolkes som udtryk for, at ortorektiske spisevaner øger risikoen for undervægt.

Tabel 14: BMI fordelt på ortorektiske symptomer, rækkefølge.

Symptomer på ortoreksi	BMI-intervaller				Total
	Undervægt	Normalvægt	Overvægt	Svær overvægt	
Nej	2	46	33	18	100
Ja	14	53	20	13	100
Total	3	46	33	18	100

Note: n = 2.618. Ikke alle har svaret. Svær til ekstrem overvægt er slået sammen i én kategori.

Pearson uncorrected $\chi^2(3) = 31,7032$

Pearson design-based $F(3, 7.849) = 10,5342$ P = 0,0000

Påvirkningen mellem ortoreksi og BMI kan gå begge veje. Nogle deltagere fortæller, at de begyndte at fokusere på sund kost og træning, fordi de var overvægtige og ønskede at tabe sig (jfr. afsnit 8.5). Nogle har oplevet gavnlige effekter af vægttabet, der har motiveret dem til at fokusere endnu mere på sundhed, hvilket har medført yderligere vægttab. Andre har oplevet et utilsigtet vægttab som følge af et stort sundhedsfokus. En deltager fortæller, at hun følger strikse kostregler for at forebygge sygdom, "men min livsstil gjorde, at jeg tabte mig". Anders beretter om vægttab i en helt anden størrelsesorden end planlagt:

Anders: For et halvt år siden vejede jeg lidt over 90 kg. Jeg tænkte, at jeg ville under 90 kg. Det kom jeg, og det var fint. Så ville jeg have en sund krop og kiggede ikke mere på vægten (...). For to uger siden spurgte min far, hvad mit mål var med vægten. Jeg sagde, at jeg ikke havde noget, men han sagde, at jeg skulle have det alligevel, for jeg har tabt over 20 kg. på tre måneder. Det er meget (...). Min far spurgte, om jeg havde styr på det, for ellers syntes han, at jeg skulle opsøge hjælp (...). Det var underligt, for jeg stod ikke og kiggede i spejlet hver dag. Men da det blev tydeligt for andre, gik det op for mig, at der var sket noget med min vægt.

I: Så dit fokus var ikke at tabe dig?

Anders: Det har det aldrig været, kun en sideeffekt (...). Det blev bemærket af alle. Jeg skulle have fokus på, at der skulle ske noget andet, så derfor begyndte jeg på styrketræning for at opbygge muskler (...). Da min far spurgte, hvor meget jeg skulle tabe mig, svarede jeg, at jeg ikke skulle tabe mig mere. Han har også spurgt, om jeg har en spiseforstyrrelse. Der svarede jeg, at jeg spiser normalt.

Flere deltagere fortæller, at det på et tidspunkt er gået op for dem, at de har tabt sig for meget, ofte fordi andre har udtrykt bekymring. Nogle har derfor haft fokus på vægtøgning, fx ved at opbygge større muskelmasse. Der ses dog også eksempler på, at vægttab afføder komplimenter, som motiverer yderligere vægttab. Flere deltagere giver udtryk for, at det for alvor påvirker trivslen negativt, når der kommer kalorietælling og vejning ind i billedet. Hos enkelte deltagere er vægttab på et tidspunkt blevet et mål i sig selv, og kropsidealet er blevet en tynd krop (frem for en sund, slank og stærk krop), hvilket er typisk risikoadfærd eller tegn på anoreksi. Den norske psykiater og forsker Finn Skårderud skriver om spiseforstyrrelser, at der er en glidende overgang fra det sunde til det alvorligt syge.³⁵

"Set i bakspejlet har det fyldt for meget"

Når sundhed tager styringen over tilværelsen, kan det udfordre balancen i livet, fordi sund kost gradvist udkonkurrerer andre interesser og socialt samvær. Et overdrevent sundhedsfokus kan derfor resultere i forringet livskvalitet. To deltagere fortæller:

Jeg skulle lære at spise på ny. Jeg havde afkoblet nydelse, hygge og sociale fællesskaber. Det har kostet venskaber, tid med min familie og sociale bånd (...). Det har taget lang tid at genopbygge relationer til veninder. Hvordan forklarer man, at kost og træning har overskygget det at være veninde (...)? Jeg var deprimeret og ofte ked af det. Jeg havde en ligegyldighedsfølelse. Jeg kunne ikke finde mening med noget andet end at kontrollere de

ting i mit liv. Jeg følte mig isoleret og ensom. Jeg følte, at verden var 300 meter foran mig, og jeg var ikke en del af den. Samtidig følte jeg ikke, at jeg kunne give slip, for det var mit eneste faste holdepunkt.

Jeg danner min tilværelse ud fra det, den er centreret omkring sundhed. Jeg kan godt se, at det er lidt skævt billede af tilværelsen, og at det skulle fylde mindre. Det burde være en naturlig ting, at man handler i Brugsen og ser lækre ting. Det ville være en lettelse (...). Jeg er klar over, at det ikke er så godt. Men på den anden side synes jeg, at jeg får det, jeg skal have.

Det ses i tabel 15, at 23 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi er i stor risiko for depression eller stressbelastning, hvilket gælder 7 % af de øvrige deltagere. Dermed mistrives personer med stort sundhedsfokus i højere grad end andre, målt ved brug af WHO's trivselsindeks.

Tabel 15: *Mistrivsel fordelt på ortorektiske symptomer, rækkepct.*

Symptomer på ortoreksi	Risiko for depression eller stressbelastning (WHO-5)			Total
	Stor risiko	Risiko	Ingen umiddelbar risiko	
Nej	7	11	82	100
Ja	23	12	65	100
Total	7	11	81	100

Note: n = 2.921. Kategorierne svarer til følgende pointscores på WHO-5 trivselsindeks: Stor risiko = 0-35, risiko = 36-50, ingen umiddelbar risiko = 51-100.

Pearson uncorrected $\chi^2(2) = 21,6575$

Pearson design-based $F(2, 5.839) = 10,9120$ P = 0,0000

De kvalitative interviews giver indblik i, hvordan et stort sundhedsfokus kan føre til nedsat trivsel. Det sker blandt andet, når tanker og adfærd omkring sund kost bliver præget af tvang og med tiden resulterer i:

- ❖ udmattelse over at skulle overholde stadigt flere og strengere regler
- ❖ ubehag, stressfølelse og forringet selvværd ved afvigelse fra kostregler
- ❖ bekymringer omkring mulige konsekvenser ved afvigelse fra regler
- ❖ manglende balance i tilværelsen, fx nedprioritering af socialt samvær og manglende overskud til andre aktiviteter, såsom studier og job
- ❖ risikoadfærd for spiseforstyrrelser, fx anoreksi

Flere deltagere giver udtryk for, at sundhed i perioder fylder eller har fyldt for meget. De forklarer, at det kan være udmattende at efterleve kostreglerne. Det synes især at være de mange tanker og bekymringer omkring kost og træning, der tærer på deres energi og overskud. Nogle ville gerne, at deres sundhedsfokus levnedede mere plads til andre ting. De savner fx at kunne være spontane og deltage i socialt samvær uden bekymringer om sund kost. Samtidig oplever flere stærkt ubehag og behov for at kompensere, hvis de afviger fra kostreglerne (jfr. afsnit 8.3), og nogle frygter, at det får helbredsmæssige konsekvenser, hvis de fokuserer mindre på sundhed. Peter fortæller:

Peter: Der er ikke mange, der er tvunget til at fokusere på sund kost.

I: Bunder dit store kostfokus i interesse eller tvang?

Peter: Det er en nødvendighed ud fra sundhedsmæssige hensyn. Det kan være svært for andre at forstå (...). Jeg kan tænke, at det må være rart bare at kunne stå op og gå på arbejde, så man ikke skal tænke på alt det der.

Flere deltagere fortæller, at deres selvværd påvirkes negativt, hvis de afviger fra deres sundhedsrutiner. Det er en hårfin balance, hvor de kan opleve stor tilfredshed, hvis de overholder kostregler og træning, men tilsvarende selvbekymringer og dårlig samvittighed, hvis de ikke formår at leve op til egne regler. På den måde afhænger deres humør, trivsel og selvværd af, om de spiser og lever sundt nok. Kostreglerne kan dog blive en stor belastning og tvangsprægede i en sådan grad, at de ikke længere føler tilfredsstillelse ved at overholde dem, men blot lettelse. Camilla fortæller:

I: Hvad giver det dig at overholde dine regler?

Camilla: Så har jeg ingen dårlig samvittighed (...). De dage, hvor jeg overholder reglerne, er det en lettelse, ikke en glæde. Det er mere en lettelse over, at jeg klarede dagen.

I: Hvad med din trivsel?

Camilla: Det går lidt op og ned. Hvis jeg har trænet og spist sundt, og det ikke er kommet i vejen for noget, og jeg har brugt tid sammen med venner, hvor jeg har kunnet nøjes med at drikke kaffe, så har det været en god uge (...). Det kan gøre min uge bedre. Men hvis det går i den forkerte retning med min sundhed, så påvirker det mig negativt. En uge, hvor jeg ikke har trænet og har afvejet fra min madplan, så har jeg det dårligt med mig selv.

Conni: Jeg synes kun, at min sunde livsstil har gjort noget positivt for mig (...). Men hvis man alligevel spiser noget sukker, så giver det en hel modsat følelse og dårlig samvittighed. Der er ikke så lang vej, før det fine ideal tipper.

Flere deltagere giver udtryk for, at de i bakspejlet kan se, at sundhed har fyldt for meget, men at de ikke oplevede det sådan, imens de stod i det. Det kan således være en barriere for at opsøge hjælp og støtte. Anders fortæller, at han på et tidspunkt oplevede svimmelhed på grund af sine restriktive spisevaner, men at han på daværende tidspunkt blot tolkede det som et udtryk for, at kostreglerne ikke var sunde nok:

Anders: Da jeg var i det, følte jeg ikke, at det tog overhånd. Det var bare min hverdag. I starten blev jeg dårlig og overvejede, hvad jeg kunne gøre med kosten, for at det blev bedre. Jeg tænkte: "Det er fordi, jeg spiser noget, som ikke er godt."

I: Så dér ville du forsøge at spise endnu sundere?

Anders: Ja, jeg ville løse det ved at skifte nogle af fødevarerne ud. Men jeg (...) kunne se, at det havde taget overhånd, og så ændrede jeg det.

Flere deltagere forsøger at finde balancen og er opmærksomme på, at deres fokus på kost og motion ikke må tage overhånd og blive præget af tvang. Behovet for at kende indholdet af måltider og sikre overensstemmelse med personlige kostregler kan gøre det svært at være spontan og skabe udfordringer i sociale sammenhænge, hvor nogle har vanskeligt ved at slappe af og være mentalt til stede. Andrea fortæller:

Andrea: Dem, der er tættest på mig, har italesat, at jeg undgår mælk, og at jeg har tabt mig. De har kunnet mærke, at jeg er nervøs, hvis vi skal ud. De kan mærke, at jeg ikke kan slappe af.

Enkelte deltagere fortæller, at kostregler og træning med tiden tog så meget energi, at det nedsatte deres evne til at overskue studier og job. To deltagere droppede ud af deres studier, fordi det blandt andet blev for stor en belastning at balancere studierne med strenge kostregler og træningsrutiner, og en anden fortæller, at det er en lettelse at være gået på pension, fordi det kunne være svært at overholde sunde kostregler på arbejdet.

8.7. Det sociale som modvægt

I dette afsnit beskrives, hvad der kan danne modvægt til et stort sundhedsfokus. Sociale dynamikker kan vedligeholde eller forstærke et stort sundhedsfokus (jfr. afsnit 8.5), men har også potentialet til at afbalancere det.

Flere deltagere er på et tidspunkt blevet opmærksomme på, at deres sundhedsfokus har taget overhånd, fordi de er blevet bevidste om de negative konsekvenser (jfr. afsnit 8.6). Hos nogle har det ført til et mere holistisk syn på sundhed som noget, der ikke blot handler om sund kost og motion, men også psykisk trivsel, sociale relationer mv. Mange er dog først begyndt at stille spørgsmålstejn ved deres kostregler og træningsrutiner, efter deres omgivelser har reageret på deres store sundhedsfokus.

Flere er stolte af deres kost- og motionsvaner og fremviser dem gerne for andre (jfr. afsnit 8.5). Dette afhænger dog i høj grad af, hvordan omgivelserne har reageret, herunder om de har modtaget komplimenter. Det fremgår af tabel 16, at 66 % af deltagerne med symptomer på ortoreksi føler, at andre har svært ved at forstå deres sunde livsstil. Deltagerne har mødt meget forskellige reaktioner fra deres omgivelser, fx bekymring, kritiske spørgsmål, drillerier eller manglende forståelse.

Tabel 16: *Spisevaner hos personer med/uden symptomer på ortoreksi, kolonnepct.*

Jeg føler, at andre har svært ved at forstå min sunde livsstil	Symptomer på ortoreksi	
	Nej	Ja
Meget uenig/uenig	90	34
Enig/meget enig	10	66
Total	100	100

Note: n = 2.921

Pearson uncorrected chi2(1) = 193,9514

Pearson design-based F(1, 2.920) = 191,3460 P = 0,0000

Omsorgsfuld bekymring

Nogle fortæller, at deres nærmeste har udtrykt bekymring på en omsorgsfuld og respektfuld måde, fx fordi de har været kede af det eller bange. Det har fået flere til at revurdere deres sundhedsfokus. Det tyder på, at det kan være en beskyttelsesfaktor, hvis omgivelserne tør stille spørgsmålstejn ved det store fokus på sundhed og udtrykke bekymring. To deltagere fortæller:

Mine forældre bliver meget bekymrede, når jeg får en masse regler (...). Det påvirker mig, når mine nærmeste bliver forstyrret af mine madvaner (...). De spørger: "Kan det nu være rigtigt?", "Er du ikke træt af reglerne?". Når de ser det som et problem for mig, så kan jeg få den tanke, at det er problematisk, for jeg ved, at de vil mig det bedste.

Jeg vidste godt, at den var gal, men det var først, da min familie reagerede på det, at jeg blev klar over det (...). De små kommentarer, jeg fik fra andre – ”tag et stykke kage, du kan tåle det” – de rørte mig ikke. Der blev jeg bare styrket i at holde den sunde linje. Men det rørte mig, da jeg skabte bekymring og frygt hos dem, jeg holdt meget af.

Når omsorg forstyrrer

Nogle deltagere føler sig dog trængt op i en krog, når andre udtrykker bekymring eller stiller spørgsmålstejn ved deres kostregler eller motionsvaner. Dette har ikke nødvendigvis fået dem til at fokusere mindre på sundhed. Nogle har håndteret uønsket indblanding ved at holde lav profil eller optræde ”normalt” i sociale sammenhænge og kompensere i det skjulte. En deltager fortæller:

Jeg vil helst bare være normal. Jeg bryder mig ikke om, at nogen bemærker, at jeg er meget striks med maden. I større selskaber forsøger jeg at være ubemærket og stiller mig over i et hjørne (...). Min omgangskreds synes, at jeg er bindegul. De griner af mig – mig og mine urter (...). Siden er jeg gået stille med dørene.

Andre har trukket sig fra sociale relationer, fordi omsorg blev oplevet som en forstyrrelse, der gjorde det besværligt at følge kostreglerne. Julie på 27 år beskriver, hvordan det blev lettere for hende at praktisere sin forståelse af sundhed i et nyt miljø, hvor ingen kendte hende i forvejen:

Julie: Mine omgivelser reagerede hurtigt på min interesse for sundhed. Det var en grund til, at min kæreste og jeg gik fra hinanden. Han kunne ikke kende mig mere (...). Jeg var ikke bevidst om det dengang, for jeg skulle bare spille fodbold. Men nu kan jeg se, at jeg bare skulle et sted hen, hvor der ikke var så mange, der kendte mig.

I: Så din kæreste ikke kunne blande sig i din kost og træning?

Julie: Ja, men det var ikke et bevidst valg.

Flere deltagere opfatter bekymring som kritiske spørgsmål fra omgivelserne og dermed som utidig indblanding. De tolker manglende forståelse og kritiske spørgsmål som udtryk for uvidenhed, eller affejer det som udtryk for afsenderens misundelse eller dårlige samvittighed over ikke at leve sundt nok. Fire deltagere fortæller:

Hvis nogen gik mig på klingen, så tænkte jeg bare, at det var, fordi de selv havde dårlig samvittighed.

Der er kun ham den ene af mine venner her, der har sagt, at jeg var irriterende sund. Men han spiser også usunde ting og var jaloux over, at jeg havde overskud til at planlægge mine måltider. Så det oplever jeg, er opmuntrende.

Jeg var stålsat på, at jeg vidste bedst. Men mange bemærkede, at jeg tabte 10-12 kg inden for 2 måneder.

Min kusine siger, at jeg bliver for tynd igen, men det er jo fordi, hun selv lægger sig lidt ud.

Det kan være svært for omgivelserne at se, om sundhed fylder for meget og har negative konsekvenser, især fordi mennesker med stort sundhedsfokus er i stand til at begrunde og legitimere deres kost- og motionsvaner. En sund livsstil er generelt et positivt ideal i samfundet, og grænsen mellem sundt og usundt er flydende og fuld af gråzoner.

Ydre hændelser og ændret livssituation

Ydre hændelser og ændret livssituation kan udfordre et stort sundhedsfokus. Hos nogle deltagere har det at blive forældre fx affødt et ønske om at bruge mindre tid og energi på strikse kostregler. Et dalende sundhedsfokus kan dog også opstå på baggrund af negative hændelser. Fx beskriver nogle, at det er dalet i perioder, hvor de har haft mindre overskud eller er blevet nødt til at slippe kontrollen, fordi de er blevet ramt af personlige kriser såsom skilsmisse eller sygdom hos en nærtstående. Der kan også blot være tale om perioder med ekstra travlhed og mindre overskud til at efterleve strenge kostregler.

8.8. Behov for hjælp og støtte

I dette afsnit belyses behovet for hjælp og støtte til at håndtere et stort sundhedsfokus set fra deltagernes eget perspektiv. Nogle fortæller, at de trives med deres store sundhedsfokus. Det vigtigt ikke at sygeliggøre og problematisere deres livsstil, hvis den ikke har negative konsekvenser. Andre giver udtryk for, at deres sundhedsfokus har forringet deres livskvalitet og evne til at fungere i andre sammenhænge, og at de har savnet hjælp og støtte til at håndtere det. Desuden fortæller nogle, at deres omgivelser har reageret med bekymring, og at sund kost og motion fylder meget i hverdagen, men at det ikke udgør et problem for dem. Endelig fortæller nogle deltagere, at de i bakspejlet kan se, at deres sundhedsfokus i perioder har taget overhånd, men at de ikke oplevede det sådan, mens de stod i det.

Barrierer for hjælp

Nogle deltagere fortæller, at de har opsøgt eller overvejet at opsøge hjælp til at håndtere deres store sundhedsfokus, men at de er stødt på barrierer i den forbindelse. Flere giver udtryk for, at det er svært at opsøge og finde hjælp, når ortoreksi ikke er en kendt eller officiel diagnose, og de ikke genkender sig selv i beskrivelsen af anoreksi eller bulimi. Ortoreksi er fortsat et fænomen, som mange ikke har hørt om, og som derfor let overses af både en selv og ens omgivelser. Det betyder, at man føler sig alene med problemet og ikke ved, at andre oplever de samme udfordringer.

Mie har tidligere trænet meget og fulgt strenge diæter. Hun savnede støtte til at kontakte sin læge, så hun kunne blive henvist til en psykolog. Ifølge Mie ville en officiel diagnose både gøre det lettere at opsøge hjælp og finde information på nettet, herunder at læse om andres erfaringer med problematikken:

Mie: Det ville kræve en diagnose (...). Jeg skulle havde været til en psykolog, der kunne komme med nogle retningslinjer, hvor det ikke fylder for meget. I forhold til min angst er det mega givende, at der er andre, der skriver, at de har det samme. Jeg ville kunne slå det op på Google, og så kunne jeg gå til lægen og få hjælp (...). Det er ikke sjovt at være alene. Selvom min familie hjælper mig, så forstår de det ikke.

Det er svært at finde information om ortoreksi, fordi det er en problematik, som langt fra alle har hørt om og kender betegnelsen for. En deltager fortæller, at han overvejede at søge hjælp, men valgte at håndtere sagen på egen hånd, fordi han følte sig i stand til det og vurderede, at det ville være svært at forklare andre problemet:

Jeg ville ikke kunne sige til nogen: "Jeg spiser sundt, og det fylder for meget". Så skulle jeg forklare, hvorfor det er usundt at spise sundt, og at jeg træner for meget. Det er nemmere at komme med en diagnose.

En af deltagerne har været i behandling hos en sportspsykolog, der introducerede hende for begrebet "ortoreksi". Det var hjælpsomt og trygt, at psykologen kunne sætte en

betegnelse på, som hun kunne genkende sig i. Hun oplevede, at begrebet gav hende en bedre forståelse af sig selv. Inden da savnede hun et sted at gå hen:

Jeg oplevede selv, at ortoreksi er noget, som ikke er anerkendt. Det kan være svært at navigere i. Jeg har manglet et sted at gå hen. Det er svært ikke at kunne finde oplysninger om noget. Det har også været svært for min familie at navigere i.

Inden hun opsøgte sportspsykologen, havde hun været i behandling for en atypisk spiseforstyrrelse, hvor hun følte sig malplaceret i behandlingsgruppen:

Målet var at få en sund krop. Først senere i forløbet blev det at være så lille som muligt. Jeg forbandt det med at være sund (...). Da jeg startede i behandling, kunne nogen fortælle, at de havde spist en pose slik henover weekenden. Jeg ville aldrig spise slik, det var bare tomme kalorier. Så ville jeg hellere spise tre dåser tun, som indeholdt protein og omega-3, noget der kunne give min krop noget. Jeg følte, at jeg sad med nogle andre problematikker og tanker om mad, end de gjorde (...). Jeg følte mig tit misforstået og malplaceret i den gruppe (...). Jeg oplevede ikke, at de fokuserede på, *hvad* de spiste. Det var det med, at de ikke ville spise noget. Jeg vidste godt, at jeg skulle spise for at træne, men det skulle være det rigtige (...). Jeg var optaget af styrketræning og løb, hvor hurtigt jeg kunne løbe og hvor langt, men for dem handlede det om at forbrænde kalorier (...). Jeg kunne føle, at det var intimiderende, for nogle af de piger vejede jo ti kg. mindre end mig. Så skulle vi vise vores vægtkurver for hinanden. Med mit konkurrencegen var det endnu mere brænde på bålet til at tage hjem og undgå at spise.

Marie kunne også genkende sig selv i begrebet "ortoreksi". Hun fortæller, at det gjorde en stor forskel, da hun skulle kæmpe sig ud af de mange regler, hun havde omkring sund kost:

Marie: Da jeg stødte på begrebet "ortoreksi", tænkte jeg: "Det er dét, jeg har fejlet." Jeg kunne genkende mig selv i det. Der kunne jeg sige det højt til min kæreste og familie. Jeg vidste godt, at jeg kæmpede med rigide regler, men ikke, at det var en spiseforstyrrelse (...). Det var som at få sat en brik på plads (...). Ingen havde hørt om ortoreksi, og ingen reagerer på noget, de ikke kender (...). Min omgangskreds brugte udelukkelsesmetoden (...), og det blev ikke tolket som faresignaler (...). Det var jo ikke bulimi eller anoreksi (...). Det har hjulpet mig at vide, at andre har oplevet noget lignende (...). Da jeg stødte på begrebet "ortoreksi" første gang, forsøgte jeg at komme af med reglerne, for det var jo en spiseforstyrrelse, og så skal jeg ikke have de ritualer. "Det er rigtig nok, når jeg har sat mig for, at reglerne skal væk".

Der er behov for mere viden om ortoreksi i befolkningen, hvor mange aldrig har hørt om fænomenet. Det kan gøre det svært at genkende og reagere på risikoadfærd, både hos sig selv og hos andre. I værste fald kan et overdrevent sundhedsfokus afføde komplimenter, der utilsigtet forstærker det yderligere. Det er derfor vigtigt at flere ved, at sundhed kan fylde så meget, at det bliver usundt. Samtidig kan det være en barriere for at opsøge hjælp, hvis man tror, man er alene med problemet. Der er brug for mere viden om ortoreksi blandt sundhedsprofessionelle, så risikoadfærd kan opspores, forebygges og håndteres.

Enkelte deltagere har oplevet, at deres udfordringer blev overset eller misforstået, fordi de ikke var undervægtige eller optagede af vægttab. En deltager fortæller, at hun opsøgte en psykolog, fordi

kost og særligt træning fyldte for meget i hverdagen. På det tidspunkt var hendes kroksideal at være slank og tonet. En uheldig kommentar igangsatte dog et fokus på vægttab, som kulminerede med, at hun kom i behandling for anoreksi:

Det fyldte, og jeg brugte lang tid på det. Jeg gik til psykolog, og hun sagde, at jeg jo heldigvis ikke var for tynd. Det triggede noget i mig. For så skulle jeg jo ikke have hjælp. Så begyndte jeg at fokusere på at tabe mig.

Nogle deltagere fortæller, at det er et stort tabu for dem, at sundhed fylder for meget. Det hænger blandt andet sammen med, at de føler sig alene med problematikken og ikke genkender den hos andre. Clara fortæller:

Clara: Min kusine kan ikke forstå det. Jeg kan ikke fortælle hende det. Jeg kan ikke fortælle almindelige mennesker, at jeg har forbudte fødevarer. Jeg ved ikke, om der er andre, der har de samme tanker. Jeg har ikke lært det af nogen.

Clara frygter, at hendes læge vil få hende indlagt "på røde papirer", hvis hun fortæller ham om det, og hun stoler ikke på egen læge i spørgsmål om kost. Hun fortæller, at hun ville forsøge at udfordre sine kostregler, hvis en specialist fortalte hende, at hendes spisevaner er sundhedsskadelige. Hvis hun skulle spise mere varieret, har hun brug for at vide, at hendes kost resulterer i mangelsymptomer, og at hun trygt kan udvide mængden af fødevarer uden at blive syg. Især vil hun dog gerne bekræftes i rigtigheden af sine kostregler, og at hendes kroks behov bliver dækket igennem hendes nuværende kost.

I: Ville du kunne udvide mængden af tilladte fødevarer?

Clara: Kun hvis én lavede en test og sagde, at jeg manglede vitaminer og mineraler, og "hvis du ikke får dem, så bliver du syg". Så kunne jeg gøre det. Hvis jeg skal spise kylling tre gange om ugen og får at vide, at hvis jeg ikke gør det, så bliver jeg syg.

I: Ville du kunne spise nogle af de fødevarer, der i dag er forbudte?

Clara: Jeg skal have en overbevisning om, at det ikke er giftigt eller usundt for min krop (...). Jeg kunne godt tænke mig at være sikker på, at jeg får det, jeg skal have, så ville jeg være glad (...). Og få vished om, at jeg gør det rigtigt. Jeg ville gå i tænkeboks, hvis jeg mangler noget. Min kusine skal ikke sige det til mig, jeg er ligeglad med hendes mening. Det skal være en autoritet, der siger, at det er skadeligt. Jeg ville forestille mig, at jeg havde en kostplan, så kunne man leve efter den. Det skal ikke komme fra en almindelig læge, men fra en specialist.

Nogle deltagere fortæller også, at det er vanskeligt for dem at fortælle andre, at sundhed kan fylde for meget, fordi det konflikter med den identitet og det omdømme, de har opbygget og gerne vil bevare som én, der er sund og har styr på tingene. Det kan være skamfuldt og tabubelagt, at sund kost har taget styringen. Tre deltagere fortæller:

Min identitet er bundet op på sundhed (...). Jeg vil jo gerne fremstå som en, der har styr på, hvad jeg indtager (...). Jeg har bundet mit selvværd op på min levevis. Jeg kan mærke, at det er sundt at udfordre mit selvbillede og stå frem med mine fejl. Det gør det mindre skamfuldt

(...). Det sidste års tid har jeg fortalt om mine problemer med mad. Folk bliver meget overraskede, for jeg virker som en, der har styr på det, og det er jo også det, jeg har ønsket. Det føles som en befrielse og pinlig tilståelse.

Jeg føler, at det er lidt hemmeligt at sige, at jeg er utilfreds med mit udseende (...). Jeg kan godt lide at være stærk og have kontrol, ikke kun med sundheden, men med mange ting. Vise, at jeg kan overskue ting og er stærk. Derfor kan det clashe med min identitet.

Jeg kunne mærke, at jeg havde brug for hjælp. Især træning fyldte alt for meget. Jeg havde ikke overskud til studiet (...). Jeg havde brug for værktøjer til at finde ud af, hvordan jeg kunne få ro, så det ikke fyldte så meget.

Nogle deltagere giver indblik i potentielle barrierer for at opsøge hjælp, når de fortæller, at de har affejet andres bekymringer. Flere fortæller desuden, at de først i bagspejlet indså, at sund kost og træning havde taget overhånd. Dengang blev nedprioritering af andre aktiviteter set som acceptable fravalg (jfr. afsnit 8.3). En række anbefalinger fremgår i rapportens afsnit 3. De bygger blandt andet på ovenstående indsigter fra deltagerne.

I dag får mennesker med symptomer på ortoreksi ofte diagnosen atypisk spiseforstyrrelse og bliver dermed henvist til traditionel spiseforstyrrelsesbehandling i regionalt regi. Afhængigt af sværhedsgraden indgår der forskellige behandlingsformer, herunder psykoterapi, ernæringsterapi, kropsterapi, miljøterapi, familieterapi, behandling af somatiske komplikationer samt medicinsk behandling. I samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri ønsker Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) at drøfte de forskellige behandlingsformer med henblik på at få belyst, om der kunne være behov for en mere specialiseret tilgang, som er målrettet mennesker med symptomer på ortoreksi. Måske bør et overdrevent sundhedsfokus behandles mere differentieret inden for rammerne af den eksisterende spiseforstyrrelsesbehandling?

I traditionel spiseforstyrrelsesbehandling er der typisk fokus på at støtte den berørte i at håndtere angsten for vægtøgning. Dette er måske mindre relevant for mennesker med symptomer på ortoreksi, da de sjældent stræber efter at blive tynde. Derudover viser erfaringen, at det er af central betydning i gruppeterapi, at de berørte kan genkende sig i hinandens problematikker. Alene af den grund kunne det måske give mening at tilbyde mennesker med symptomer på ortoreksi plads i samme behandlingsgruppe.

9. SAMMENFATNING

Det estimeres, at cirka 2 % af den danske befolkning i alderen 15-74 år udviser symptomer på ortoreksi baseret på undersøgelsens stikprøve. Symptomerne er lige udbredt hos mænd og kvinder og rammer jævnt på tværs af uddannelsesniveauer. Symptomer på ortoreksi ses især hos de unge, idet 4 % af de 15-34-årige udviser symptomer sammenlignet med 2 % af de 35-49-årige og 1 % af de 50-74-årige.

Forbudte fødevarer og tvangsprægede spisevaner

Mennesker med symptomer på ortoreksi laver ofte deres egne strikse kostregler, hvor de skelner imellem "sunde" og "tilladte" versus "usunde" og "forbudte" fødevarer, hvor sidstnævnte systematisk forsøges undgået. Kostreglerne bliver ofte gradvist strengere således, at stadigt flere fødevarer bliver ekskluderet fra kosten. Undersøgelsen viser, at deltagere med symptomer på ortoreksi i højere grad end andre udøver restriktiv spising og fødevareudvælgelse, samt at dagen tilrettelægges efter kostreglerne. De oplever, at sundhed fylder meget i hverdagen, men opfatter det i vid udstrækning som noget positivt, så længe de kan undgå at afvige fra deres kostregler. Deres spisevaner er tvangsprægede i den forstand, at de har svært ved at gå imod deres personlige kostregler. De bruger meget energi på at undgå usunde fødevarer, fx ved at tjekke varedeklarationer og tilberede måltider fra bunden.

Social tilbagetrækning

Det kan især være vanskeligt at overholde kostreglerne i sociale sammenhænge, hvor der indgår spising eller drikkevarer, og de ikke har fuld kontrol over tilberedning og ingredienser. Derfor spiser de ofte selektivt fra menuen, kommer efter maden eller udebliver og trækker sig fra sociale relationer og samvær, fordi det er besværligt og udmattende at navigere uden om usunde fødevarer i disse situationer. Det kan med tiden føre til besluttet social isolation. Deltagere med symptomer på ortoreksi har i højere grad end andre en følelse af at stå uden for socialt samvær med venner og kollegaer. Desuden bor en større andel af dem alene, hvilket kan hænge sammen med social tilbagetrækning, eller at det er lettere at udvikle symptomer på ortoreksi, hvis man bor alene og ikke spiser sammen med andre i hverdagen. Afvigelse fra kostreglerne er ofte forbundet med stærkt ubehag, dårlig samvittighed og behov for at kompensere, typisk ved at spise endnu "sundere" eller dyrke ekstra motion.

Mad som medicin

Deltagere med symptomer på ortoreksi er i højere grad end andre bange for at blive syge, hvis de spiser usund mad. Mange er meget optagede af og bekymrede over eget helbred, der forsøges optimeret igennem kosten med fokus på at forebygge sygdom. For mange er interessen for sund kost opstået ud fra et relativt uskyldigt ønske om at leve lidt sundere, få mere energi og overskud eller tabe et par kilo. Mange har indledningsvist oplevet gevinster ved at leve sundere, som de har ønsket at fastholde eller fremme yderligere. Flere giver udtryk for, at interessen med tiden er kommet til at fylde så meget, at effekten har været den modsatte.

Kropsidealer og anerkendelse

Undersøgelsen viser, at deltagere med symptomer på ortoreksi i højere grad end andre forsøger at tabe sig. Interviewene tyder dog på, at idealet sjældent er den tynde krop, men derimod at opnå en sund, slank og veltrænet krop, hvor flere både ønsker en lavere fedtprocent og større muskelmasse. Deltagere med symptomer på ortoreksi oplever i højere grad end andre, at deres sunde livsstil er definerende for, hvem de er. De fremviser ofte deres sunde livsstil, der beskrives som en del af deres omdømme i sociale sammenhænge, hvor de også gerne vil påvirke og inspirere andre til en sundere livsstil. Komplimenter omkring udseende eller selvdisciplin kan være med til at fastholde eller øge et i forvejen stort fokus på sundhed, både fordi komplimenter motiverer, men også fordi andres forventninger forpligter. Omsorgsfuld bekymring fra omgivelserne har fået flere til at revurdere omfanget af deres sundhedsfokus.

Træning

Deltagere med symptomer på ortoreksi træner oftere og i flere timer end andre. En del deltagere er da også begyndt at interessere sig for sund kost for at optimere deres træning, mens interessen hos andre er startet med et fokus på sund kost, der senere er blevet udbygget med træning. For nogle er sund kost og træning med tiden blevet tvangsprægede aktiviteter i den forstand, at de ikke kan afvige fra deres regler og rutiner uden at opleve stor frustration, dårlig samvittighed og stærkt ubehag. Det ses hos flere, at interessen for sund kost er opstået i kølvandet på fysisk funktionsnedsættelse, fx som følge af sportsskade, trafik- eller arbejdsulykke, sygdom mv. Her kan interessen for sundhed give ny identitet og mening i tilværelsen.

Vægttab og andre fysiske følger

Sundhed griber ind i mange dele af tilværelsen hos de mennesker, der udviser symptomer på ortoreksi. Enkelte deltagere fortæller, at de har oplevet træthed og symptomer på fejlnæring. Undersøgelsen viser, at deltagere med symptomer på ortoreksi i højere grad er undervægtige end andre, hvilket blandt andet kan hænge sammen med, at de i højere grad forsøger at tabe sig. Det ses dog også, at vægttab hos flere har været en utilsigtet konsekvens af en stadigt mere restriktiv og ensidig kost. Nogle udviser risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser som anoreksi, men andre har også forsøgt vægtøgning med fokus på at opnå større muskelmasse.

Psykisk mistrivsel og manglende balance i livet

Deltagere med symptomer på ortoreksi udviser flere symptomer på risiko for depression og stressbelastning end andre i undersøgelsen. De viser således i højere grad tegn på mistrivsel. Interviewene tyder på, at strikse kostvaner kan føre til nedsat trivsel, fordi de med tiden tager styringen over tilværelsen således, at andre aktiviteter nedprioriteres. Tanker om kostregler og helbreds-konsekvenser ved regelbrud kan være forbundet med betydelig stressfølelse, og det kan med tiden blive udmattende at efterleve de stadigt strengere kostregler. Det ses også hos flere, at selvværd bliver påvirket negativt, hvis reglerne ikke efterleves. Det kan give tilfredsstillende og en følelse af kontrol, når det lykkes at efterleve kostreglerne, men tilsvarende selvbekymringer, hvis det ikke lykkes. Enkelte er droppet ud af deres studie, fordi det blev for meget at balancere kost, træning, studier og øvrige aktiviteter i tilværelsen.

Set i bakspejlet har det fyldt for meget

Flere giver udtryk for, at de i bakspejlet kan se, at deres interesse for sund kost og eventuelt træning i perioder har fyldt for meget, men at de ikke oplevede det sådan, imens de stod i det. Flere har dog oplevet, at deres omgivelser har reageret med bekymring, hvilket har fået dem til at sætte spørgsmålstejn ved deres sundhedsfokus. Hos nogle har bekymring og spørgsmål fra andre dog blot betydet, at de har trukket sig yderligere fra socialt samvær, forsøgt at optræde normalt i sociale sammenhænge og kompensere i det skjulte, eller at de har affejet spørgsmål som udtryk for dårlig samvittighed hos afsenderen. Interviewene tyder på, at oplysning omkring ernæring og helbredsmæssige konsekvenser ved restriktive spisevaner kan være afgørende for, at mennesker med stort sundhedsfokus revurderer deres kostregler.

Den fjerde spiseforstyrrelse?

Undersøgelsen tyder på, at der vil være mange fordele ved at betragte ortoreksi som en fjerde spiseforstyrrelse efter anoreksi, bulimi og senest tvangsoverspisning. I forskningen skelner man mellem "kliniske spiseforstyrrelser", der er tilfælde med klinisk diagnose som fx anoreksi og bulimi, og "forstyrret spiseadfærd", der er uhensigtsmæssig adfærd i form af fx restriktiv spisning eller overtræning. I denne undersøgelse ses forstyrret spiseadfærd hos mange deltagere med symptomer på ortoreksi. Det kan ikke konkluderes endeligt, om ortoreksi bør betragtes som en selvstændig spiseforstyrrelse, eller om ortoreksi eventuelt kan være en risikofaktor eller et forstadium til andre spiseforstyrrelser – eller et tilbageværende symptom efter endt behandling for en spiseforstyrrelse. Et øget kendskab til ortoreksi vurderes at være en fordel, da det vil gøre det lettere at genkende, adressere og reagere på risikoadfærd hos sig selv og andre. Ved at udbrede kendskabet til ortoreksi og de symptomer, der knytter sig hertil, kan det gøres nemmere at opsøge hjælp og at se, hvornår andre har behov for hjælp.

Behov og barrierer for hjælp

Flere deltagere giver udtryk for, at de har oplevet behov for hjælp og støtte til at håndtere deres store sundhedsfokus. Nogle har opsøgt hjælp, men iblandt disse har nogle følt sig malplacerede i de tilbud, de har modtaget. Derudover beskriver flere, at det er en barriere for at søge hjælp, at ortoreksi ikke er en officiel diagnose, og at mange aldrig har hørt om fænomenet. Derfor kan man føle sig meget alene med problematikkerne ved et stort sundhedsfokus. Der er behov for en drøftelse af, om ortoreksi kan behandles effektivt inden for den eksisterende spiseforstyrrelsesbehandling, eller om der bør udvikles specialiserede tilbud. Nogle deltagere trives med et stort sundhedsfokus, men for andre har det store negative følger, uanset om man kalder det "ortoreksi" og betragter det som en officiel diagnose eller ej.

10. REFERENCER

1. Bratman, S. (1997): Health food junkie. *Yoga Journal* (September/October): 42-50.
2. Dunn, T. & Bratman, S. (2016): On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
3. Koven, N. & Abry, A. (2015): The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
4. Aksoydan, E. & Camci, N. (2009): Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord*, 14(1), 33-37.
5. Moroze R., Dunn T. & Craig Holland J., et al. (2014): Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*.
6. Varga, M., Thege B., Dukay-Szabo, S., Tury, F. & Van Furth, E. (2014): When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *Biomedical Central Psychiatry*, 14(59), 1-11.
7. Almeida, C., Borba, V. & Santos, L. (2018): Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 443-451.
8. Costa, C., Hardan-Khalil, K. & Gibbs, K. (2017): Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980-988.
9. Asil, E. & Sürücüoğlu, M. (2015): Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 1-11.
10. Fidan T., Ertekin, V., Isikay, S. & Kirpinar, I. (2010): Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54.
11. Oberle, C., Samaghabadi, R. & Hughes, E. (2017): Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.
12. Moroze, R., Dunn, T., Holland, C., Yager, J. & Weintraub, P. (2015): Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56, 397-403.
13. Koven, N. & Senbonmatsu, R. (2013): A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 214-222.
14. Barthels, F., Meyer, F. & Pietrowsky, R. (2015): Die Düsseldorfer Orthorexie Skala – Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung orthorektischen Ernährungsverhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44(2), 97-105.

15. Bratman, S. & Knight, D. (2000): *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa – Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York, NY: Broadway.
16. Borgida, A. (2012): In sickness and in health: Orthorexia Nervosa, the study of obsessive healthy eating (dissertation). USA: Proquest Information and Learning, p. 6376.
17. Barrada, J. & Roncero, M. (2018): Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de psicología*, 34, 283-291.
18. Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005): Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.
19. Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C. & König, J. (2015): When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS One*, 10(8), 1-15.
20. Rudolph, S. (2017): The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.
21. Donini L., Marsili, D., Graziani M., Imbriale, M. & Cannella, C. (2004): Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2): 151-157.
22. McInerney-Ernst, E. (2012): *Orthorexia Nervosa: Real Construct or Newest Social Trend?* USA: ProQuest Information & Learning.
23. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. & van Furth, E. (2013): Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103-111.
24. Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M., & Bergman, S. (2017): Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143.
25. Turner, P. & Lefevre, C. (2017): Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 277-284.
26. Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F. & Fazio, P. (2015): The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 161-166.
27. Valera, J., Ruiz, P., Valdespino, B. & Visioli, F. (2014): Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19, 469-472.

28. Keller, M. & Konradsen, H. (2013): Ortoreksi blandt unge fitness-medlemmer. *Klinisk Sygepleje*, 27. årgang, nr. 4, 63-71.
29. Brytek-Matera, A. (2012): Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.
30. Musolino, C., Warin, M., Wade, T. & Gilchrist, P. (2015): "Healthy Anorexia": The complexity of care in disordered eating. *Social Science and Medicine*, 139, 18-25.
31. Danmarks Statistik: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal>: 4.365.950 personer i aldersgruppen 15-74 år (den 1. i fjerde kvartal af 2019).
32. Sundhedsstyrelsen (2005): Spiseforstyrrelser – Anbefalinger for organisation og behandling. Link til udgivelse: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx>
33. Møhl, B. (2000): Narcissisme og grænsepsykotiske tilstande. I Brørup, M. & Hauge, L. o. T.U.L. (Eds.), *Den nye psykologihåndbog* (331-344). Gyldendal.
34. Lichtenstein, M. (2013): *Besat af træning – Når sund motion bliver skadelig afhængighed*. Dansk psykologisk forlag.
35. Skårderud, F. (2000): *Stærk – Svag*. Hans Reitzels Forlag.