

Kan man forebygge spiseforstyrrelser?

Sammendrag

Kan spiseforstyrrelser forebygges? Sammensatt etiologi gir et overveiende negativt svar dersom målet er å redusere antall mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser i befolkningen. Selek- tive tiltak overfor høyrisikoindivider treffer dårlig fordi kunnskapen om risikofaktorer er upresis, og fordi også lavrisikoindivider kan utvikle en spise- forstyrrelse. Effekten av universelle skolebaserte kampanjer har vært mini- male og av kort varighet. Ofte har sykdomsinformasjon gitt uønsket symptumlæring.

Studier der man tar i bruk kunnskap om sosial påvirkning representerer en lovende utvikling. Det samme gjelder universelle helsefremmende økolo- giske tiltak for å redusere kroppsmis- nøye og slanking. Det gir større helse- gevinst i befolkningen å forankre fore- byggende tiltak i hverdagslivet i barnehage, skole og hjem. Forebyg- ging er en offentlig oppgave, men foreldre og andre omsorgsgiveres bidrag og ansvar som rollemodeller må understrekes.

Forebygging må motvirke symptumlæ- ring, helseangst og helsemoralisme, og heller ha som mål å oppfylle folks rett til å vite hva som fremmer helse, å stimulere til å finne egne løsninger og å anerkjenne at man må stå fritt til å velge det usunne.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1915

Jan H. Rosenvinge

janr@psyk.uit.no
 Institutt for psykologi
 Universitetet i Tromsø
 9037 Tromsø

Runi Børresen

Huldreveien 36 a
 3000 Drammen

Fra begynnelsen av 1990-årene har skole- og helsemyndigheter i Norge og utlandet satset mye på forebygging av spiseforstyr- relser gjennom skolebaserte programmer og tiltakspakker (1, 2). Alvorlighetsgrad, utbre- delse og omkostninger knyttet til sykdoms- varighet gjør spørsmålet om forebygging av spiseforstyrrelser betimelig. Ved alvorlig anorexia nervosa er eksempelvis den stan- dardiserte mortalitetsraten 4–10 ganger høyere enn i den sammenliknbare normalbe- folkningen (3), og somatiske komplikasjo- ner står for nær 60 % av dødsårsakene (4). Ved patologisk overspising (tvangsspising) er betydelig overvekt et stort problem. Ved bulimi og patologisk overspising er standar- disert mortalitetsrate økt henholdsvis sju og fire ganger (3). En metaanalyse av empiris- ke studier fra 1983 til 1998 viser at nær 60 % av mennesker med spiseforstyrrelser har en alvorlig personlighetsforstyrrelse (5), men enkeltstudier kan indikere så vel lavere (6) som høyere tall.

Spiseforstyrrelser rammer mange, og kan vare lenge. Nær 50 000 yngre kvinner har en alvorlig og behandlingstrengende spisefor- styrrelse i Norge i dag, og om lag 600 av dem trenger høyt spesialiserte helsetjenester (7). Tallene blir langt høyere hvis man leg- ger til subkliniske tilstander, samt tar med dem som har komorbide lidelser som ikke oppdages i befolkningsundersøkelser om spiseforstyrrelser. Om lag 20 % har en alvor- lig spiseforstyrrelse i 8–10 år (8, 9), men spredningen er stor.

Alt dette koster – både i det store sam- funnsregnskapet og for den enkelte pasient og vedkommendes pårørende i form av li- delse, tap, omkostninger og redusert livs- kvalitet. Det er ikke underlig at man ønsker å forebygge.

Vanskelig forebyggingsarbeid

Spiseforstyrrelser er både kulturfenomener og alvorlige lidelser. En vanlig forestilling er at forebygging handler om å forhindre i be- tydningen å *utrydde*, det man med et annet

ord kaller «primærforebygging». Det er relevant for visse alvorlige somatiske syk- dommer. Spiseforstyrrelser er imidlertid uløselig knyttet til kultur. Spising, spiseva- ner, kropp og utseende formidler sosial sta- tus, fellesskap, tilhørighet og forskjellighet, og er knyttet til humør, følelser, personlig- het, familieliv og konkrete sosiale sammen- henger. Anvendes utryddelse som ideal for forebygging av spiseforstyrrelser, kan det skapes uklare og urealistiske mål om å be- kjempe Vestens tynnheitsidealer og markeds- kreftenes spill på myten om tynnet som veien til popularitet og lykke. Det er mer nærliggende å innse at kultur er forankret i hverdagslivet og at forebygging er å påvirke spesifikke familiekulturer, ungdomskultu- rer, oppvekstmiljøer og sosiale sammenhen- ger.

Alvorlighetsaspektet ved spiseforstyrrel- sene kan utydeliggjøre normalitet og norma- litetens mangfold. Matvaner, spisemønster, kroppsfiksering, slanking eller vekt relatert til subkulturer og individuelle variasjoner i biologisk og psykologisk normalutvikling kan oppfattes som usunt. Helsearbeidere kan ha normative forestillinger om helse og sunnhet som er urealistiske i forhold til mangfold og statistisk variasjon i befolkning- en. Frykten for det usunne og angsten for det alvorlige kan gjøre helsearbeidere til hel- semoralister. Slik frykt og angst kan nok også tilskrives at det er provoserende, ufor- ståelig og skremmende at tilsynelatende friske unge mennesker med fremtiden foran seg velger å sulte seg, misbruke mat og er ambivalente til å motta nødvendig behand- ling. Til sammen kan uklare mål, normalitetsvurderinger og helsemoralisme føre til at et forståelig engasjement i forebygging blir til uheldig overivrighet.

Før midten av 1970-årene var spisefor- styrrelser lite omtalt og kjent. Det eneste

! Hovedbudskap

- Alvorlige spiseforstyrrelser har for sammensatt etiologi til å kunne forebygges
- Å informere om risikofaktorer og alvor- lighetsgrad i kortvarige skolebaserte kampanjetiltak er mislykket
- Slanking/kroppsmisnøye kan forebyg- ges ved effektiv sosial påvirkning forankret i sentrale rollemodeller



Tynn, tynnere, tynnest ... Det er urealistisk å bekjempe vestlige skjønnhetsidealer. Foto SCANPIX/Per Løchen

man kjente til var anoreksi, og det var en sjelden lidelse. I dag er bildet motsatt. Spiseforstyrrelser er et tema i offentlig debatt, og mange har et engasjement knyttet til forebygging og behandling. Et høyst detaljert diagnostisk vokabular er blitt en del av dagligspråket. Flere klinikere har fått økt sin kompetanse på området. Det er bra å være engasjert og å vise oppmerksomhet. Men baksiden av medaljen er overivriheten, og at man ikke reflekterer over om den diagnostiske detaljrikdommen når det gjelder mildere grader av spiseproblemer er en tids- og kulturbestemt språkliggjøring av allment stress og uro. Konsekvensene er at ungdom fanger opp at helsearbeidere er brennende engasjert i behandling og forebygging av spiseforstyrrelser.

Det er etter vår erfaring sykdomsdrivende og antiforebyggende hvis skolelege eller skolehelsesøster sier til elevene at «i år prioriterer jeg spiseforstyrrelser». Slikt kan bidra til å kaste lys over hvorfor det i mange ungdomskulturer er litt in «å være ano», underforstått at da blir man tatt på alvor av en voksen som vil gi av sin tid og oppmerksomhet. Når en engasjert helsearbeider velment forteller om sykdomsrisiko, symptomer og komplikasjoner, får nok ungdommer mer kunnskap om spiseforstyrrelser, men den blir ikke integrert og får derfor ingen konsekvenser i dagliglivet (10–13). Etter vår kliniske erfaring er det ikke få unge som forteller at «det at man kan kaste opp når man har overspist, ja det lærte jeg da jeg hørte legen fortelle om symptomene ved bulimi. Hun sa at det er farlig å få bulimi fordi oppkast kan skade tennene, men det tenkte jeg gjaldt alle andre enn meg selv».

Forebygge sykdom eller fremme helse?

Informasjonsstrategier som skissert over kalles sykdomsforebyggende tiltak. De bygger på antakelsen om at både nøytral og avskrekkende informasjon fører til kunnskap, som igjen fører til at man endrer holdning og deretter atferd. Erfaring og forskning har vist at en slik antakelse er for enkel. Dermed har mange helsearbeidere gått motsatt vei, og har nesten helt unngått å nevne spiseforstyrrelser når de har hatt kontakt med

ungdom. Dette falt sammen med et skifte både nasjonalt og internasjonalt fra sykdomsforebygging til helsefremmende strategier. Det sentrale her er å fremme økt selvtilitt og psykologisk motstandsdyktighet mot stress og påkjenninger. Ved spiseforstyrrelser arbeider man særlig med å bevisstgjøre hvordan tynnhetsidealer manifesteres og forsterkes i den enkeltes liv, f.eks. gjennom reklame, kommersialisering, moter og kjønnsroller. Å påvirke for å fjerne noe som oppfattes som skadelig eller uheldig versus å tilføre noe positivt kan være stikkord for henholdsvis sykdomsforebygging og helsefremming.

Faren med helsefremningsperspektivet er at et utvidet helsebegrep skaper utydelige tiltak, politisk retorikk, helsemoralisme og usagte og urealistiske «standarder» for helse. Dette kan igjen skape helseangst og overopptatthet av stadig å skulle bli helsemessig «bedre». En annen fare ligger i at konkrete spørsmål om spiseforstyrrelser som ungdom har eller strever med, blir definert som uviktige og dermed ikke blir stilt eller aldri besvart.

Effekt av forebyggingsprosjekter

Den første fasen av nasjonal og internasjonal satsing fra begynnelsen av 1990-årene benyttet skolebaserte *universelle* sykdomsforebyggende tiltak, dvs. sykdomsinformasjon rettet mot barn og ungdom i sin alminnelighet. I ettertid ser man at engasjement og innsats hadde liten positiv effekt, endog uintendert negativ effekt. Troen på forebygging ut fra et sterkt ønske om å gå til aksjon mot noe potensielt skadelig kan forklare tendensen til å overtolke og fremheve selv beskjedne effekter. I flere oversiktsartikler (10–12) pekes det på små utvalg og kort oppfølgings-tid som eksempler på svake metodologiske utførelser som gjør slutninger om kausal effekt umulige. Øvrige grunner til misforholdet mellom innsats og effekt handler igjen om utydelighet. I de fleste intervensjonsstudiene var det dårlig samsvar mellom tiltak og forventede endringer og dårlig operasjonaliserte mål på hva man ønsket å forebygge. Universelle sykdomsforebyggende informasjonskampanjer passet også dårlig når kunnskapen om risikofaktorer var mangelfull. Derfor oppfattet målgruppen sykdomsinformasjonen som «lærerik», uinteressant eller skremmende fascinerende, men personlig irrelevant. Mange som virkelig var i fare for å utvikle spiseforstyrrelser, ble aldri fanget opp.

Senere studier fra slutten av 1990-årene har hatt mer preg av selektive sykdomsforebyggende tiltak rettet mot unge jenter som enten slanket seg eller oppgav at de ønsket å bli tynnere. Tiltakene er selektive fordi man antok at jenter utgjorde en antatt risikogruppe. Det empiriske grunnlaget for selektive tiltak var for dårlig. Først nylig er risikofaktorer identifisert på bedre grunnlag (14), men den prediktive verdien av selektive til-

tak er likevel diskutabel. Sammen med metodologiske svakheter er heller ikke her resultatene overbevisende. Det er dessuten velkjent at høyrisikoindivider kan forbli friske mens lavrisikoindivider kan bli syke (15). Man kan slanke seg også *uten* at man utvikler spiseforstyrrelser, og ønsket om å bli tynn er ikke *nødvendigvis* den drivende kraft i spiseforstyrrelsen. Selv ved selektive tiltak med spesifikke resultatmål ser man minst effekt hos dem som trenger det mest, dvs. jenter med mye kroppsmisnøye og dysfori som slanker seg ofte (16). Nok en grunn til svake resultater er dårlig utnyttelse av sosialpsykologisk kunnskap om effektiv sosial påvirkning.

Befolkningsstrategier

Forebygging handler om sosial påvirkning. Effektiv sosial påvirkning forutsetter tydelighet. Det betyr at målgruppen er definert og at budskapet er utformet slik at målgruppen oppfatter det som relevant. Relevans henger igjen sammen med forståelighet, avsenders troverdighet, mulighet for motargumenter og diskusjon, at det som formidles kan knyttes til holdninger mottakeren allerede har, at en eventuell helserisiko knyttes til noe konkret mottakeren gjør og at mottakeren blir overbevist om at atferdsendringer reduserer risikoen. Forebygging handler således om *metoder* for å kommunisere for å endre atferd og holdninger.

Tre modeller for sosial påvirkning er relevante.

Dissonansmodellen legger til grunn at uforenlighet og inkonsistens mellom holdninger eller mellom holdning og atferd skaper «dissonans» og psykologisk ubehag, som søkes opphevet ved å endre enten atferd eller holdninger. Et praktisk eksempel er å skape dissonans ved å be kroppsfikserte jenter om hjelp til å lage et program for å få ungdom til å bli mindre kroppsfikserte.

Teorien om overveide handlinger hevder at intensjon om å handle på en bestemt måte styres av personlige holdninger og subjektive normer. Personlige holdninger dreier seg om kunnskap om risikoen for å få spiseforstyrrelser dersom man slanker seg, og i hvilken grad man tror at denne risikoen gjelder en selv. Subjektive normer handler om hva man tror andre viktige personer i ens liv mener om slanking og hva en ideell kropp «er», og i hvor stor grad man er motivert til å handle i samsvar med normene.

Teorien om elaborering av budskap hevder at varige endringer i atferd og holdninger kun skjer ved aktivisering av en «sentral rute» for kognitiv informasjonsbearbeiding. Dette skjer ved diskusjon, gjennomtenking og relevansvurdering av budskapet. Sannsynligheten for høy grad av elaborering henger sammen med individuelle variasjoner i motivasjon for endring, men også i hvor godt forholdene er tilrettelagt for å elaborere. Lav grad av elaborering er på godt norsk «inn av det ene øret og ut av det andre», der motta-

keren nok blir revet med der og da, men en beslutning om endring er ustabil og endringen er derfor kortvarig.

Kontrollerte intervensjonsstudier (17–19) har vist små effekter av tiltak ut fra dissonansmodellen. Ungdom viste mindre negativ affekt, var mindre påvirket av tynnheitsidealer og fikk færre og mindre omfang av bulimisyntomer. Dette inntraff imidlertid både i kontrollgrupper og i alternative intervensjonsgrupper, og effekten fortok seg over et halvt år. Det viktigste som ikke lot seg endre, var slanking og kroppsmisnøye. I en annen studie (20) fant man beskjeden effekt av elaboreringsmodellen. Etter tre måneder var det ingen forskjeller mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen med hensyn til indiksjoner på spiseforstyrrelse, men sistnevnte hadde signifikant mer kunnskap om spiseforstyrrelser. Metodologiske svakheter kan forklare nedslående resultater. Teoridrevne og metodologisk sterke studier vil representere en lovende utvikling. Spesielt gjelder dette studier der man anvender teorien om overveide handlinger, fordi det åpnes for å arbeide spesifikt med motivasjon for atferdsendring.

På Internett finnes flere interaktive nettsteder om spiseforstyrrelser. Internett er et lavterskeltilbud som brukes mye av ungdom, og man kan her nå ut med informasjon og tiltak til mange i en aktuell målgruppe. Derfor kan Internett bli nyttig i forebygging av spiseforstyrrelser (21). Dersom interaktive nettsteder om spiseforstyrrelser drives av seriøse fagpersoner og oppfattes som troverdige (22), kan de fremme kognitiv elaborering og redusere faren for å bli destruktive og symptomforherligende (23).

Studier (17–19) viser at paradigmet for sosial påvirkning stadig er sykdomsforebygging, det er bare at påvirkningsmetodene nå er mer sofistikerte.

En økologisk modell representerer en tilsvarende lovende utvikling under paradigmet helsefremming. Man anvender det epidemiologiske begrepet «populasjonsattribuert risiko». På godt norsk betyr det at når en risikofaktor er rimelig normalfordelt og utbredt, vil universelle tiltak for å få til beskjedne endringer i atferd eller holdninger i populasjonen likevel gi mer total helsegevinst enn selektive tiltak for å få til store endringer for en liten gruppe av høyrisikoindivider, som uansett er vanskelig å identifisere. Det er mer nyttig å ha ambisjon om en viss reduksjon av uvettig slanking, dysfori og kroppsmisnøye som en universell, helsefremmende forebyggingsstrategi i befolkningen fremfor store og uklare ambisjoner om å «utrydde» spiseforstyrrelser, som likevel har en sammensatt etiologi. I en økologisk modell er det er vanskelig å tenke seg den kontrollerte intervensjonsstudie som egnet strategi for effektevaluering. Derfor er det en utfordring å finne alternative metoder for å evaluere effekter på en pålitelig måte.

Hovedvekten i en økologisk tenkemåte er flyttet fra tidsavgrensede skolekampanjer og

sosialpsykologisk basert overtalelseskunst til det å skape et totalt miljø som konkret bekjemper kroppsfiksering og slanking (7, 8, 24). Det dreier seg om å skape nærmiljøer som fremmer selvtillit og holdninger og demper ungdoms kroppsfiksering. Et praktisk eksempel er når en skole innfører sunne skolemåltider og regler om at jentene i skoletiden ikke får gå med bar mage, og at man i mobbetiltakene også slår ned på erting på grunn av utseende. Skal en økologisk helsefremmingsstrategi lykkes, må imidlertid foreldre og andre omsorgspersoner være medspillere, fordi de er viktige rollemodeller for barn. Utfordringen ligger i å få dette til når foreldre selv slanker seg, er overvektige, har psykiske problemer, deltar lite i skole-hjem-samarbeid eller selv står i en vanskelig sosial situasjon.

Helsefremming faller også inn under begrepet «positiv psykologi». Anvendt på forebygging av spiseforstyrrelser (25) vil det si å rette oppmerksomheten mot genuine beskyttende faktorer som ikke bare er motpolen eller negasjonen av risikofaktorer. Slike faktorer kan både måles (26, 27) og avgrenses til påvirkbare størrelser, som eksempelvis subjektivt velvære og sosial støtte.

Individorienterte strategier

Ut fra teorien om overveide handlinger kan kroppsmisnøye og slanking «smitte», først og fremst fordi man følger normer fra folk man ser opp til som trendsettere og rollemodeller. Venner betyr mye her, og en viktig forebyggingsstrategi er å påvirke nettopp dem som har en slik rolle. Det er imidlertid godt dokumentert (28) at foreldre er de viktigste rollemodeller for ungdom til langt opp i tenårene. Det blir ofte oversett og kan skyldes helsearbeideres frykt for å gå inn i den private sfæren. Det kan være behageligere å projisere risikoen til abstrakte tynnheitsidealer og fjerne reklamefigurer enn å granske egne holdninger og væremåter. En annen grunn kan være helsearbeideres frykt for å påføre foreldre skyldfølelse, en frykt som ut fra erfaringer med helseopplysning og psykiatriske intervensjoner ikke er ubegrunnet.

Foreldrenes rolle i forebygging og helsefremming er således knyttet til foreldreansvaret for å innarbeide sunne mat- og kostholdsrutiner samt å ta på alvor at de er psykologiske rollemodeller for barns holdninger til utseende, kropp og vekt. Noen praktiske eksempler: Det kan være greit å si til foreldre at det ikke er så lurt å sitte med en liten grønn salat og si at man er på slankekur samtidig som de maser på barnet om å spise opp middagen. Det er heller ikke bra når foreldre snakker negativt om fedme og tykke folk og positivt om tynnhet, særlig ikke dersom det gjelder barnet selv. Negative selvinstruksjoner og fortolkninger av hendelser er sentrale kognitive skjemaer ved spiseforstyrrelser. Slike lærer barn ved å høre foreldre som har slike skjemaer snakke negativt om seg selv (29).

Det er med andre ord ikke særlig helsefremmende å høre på en far eller en mor som bestandig snakker om hvor tykk han/hun er og hvor mislykket man er kanskje også på andre områder. Ingen foreldre gjør slikt for å skade barn, men det er nyttig at helsearbeideren påpeker og problematiserer. Helsearbeiderens rolle blir da mer å være en veileder som stimulerer til diskusjon og selvrefleksjon hos foreldrene så familien kan finne sine egne løsninger, fremfor å være helsemoralist som vet hva som er best. Vi har frivillige svangerskapskurs, men hvorfor ikke også foreldrekurs som et universelt tiltak for alminnelige familier, før man må ut og slukke branner i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten?

Kan forebyggingsstrategier integreres?

Å redusere omfanget av slanking og kroppsmisnøye for å forebygge spiseforstyrrelser kan komme i motsetning til tiltak for å redusere økt insidens av overvekt hos barn og unge. Budskapet om slankings faren kan virke negativt for overvektige. For mennesker som har eller er i fare for å utvikle spiseforstyrrelser kan informasjon om skader ved overvekt fremme økt slanking. Å si at man må akseptere sin kropp som den er, kan bli en sovepute for folk med helseskadelig overvekt. Imidlertid kan motstridende budskap integreres (30) fordi det er et betydelig innslag av overvekt ved patologisk overpising og fordi familiær overvekt er en risikofaktor ved bulimi. Dessuten er integrering kostnadseffektivt. Et integrert helsebudskap er å motvirke en kultur av kroppsmisnøye, manglende eller tvangspregget fysisk aktivitet og et usunt kosthold. Man kan formidle at skippertaksslanking eller langvarige fasteperioder både øker risikoen for spiseforstyrrelser og for overvektige er en sikker vei til tilbakefall og eventuelt senere et enda høyere vektnivå.

Litteratur

- Gresko RB, Rosenvinge JH. The Norwegian school based prevention programme for eating disorders – development and evaluation. I: Vandereycken W, Noordenbos G, red. Prevention of eating disorders. An international series. London: Athlone Press, 1998.
- Rosenvinge JH, Gresko RB. Do we need a prevention model for eating disorders? Recent developments in the Norwegian school-based prevention model. *Eat Disord* 1997; 5: 110–8.
- Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 201–14.
- Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073–4.
- Rosenvinge JH, Martinussen M, Østensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders. A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000; 5: 52–61.
- Godt K. Personality disorders and eating disorders: the prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2002; 10: 102–9.
- Rosenvinge JH, Gøtestam KG. Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 185–8.
- Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 313–21.

>>>

9. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of anorexia nervosa in adolescents. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 339–60.
10. Børresen R, Rosenvinge JH. From prevention to health promotion. I: Treasure J, Schmidt U, van der Furth E, red. *Handbook of eating disorders*. London: Wiley, 2003: 435–53.
11. Rosenvinge JH, Børresen R. Preventing eating disorders – time to change programmes or paradigms? *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7: 5–16.
12. Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol Med* 2000; 30: 1249–62.
13. Rosenvinge JH, Westjordet M. Is information about eating disorders experienced as harmful? A consumer's perspective on primary prevention. *Eat Disord* 2004; 12: 11–20.
14. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407–16.
15. Rose G. Mental disorder and the strategies of prevention. *Psychol Med* 1993; 23: 553–5.
16. Paxton SJ, Wertheim EJ, Pilawski A et al. Evaluation of dieting prevention messages by adolescent girls. *Prev Med* 2002; 35: 474–91.
17. Stice E, Mazotti L, Weibel D et al. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 206–17.
18. Stice E, Chase A, Stormer S et al. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 247–62.
19. Stice E, Trost A, Chase A. Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *Int J Eat Disord* 2003; 33: 10–21.
20. Withers GF, Twigg K, Wertheim EH et al. A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1021–7.
21. Zabinski MF, Celio AA, Jacobs MJ et al. Internet-based prevention of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 183–97.
22. Rosenvinge JH, Laugerud S, Hjordahl P. Trust in health websites. A survey among Norwegian Internet users. *J Telemed Telecare* 2003; 9: 161–6.
23. Johnsen JA, Rosenvinge JH, Gammon D. Online group interaction and mental health: an analysis of three online discussion forums. *Scand J Psychol* 2002; 43: 445–9.
24. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1991.
25. Steck EL, Abrams LM, Phelps L. Positive psychology in the prevention of eating disorders. *Psychol Schools* 2004; 41: 111–7.
26. Jew CJ, Green KE, Kroger J. Development and validation of a measure of resilience. *Measurment Eval Counsel Develop* 1999; 32: 75–89.
27. Friborg O, Hjemdahl O, Rosenvinge JH et al. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12: 65–76.
28. Øia T. *Ung på 90-tallet*. Oslo: Cappelen, 1996.
29. Alloy LB, Abramson LY, Tashman NA et al. Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cogn Ther Res* 2001; 25: 397–403.
30. Irving LM, Neumark-Sztainer D. Integrating the prevention of eating disorder and obesity: feasible or futile? *Prev Med* 2002; 34: 299–302.