

Tröstätande är kopplat till övervikt och psykisk ohälsa i Stockholms län

Emotionellt ätande, eller "tröstätande" är tydligt kopplat till fetma och övervikt. Det visar analyser baserade på enkätsvar insamlade under år 2010 som omfattar mer än 40 000 invånare över 18 år i Stockholms län. Sambanden kvarstår efter kontroll för ålder, utbildning, socioekonomisk grupp, inkomst, civilstånd och födelse-land. I enlighet med de resultaten skulle var femte kvinna och var sjuttonde man i länet tröstäta. Det är dock troligt att antalet är ännu högre, då individer med psykisk ohälsa oftare än andra avstår från att delta i den här sortens undersökningar. Bland de som tröstäter är förekomsten av fetma mer än tre gånger så hög jämfört med de som inte tröstäter. Benägenheten att tröstäta är också tydligt knuten till en sämre psykisk hälsa. En sannolik tolkning är att nedstämdhet och/eller oro via tröstätning leder till övervikt. Det behövs dock longitudinella studier för att närmare belysa orsaker. Säkrare slutsatser om sambanden kommer att kunna presenteras med hjälp av den uppföljande enkät som började samlas in under november 2014.

Bakgrund

Förekomsten av ätstörningar beskrivs generellt som låg. Men litteraturen baseras framför allt på sjukvårdsregister och omfattar en patientgrupp som helst inte söker sig till vården. Den klassiska indelningen av ätstörningar har huvudsakligen varit i diagnoserna *anorexia nervosa* (självsvält) och *bulimia nervosa* (hetsätning med kräkningar), där flertalet är kvinnor. Nyare forskning visar dock att ätstörningar även förekommer i andra former och i grupper som inte studerats nämnvärt tidigare; som medelålders kvinnor, män i allmänhet och personer med övervikt (1, 2). Det är sannolikt också så att förekomsten av olika sorters *störda ätbeteenden* är mycket vanligare i befolkningen än antalet diagnostiserade fall av ätstörningar. Ett sådant förbisett ätbeteende är tröstätande. Syftet med den här studien är att beskriva kopplingen mellan tröstätande och två av våra största folkhälsoproblem: övervikt respektive psykisk ohälsa.

Material och metod

Studien bygger på enkätsvar från knappt 44 500 deltagare i *Stockholms läns folkhälsokohort* (3). Uppgifter kring matvanor, alkohol, rökning, vikt och längd, demografiska och sociala förhållanden samt olika psykiska problem har inkluderats. Tröstätande har definierats utifrån frågor från *Three-Factor Eating Questionnaire*, (TFEQ-r21), ett självskattningsformulär som inkluderar 21 frågor fördelade på tre skalor. Här används de sex frågor som avser mäta "Emotional Eating" (se

Tabell 1). För varje fråga ges fyra svarsalternativ: *stämmer precis, stämmer ganska bra, stämmer inte särskilt bra* och *stämmer inte alls*. Kategorin **inget tröstätande** innebär att man genomgående har svarat *stämmer inte alls*; **tröstätande** innebär att respondenten har svarat att en majoritet (dvs minst fyra) av påståendena stämmer *ganska bra* eller *stämmer precis*; och gruppen med **inslag av tröstätande** omfattar alla andra. Psykisk ohälsa har definierats utifrån svaren på *General Health Questionnaire*, GHQ-12 (tröskelvärde 3), frågor om självskattad oro, ångest och ångslan, samt förekomst av suicidförsök. *Kroppsmasseindex (BMI)*, har beräknats med hjälp av självrapporterad vikt delat med längden i kvadrat. Frågor om alkoholkonsumtion och rökning har också hämtats från enkäten. För mer detaljerad information besök www.folkhalsoguiden.se.

Tabell 1. Tröstätande är baserat på följande sex frågor

Fråga från TFEQ-r21

När jag känner mig orolig upptäcker jag ofta att jag äter

När jag känner mig nedstämd äter jag ofta för mycket

När jag är spänd eller "uppskruvad" känner jag ofta ett behov av att äta

När jag känner mig ensam tröstar jag mig själv med att äta

Om jag känner mig illa till mods försöker jag dämpa min olust genom att äta

När jag känner mig dystert eller ledsen vill jag ha något att äta

Resultat

Totalt är 25 247 kvinnor och 19 247 män inkluderade i analyserna. Åldersfördelningen är 22–92 år, med ett medelvärde på 55 år (SD=16). Ungefär 13 procent av deltagarna i undersökningen kan klassificeras som tröstätare. För att översätta andelen till befolkningsnivå motsvarar det över 143 000 (18.4 %) kvinnor och nästan 40 000 (6.0 %) män i länet. Resultaten visar att det är tre gånger vanligare med fetma i gruppen som beskrivs som tröstätare, där 33 procent av männen respektive 28 procent av kvinnorna har ett BMI över 30 kg/m² (se Tabell 2), än i gruppen som inte tröstäter. Psykisk ohälsa enligt GHQ-12 är mer än dubbelt så vanligt hos kvinnor som har en benägenhet att tröstäta, och nästan tre gånger så vanligt hos männen i den gruppen. En något svagare association mellan suicidförsök och tröstätande kunde också påvisas (RR 1.95). Det fanns inga samband mellan alkoholmissbruk eller rökning och tröstätande, varken hos kvinnor eller hos män.

Diskussion

Resultaten av studien visar att tröstätande är tydligt kopplat till övervikt och fetma, liksom till psykisk ohälsa. Det är troligt att sambanden kan förstås just som ett förlopp från nedstämdhet och/

eller oro via tröstätning till övervikt, även om andra förklaringar är möjliga. Om så är fallet kan insatser som främjar psykisk hälsa eller motverkar tröstätande också ha en effekt på övervikt och fetma. En tydligare bild av riktningen på sambanden kommer att kunna presenteras med hjälp av uppgifter från den uppföljande enkätinsamlingen som inletts under november 2014.

Studien har genomförts av Jennie C Ahrén, Peeter Fredlund, Finn Rasmussen och Anton Lager.

Referenser

1. Hoek HW. (2014). Epidemiology of eating disorders in persons other than the high-risk group of young Western females. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 423–5.
2. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. (2014). A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 426–30.
3. Svensson AC, Fredlund P, Laflamme L, Hallqvist J, Alfredsson L, Ekblom A, Feychting M, Forsberg B, Pedersen NL, Magnusson C. (2013). Cohort profile: The Stockholm Public Health Cohort. *International Journal of Epidemiology*, 42(5), 1263–72.

Tabell 2. Tröstätande i relation till kroppsmasseindex (BMI), övervikt och psykisk ohälsa. Siffror angivna som procent (%), förutom BMI som anger medelvärde (kg/m²)

| | BMI (medelvärde) | Övervikt och fetma (%) | | | Psykisk ohälsa (%) | |
|--------------------------------|---------------------|------------------------|--------|--------|--------------------|------------------------------------|
| | | BMI>25 | BMI>30 | BMI>35 | GHQ12≥3 | Svår oro, ångest och ängslan |
| Män | | | | | | |
| Inget tröstätande (40.0 %) | 25.7 | 51.1 | 10.5 | 2.2 | 13.6 | 4.3 |
| Inslag av tröstätande (54.0 %) | 26.9 | 65.7 | 17.5 | 3.2 | 19.7 | 5.6 |
| Tröstätande (6.0 %) | 28.9 | 82.8 | 32.5 | 8.9 | 36.3 | 10.1 |
| Alla män (100 %) | 26.5 | 60.9 | 15.7 | 3.2 | 18.2 | 5.3 |
| Kvinnor | | | | | | |
| Inget tröstätande (24.8 %) | 23.8 | 28.6 | 8.8 | 1.9 | 18.3 | 4.7 |
| Inslag av tröstätande (56.8 %) | 25.4 | 43.8 | 14.5 | 3.4 | 21.8 | 5.1 |
| Tröstätande (18.4 %) | 27.8 | 67.3 | 27.7 | 8.2 | 35.2 | 9.6 |
| Alla kvinnor (100 %) | 25.4 | 44.4 | 15.6 | 3.9 | 23.5 | 7.1 |

Alla skattningar är justerade för ålder, utbildning, socioekonomisk grupp, inkomst, civilstånd och födelseland