LUND UNIVERSITY

Att äta sig frisk ... eller sjuk - mat år centralt i vårt samhälle

Wallin, Ulf

Published in:
Läkartidningen

2013

Link to publication

Citation for published version (APA):
Wallin, U. (2013). Att äta sig frisk ... eller sjuk - mat år centralt i vårt samhälle. *Läkartidningen*, *110*(36), 1536-1538. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24163906?dopt=Abstract

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

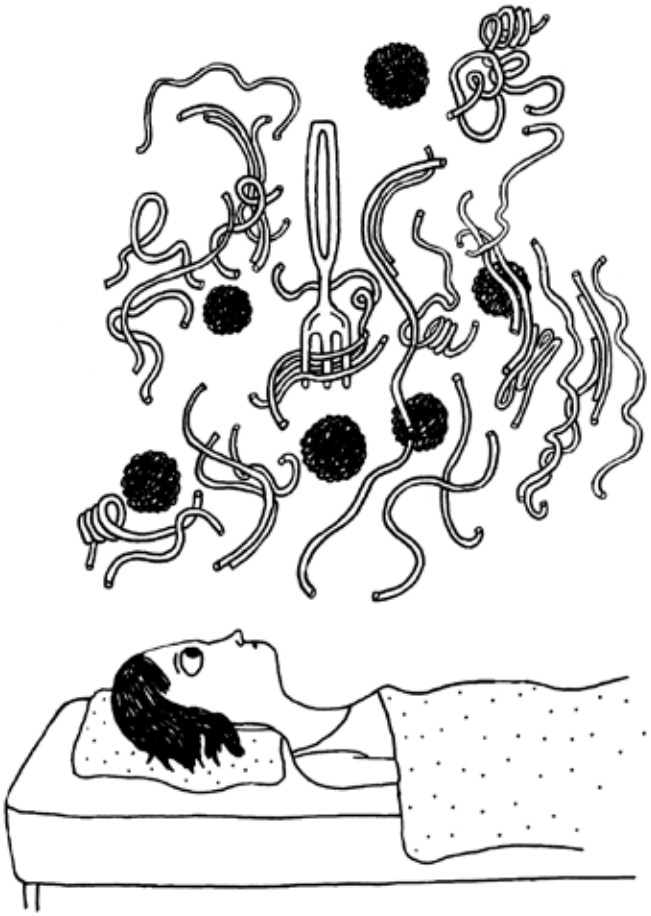
Läkartidningen

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CC9A

Att äta sig frisk ... eller sjuk – mat är centralt i vårt samhälle

Vårt förhållande till mat är inte okomplicerat. Massmediernas idealbild av en överdrivet smal kropp är en grogrund för kroppsmissnöje – en inkörsport till psykiska problem, främst depression och ätstörningar.

ULF WALLIN, med dr, överläkare, Kompetenscentrum Ätstörningar – Syd, Psykiatri Skåne, Lund ulf.wallin@skane.se



Hur och vad vi äter kan ge upphov till kroppslig sjuklighet som hjärt–kärlsjukdom och diabetes. Men huruvida det kan ge upphov till psykisk sjukdom är inte lika väl undersökt, och hittills har inte lika tydliga samband kunnat påvisas.

Om man äter för lite och hamnar i svält, blir man psykiskt påverkad, vilket hos en del känsliga individer kan utlösa ätstörning. Bantning är en vanlig utlösande faktor vid anorexia nervosa. Det finns indikationer på att undernäring tidigt i livet (0–11 år) predicerar depression och självmordstankar i senare delen av tonåren och det unga vuxenlivet [1]. Om man tvärtom äter för mycket riskerar man dock att utveckla övervikt, vilket också kan föranleda psykisk ohälsa. Så kallad hetsätningsstörning kan också ligga bakom överdrivet matintag.

Det finns i vårt samhälle en ambivalens i förhållande till mat, vilken till en del grundar sig i en rädsla för att bli tjock. I åren kring puberteten, då osäkerheten kring en själv är som störst, är man som känsligast för denna ambivalens. Ett budskap som man då kan möta via massmedier är att man duger om man är smal. För att passa in är det inte ovanligt att man börjar äta »nyttigt« och träna mer i en strävan att gå ner i vikt. Detta kan leda till för stor viktminskning och uttalad svält – en vanlig symtomstart vid anorexia nervosa. Vid anorexia nervosa är de allvarligaste symtomen, såväl somatiska som psykiska, orsakade av svälten.

Svält triggar ätstörning

Vår kunskap om hur vi drabbas av svält är mer begränsad när det gäller psykiatriska konsekvenser än somatiska. Den bästa undersökningen av svältens psykiska effekter är från 1950 [2]; man fann att svält orsakar depression och ångest samt hos ett fåtal även psykotiska symtom. De undersökta fick under försöket svårt att fungera i sitt sociala sammanhang och blev helt fixerade vid mat. I en svensk långtidsuppföljning visade sig både ångeststörningar och depression vara vanliga diagnoser under förloppet av anorexia nervosa [3]. Alla undersökta utom en hade någon gång under sjukdomsförloppet uppfyllt diagnoskriterierna för depression. Hos många var den sannolikt beroende av svälten.

Svälten i sig är en stressituation som kan utlösa anorexia nervosa, vilket finns beskrivet hos bl a vissa elitidrottare [4]. Vi har vid vår mottagning i Lund sett flera patienter som insjuknat i anorexia nervosa efter långdragen mononukleos. De hade haft svårt att svälja under någon månad, vilket ledde till uttalad viktnedgång. Först efter viktnedgången dök de anorektiska tankarna upp.

»Det finns i vårt samhälle en ambivalens i förhållande till mat, vilken till en del grundar sig i en rädsla för att bli tjock.«

Svälten är en viktig faktor även vid bulimia nervosa, ett tillstånd som präglas av hetsätning i kombination med kompensatoriskt beteende, främst kräkningar. Det bulimiska beteendet förstärks av att patienten har längre eller kortare perioder då hon/han låter bli att äta för att kompensera för hetsätningsperioderna. Detta hjälper till att förstärka »oxhungern«

SAMMANFATTAT

Mat är något som många i vårt samhälle både längtar efter och är rädda för. Rädslan utgår ofta från upptagenhet av kroppens utseende och en strävan efter att vara smal.

Psykisk ohälsa, främst ätstörningar, kan utlösas av hur man äter. Möjligen kan ADHD utlösas av vad man äter.

Primärpreventivt arbete kring ätstörningar har inte visat sig vara framgångsrikt. Tidig upptäckt av dem som insjuknat har dock visat sig förbättra prognosen.

Mat är fundamentalt vid behandling av ätstörningar och kan ha betydelse även vid andra psykiska tillstånd, t ex depression.

»Huruvida symtom kan utlösas av vad vi äter har diskuterats främst vad gäller ADHD.«

(bulimi är det grekiska ordet för oxhunger), som vanligen utlöser en hetsätningsperiod [5].

I vilken utsträckning dagens rädslor kring mat och den kulturella upptagenheten av att vara smal påverkar insjuknandet i ätstörning är oklart. Mycket talar för att förekomsten av den allvarligaste ätstörningen anorexia nervosa är konstant med en livstidsprevalens för kvinnor på 1 procent [6].

Förekomsten av bulimia nervosa ökade sannolikt dramatiskt under 1960-talet, men har sedan 1980-talet minskat. En studie har visat en minskning av punktprevalensen hos 20-åriga kvinnor från 4,2 procent 1982 till 1,7 procent 2002 (P = 0,006) [7].

Psykisk sjukdom kan ge problem med maten

Huruvida symtom kan utlösas av vad vi äter har diskuterats främst vad gäller ADHD. Utifrån hypotesen att symtom vid ADHD kan hänga ihop med överkänslighet för ämnen i maten, genomfördes en randomiserad kontrollerad eliminationsstudie i Holland på förskolebarn med ADHD [8]. Varje barn fick en individuellt utprövad eliminationsdiet, som grundade sig på ris, kött, grönsaker, päron och vatten. Dieten kunde kompletteras med potatis och andra frukter. Denna diet föreföll påtagligt kunna reducera symtom. Skillnaden mellan diet- och kontrollgruppen enligt ADHD rating scale (ARS) var 23,7 poäng (95 procents konfidensintervall: 18,6–28,8; P < 0,0001).

Det är inte ovanligt att psykisk sjukdom tar sig uttryck i problem med maten. Att äta regelbundet och näringsriktigt är en central del i självomhändertagandet (en central del av hur man tar hand om sig i vardagen), något som försämras då man drabbas av psykisk sjukdom. En depression som leder till aptitförlust med åtföljande viktnedgång kan för en del patienter innebära svältpåverkan, som i sin tur förstärker depressiva symtom. Vid flera ångesttillstånd kan det finnas uttalade bekymmer kring hur och vad man vågar äta. Vid autismspektrumstörning kan olika svårigheter kring maten uppträda, t ex selektivt ätande.

Kostråd kan starta negativ utveckling

De flesta av oss strävar efter att äta rätt. För känsliga personer kan ambitionen att försöka äta helt rätt bidra till otrygghet och psykisk ohälsa. En stark strävan efter ett hälsosamt beteende med intensivt motionerande och fokus på att äta rätt har beskrivits hänga ihop med ökad psykisk ohälsa [9]. I sin extrema form kallas det populärt för orthorexia nervosa [10]. Det är inte en formell diagnos, men begreppet har blivit alltmer vanligt och beskriver en överdriven kontroll av kosthållning och träning. Det har förts fram som en ny ätstörning, men vi vet i dag för lite om beteendet. Det finns en del som talar för att det rör sig om en tvångsmässig ångeststörning, möjligen hos personer med autismspektrumdrag.

Att äta för mycket och utveckla övervikt, som är ett dramatiskt mycket större problem än undervikt i vårt samhälle, riskerar att bidra till psykisk ohälsa. Att ge kostråd till dem som behöver gå ner i vikt kan ibland vara nödvändigt. Det finns dock en risk att det kan starta en negativ utveckling om det inte görs på rätt sätt, i synnerhet hos barn i mellanstadieåldern. De som insjuknar prepubertalt i anorexia nervosa har ofta haft hög vikt före insjuknandet, vilket talar för en förhållandevis stor risk för barn i den åldersgruppen att hamna i en överkompensatorisk viktnedgång som kan utlösa anorexia nervosa.

»För känsliga personer kan ambitionen att försöka äta helt rätt bidra till otrygghet och psykisk ohälsa.«

I en svensk studie [11] fann man att 45 patienter med prepubertalt insjuknande i restriktiv ätstörning före insjuknandet, vid 8,5 års ålder, hade haft ett BMI omräknat i SDS (Standard deviation score) på 0,42, alltså signifikant högre än populationsgenomsnittet. Kostråd om viktnedgång ska därför inte ges direkt till barnet självt, utan tillsammans med föräldrarna.

Kroppsmissnöje är en viktig faktor vid ätstörning

En viktig faktor som ofta associeras med ätstörningar är kroppsmissnöje. Kroppsmissnöje förstärks av samhällets idealiserande av en överdrivet smal kropp. Unga flickor är mest drabbade. I olika undersökningar visar det sig att missnöje med kroppen hos flickor i yngre tonåren är en prediktor för psykiska problem, främst depression och ätstörningar. Kroppsmissnöje verkar dock predicera depression i högre grad än ätstörning [12].

Riskgrupper som utvecklat bulimisk ätstörning har identifierats i studier gjorda på unga kvinnor som studerat på universitet och högskola [13]. När det gäller yngre barn och ungdomar, som riskerar att utveckla framför allt anorektisk ätstörning, finns inga säkra data. Pågående forskning talar för att en kombination av olika faktorer kan hjälpa att tidigt identifiera dem som löper störst risk. Centrala riskfaktorer verkar vara uttalad upptagenhet av kroppens vikt och form, höga nivåer av perfektionism, någon i släkten med ätstörning, överdrivet motionerande samt undervikt eller uttalad viktnedgång även om vikten är normal.

Tidiga försök att bedriva förebyggande arbete bestod i hög grad av att utbilda elever och studenter om ätstörningar. Effekten av dessa program var osäker, och det verkade även som om de kunde ha motsatt effekt [14]. Dessa interventioner var tänkta som primär prevention, men den positiva effekt som kunde uppmätas kom att handla om sekundär prevention, att de som drabbats av ätstörning kom till behandling tidigare.

På senare tid har det utvecklats preventiva program som kunnat bidra till att minska ätstörningsrelaterade symtom. Dessa har huvudsakligen använts och utvärderats bland studenter på universitet och högskola, men inte bland yngre tonåringar [15]. En uppföljning upp till tre år efter intervention visade att man kunde minska förekomsten av ospecifik ätstörning av bulimisk typ [16]. Den intervjubaserade skattningen (Eating disorder diagnostic interview) visade att ätstörningssymtom hade minskat signifikant mer i interventionsgruppen: från 11,57 till 4,77 poäng jämfört med kontrollgruppen, där ätstörningssymtomen minskade från 8,94 till 5,43 poäng.

Ingen studie har kunnat visa minskat insjuknande i den svåraste ätstörningen anorexia nervosa, och något framgångsrikt preventivt program för barn och ungdomar har ännu inte presenterats. Det är angeläget att tidigt uppmärksamma tidiga tecken på ätstörning och sätta in adekvata åtgärder, eftersom tidig behandling ger bättre prognos [17, 18].

Familjen är den primära resursen i behandlingen

Framför allt vid restriktiv ätstörning, men ibland även vid andra psykiska tillstånd, t ex depression med aptitlöshet, är det av central betydelse att behandlingen inleds med att häva undernäringen. Vid depression kan det ofta vara tillräckligt att ha rådgivande samtal med patient och föräldrar, som del av övrig behandling. Vid ätstörning är det inte tillräckligt, eftersom svälten oftast är det centrala problemet.

För patienter under 18 år med anorexia nervosa har familje-

»Kroppsmissnöje förstärks av samhällets idealiserande av en överdrivet smal kropp. Unga flickor är mest drabbade.«

baserad behandling visat sig ha bäst effekt [19]. De flesta patienter behandlas i öppenvård. Det är viktigt att behandlingen har hög intensitet i början och att familjen har återbesök med medicinska kontroller minst en gång i veckan. Efter hand som tillståndet förbättras kan besöken glesas ut.

Ett team med olika yrkeskategorier är nödvändigt; i första hand ska läkare, sjuksköterska och familjeterapeut ingå. Familjeterapin utgår från att familjen är den primära resursen, att den är en del av lösningen och inte problemet. Behandlingen fokuserar initialt på att stärka föräldrarna så att de kan hjälpa sitt barn att våga äta. Familjeterapin utgår från att finna det som fungerar – och att hitta tillbaka till det som fungerade före sjukdomsdebuten. Föräldrarna tar ansvar för maten, och med hjälp av terapeuterna hittar de fram till hur de bäst hjälper sitt barn att äta. Det finns inga enkla råd att ge; lösningarna varierar från familj till familj.

Den senaste utvecklingen av familjebehandling är att man samlar flera familjer tillsammans för att hjälpas åt att finna framgångsrika metoder mot anorexisjukdomen, s k multifamiljeterapi [20].

När patienten är i ett allvarligt medicinskt tillstånd krävs intensivare behandling. Det blir då aktuellt med heldygnsvård med familjen delaktig, antingen i familjebehandlingslägenhet eller i sedvanlig slutenvård.

Som vid anorexia nervosa fokuserar behandling vid bulimia nervosa initialt på att föräldrarna engageras i att hjälpa sitt barn att äta normalt och regelbundet. Till skillnad från behandling vid anorexia nervosa har man fokus på att arbeta med relationerna i familjen redan från början. Slutenvård blir sällan aktuell.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

SUMMARY

In our modern Western society lifestyle-related health problems have received much attention, often concerning food and eating. There is a lot of anxiety with regard to food and body shape. Young people trying to deal with this easily get into profound uncertainty. Mental disorders such as eating disorders and depression are conditions that are affected by how you eat. Little is known about potential risk factors and early symptoms of eating disorders, but early intervention has been shown to reduce the severity of the disorder. Food as part of a therapy is crucial not only in the treatment of eating disorders, but also when treating mental disorders such as depression. Family-based treatment has the strongest scientific evidence in the treatment of anorexia nervosa in children and adolescents.

REFERENSER

1. McIntyre L, Williams J, Lavorato D, et al. Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger. J Affect Disord. Epub 28 dec 2012.
2. Keys A, Brožek J, Henschel A, et al. The biology of human starvation. Oxford, England: University of Minnesota Press; 1950.
3. Wentz E, Gillberg C, Anckarsäter H, et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. Br J Psychiatry. 2009;194:168-74.
4. Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in elite female athletes. Int J Sport Nutr. 1993; 3:29-40.
5. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979;9:429-48.
6. Bulik C, Sullivan P, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:305-12.
7. Keel P, Heatherton T, Dorer D, et al. Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. Psychol Med. 2006;36:119-27.
8. Pelsser L, Frankena K, Toorman J, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. Lancet. 2011;377: 494-503.
9. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, et al. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self- administered questionnaire (ORTO-15). Eat Weight Disord. 2011;16:127-30.
10. Rössner S. Orthorexia nervosa – en ny sjukdom? Läkartidningen. 2004;101:2835.
11. Swenne I, Thurfjell B. Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. Acta Pediatr. 2003;92:1133-7.
12. Marmorstein N, von Ranson K, Iacono W, et al. Prospective associations between depressive symptoms and eating disorder symptoms among adolescent girls. Int J Eat Disord. 2008;41:118-23.
13. Jacobi C, Fittig E, Bryson SW, et al. Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. Psychol Med. 2010;41:1939-49.
14. Carter JC, Stewart DA, Dunn JV, et al. Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? Int J Eat Disord. 1997; 22:167-72.
15. Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009;8:199-207.
16. Stice E, Rohde P, Shaw H, et al. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. J Consult Clin Psychol. 2011;79:500-8.
17. Le Grange D, Loeb KL. Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. Early Interv Psychiatry. 2007;1:27-39.
18. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. Br J Psychiatry. 2011;199:5-7.
19. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord. 2013;46:3-11.
20. Scholz M, Rix M, Scholz K, et al. Multiple family group therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. J Fam Ther. 2005;27:132-41.