



Af Birgitte Hartvig Schousboe

Kontakt

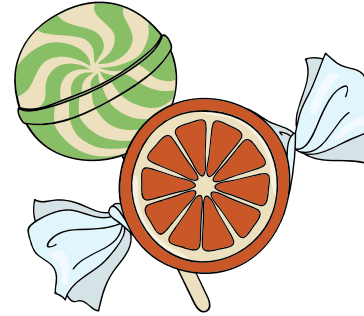
birgitte@bedklinikken.
dk

Biografi

Birgitte Hartvig Schousboe er Ledende psykolog & partner i BEDklinikken.

Binge Eating Disorder

(BED)



Flere og flere danskere lider af tvangsoverspising, aktuelt 40.000. Tilstanden kendes som "Binge Eating Disorder" (BED) og er en spiseforstyrrelse med store helbredsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser. I en tid med stigende overvægt er det vigtigt at have denne diagnose for øje, da den adskiller sig markant fra overvægt uden en spiseforstyrrelse, og der findes hjælp og henvisningsmuligheder

Tvangsoverspising, også kaldet "Binge Eating Disorder" (BED), er en ny spiseforstyrrelsesdiagnose, som kom med i det amerikanske diagnosesystem (DSM-5) i 2013, og den forventes at komme med som selvstændig diagnose i ICD-11. Ca. 40.000 danskere menes at lide af BED, hvilket er lige så mange, som lider af anoreksi og bulimi tilsammen (4). I december 2018 uddelte Sundheds- & Ældreministeriet over 60 mio. kr. til at udvide kapaciteten til behandling af spiseforstyrrelser over de næste 3 år – særligt målrettet behandling af BED. Otte projekter fordelt over hele landet fik midler, heraf syv til behandling af BED.

Diagnosekriterier

BED er præget af hyppige, tilbagevendende episoder med overspising minimum én gang om ugen, men ofte mere, over en periode på min. 3 måneder. I forbindelse med en overspisingsepisode indtager patienten på kort tid (op til 2 timer) en usædvanlig stor mængde mad. Overspisingerne er forbundet med kontroltab samt betydeligt fysisk og psykisk ubehag. Kontroltabet indebærer, at personen er ude af stand til at stoppe med at spise eller begrænse typen eller mængden af spist mad. Nogle

beskriver, at de kommer i en næsten dissociativ tilstand. Overspisninger med kontroltab defineres som bulimiske overspisninger, hvilket altså ikke har noget med opkastninger at gøre. For at opfylde diagnosekriterierne skal overspisningerne være forbundne med minimum tre af følgende karakteristika: at spise hurtigere end normalt, at spise indtil ubehagelig mæthedfølelse, at spise større mængder mad uden at være sulten i fysisk forstand eller at spise alene pga. skam. Spiseforstyrrelsen påvirker patienten i voldsom grad og er ofte ledsaget af negative følelser såsom skyld eller væmmelse ved sig selv. Der kan forekomme restriktiv spisning, men i modsætning til bulimi er overspisningerne ikke ledsagede af systematisk kompenserende adfærd – fx selvfrekaldte opkastninger, misbrug af afføringsmidler eller tvangsmotion. Derfor er det ofte med overvægt eller endda ekstrem fedme til følge (1).

Psykiske symptomer

Der findes en række Psykiske symptomer, som ikke er særegne for spiseforstyrrelser, men som ofte er tilbagevendende temaer i spiseforstyrrelsesbehandling. Følelser og kropslige fornemmelser blandes sammen, kaldet forstyrret interoceptiv perception, og overspisninger har ofte en affektregulerende funktion, hvor svære følelser, problemer eller konflikter dulmes med store mængder mad.

Figur og vægt har stor indflydelse på selvopfattelsen for en person med spiseforstyrrelse, og mange døjer med ekstremt lavt selvværd. Patienter med BED skammer sig som regel over deres vægt, og nogle beskriver, at de slet ikke er i kontakt med deres krop. Mere eller mindre velmenende kommentarer om vægt og udseende forstærker blot det lave selvværd og væmmelse.

Andre Psykiske symptomer kan være dikotom tænkning, perfektionisme og i sidste ende ensomhed og social isolation. Det er skamfuldt at miste kontrollen og spise for meget mad, og mange holder spiseforstyrrelsen skjult i årevis. Nogle undgår sociale arrangementer, hvor man forventes at spise sammen med andre, eller undgår helt at gå ud. Dette kan blive til en ond cirkel af ensomhed, social isolation, lavt selvværd og overspisninger.

Forekomst og komorbiditet

Det kan være svært selv på en specialiseret enhed at afgøre, hvornår diagnosekriterierne er opfyldt, og der er metodologiske problemer i relation til assessment. I spørgeskemaer som EDE-Q, hvor patienten bl.a. selv scorer antallet af bulimiske overspisninger, rapporteres hyppigheden

Foto 1 /
Foto: Privat



højere end i semistrukturerede interviews som fx Eating Disorder Examination (EDE) (2). I internationale studier varierer opgørelser over forekomst derfor fra 1 til 3 % af befolkningen, igen afhængig af assessment-metoden (3). Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport om spiseforstyrrelser fra 2005 menes op mod 3 % af kvinder mellem 16-45 år at have BED, og at der for hver mand er ca. to-tre kvinder med denne spiseforstyrrelse (4).

Patienter med BED har det også skidt på andre områder, end når det gælder krop, vægt og mad, og en del har tidligere i livet søgt behandling for andre psykiatriske lidelser som depression og angst. Undersøgelser har vist, at 22 % lider af angst, og at 58 % i livsløbsperspektiv udvikler svær depression (3). Mange har været udsat for mobning, seksuelle overgreb, alkohol i familien eller andre former for omsorgssvigt i opvæksten.

BED i relation til overvægt og bulimi

Overvægt og spiseforstyrrelse er to forskellige ting, men der er forhold, som binder de to typer lidelse sammen. Overvægt betragtes som en risiko-

faktor for udvikling af spiseforstyrrelser, og det øger risikoen for tilbagefald efter psykologisk behandling (5). BED fører på den anden side til overvægt og kan være medvirkende til, at overvægtsbehandling ikke lykkes.

Perioder med forsøg på restriktiv spising kan føre til, at tankerne hele tiden kredser omkring mad. Mange beskriver, at de har haft et livslangt fokus på slankekur og vægttab, som for de flestes vedkommende blot har resulteret i store vægtudsving, yoyo-vægt. De har desuden et mere kaotisk og ustruktureret spisemønster med større kalorieindtag mellem overspisningerne og en markant højere kropsutilfredshed end overvægtige, der ikke har en spiseforstyrrelse (1, 3, 6).

Set i relation til overvægtige uden en spiseforstyrrelse ser patienter med BED ud til at udvikle større overvægt, have et mere kaotisk spisemønster og have en markant højere kropsutilfredshed (1, 5, 6).

Set i relation til bulimi er mængden af kalorier indtaget i forbindelse med overspisninger ofte mindre hos patienter med BED end ved bulimi, som omvendt spiser mere restriktivt til almindelige måltider. I modsætning til bulimi, der som regel starter i forbindelse med en slankekur, starter BED ofte med overspisninger, og forsøg på vægttab kommer først til senere. Enkelte har tidligere lidt af anoreksi eller bulimi.

Overvægtsproblemerne ved tvangsoverspisning bliver ofte først udtalte i 25-30-årsalderen, det vil sige adskillige år efter sygdomsdebut i 18-årsalderen. Blandt overvægtige er forekomsten af tvangsoverspisning ca. 8 %, og op til 15 % af dem, der søger behandling for deres overvægt, har tvangsoverspisning. Blandt ekstremt overvægtige er forekomsten af BED mellem 15 og 50 %, og hos patienter, der gennemgår kirurgisk behandling af fedme, angives prævalensen mange steder at være omkring 1/3 (3, 7).

Overvægt og fedme opleves af de fleste som stigmatiserende, og overvægt bliver ofte knyttet til dovenskab og manglende karakterstyrke. Mange patienter med BED oplever at blive mødt med kommentarer om deres vægt og udseende, og både patienten selv, de pårørende og praktiserende læge kan være tilbøjelig til at fokusere på vægt og vægttab. En slankekur afhjælper imidlertid ikke spiseforstyrrelsessymptomerne, og patienter med BED tager hurtigere det tabte på igen end overvægtige uden en spiseforstyrrelse (3, 6). Det er derfor vigtigt, at spiseforstyrrelsen diagnosticeres og behandles før evt. vægttab.

Behandling

Internationalt er behandlingslitteraturen vedr. BED mere end fordoblet i løbet af det sidste årti, hvilket vidner om, at det er et subspeciale med øget bevågenhed (8). I Ambulatorium for Spiseforstyrrelser på Psykote-

rapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstadens Psykiatri startede man i 2003 den første behandling for BED i Danmark. I 2013 fik ambulatoriet SATS-puljemidler til "Erfaringsopsamling vedr. BED" – et projekt, der løb fra 2013-2016 (9). BED-behandlingen på Stolpegård er afsluttet, men BED-klinikken har fået puljemidler til at reetablere det samme behandlingskoncept.

Behandlingen består af gruppeterapi i 25 uger ved psykologer og kostvejledning ved klinisk diætist ligeledes i gruppe. Patienterne tilbydes desuden 10 ugers kropsterapi (B-BAT) i gruppe ved fysioterapeut. Alle patienter ses af en speciallæge i psykiatri, og der indgås et tæt samarbejde med egen læge vedr. blodprøver og somatiske komplikationer.

Patienterne vægrer sig ofte ved gruppeterapi. De er skamfulde og bekymrede for at fortælle andre om overspisningerne, men det har vist sig, at gruppeterapi har en positiv effekt for netop denne patientgruppe. Det er en lettelse at være blandt ligesindede, hvor man kan spejle sig i de andre, og for mange bliver det den første positive oplevelse af at være en del af en gruppe.

Alle patienter skriver kostdagbog, hvor der arbejdes med sammenhængen mellem tanker, følelser og oplevelser, og mad, vægt og spisning. Hver dag udfylder personen døgnrytme, måltider og evt. overspisninger eller andre spiseforstyrrelsessymptomer. Hvor det er relevant, noteres medicin eller fx blodsukker og insulinindtag. Parallelt noteres følelser, tanker og adfærd, og ved at arbejde med sammenhænge og mønstre får patienten indblik i sin egen affektregulering og kan udvikle mere hensigtsmæssige copingstrategier.

Undersøgelser peger på, at hurtig igangsættelse af konkrete adfærdsændringer øger sandsynligheden for et vellykket behandlingsforløb for patienter med spiseforstyrrelse (10). Første fase af behandlingen er derfor orienteret mod adfærdsændringer. Små ændringer kan inspirere til nye ændringer og oplevelsen af at genfinde kontrollen. Tre faktorer spiller en afgørende rolle i forbindelse med overspisninger, *sult*, *følelser* og *vane*. Disse adresseres i behandlingen.

I forbindelse med overspisninger indtager personen en stor mængde mad og får det ekstremt skidt. Han/hun forsøger efterfølgende at begrænse kalorieindtaget ved fx at springe måltider over eller spise meget lidt. Det fører til en alt for stor sult, som gør det svært at modstå næste overspisning. Dermed er en ond cirkel i gang. Behandlingen starter derfor med at forebygge sult. For at mindske sulten introduceres *mekanisk spisning*, som i al sin enkelhed går ud på at spise tre hovedmåltider og to til tre mellemmåltider i løbet af en dag, begyndende med et morgenmål-

tid inden for den første time. Det er vigtigt at fastholde dette mønster, uanset om der er overspisninger eller ej, hvilket kan være en stor udfordring for patienten. Når patienten spiser mekanisk, kan diætisten se på kostens sammensætning og kroppens behov for næringsstoffer. Når sulten er minimeret, bliver det desuden tydeligere, hvornår overspisningerne er følelsesmæssigt betinget, og hvornår de udspringer af vane.

Overspisninger er ofte udløst af svære følelsesmæssige situationer, og der arbejdes med at finde mere hensigtsmæssige måder at håndtere konflikter og følelser på. Overspisninger kan efter længere tid også få vanemæssig karakter, hvor det kan være svært at afværge en overspisning i bestemte situationer eller på bestemte tidspunkter. Nogen har givet helt op. Et led i behandlingen bliver adfærdsterapeutisk at bryde disse mønstre helt konkret: at sørge for at være sammen med nogen, at gå en anden vej hjem, at slukke fjernsynet, når man spiser, eller at have en madpakke med i tasken.

Psykofarmaka

Psykofarmakologisk behandling er relevant ved komorbid depression eller angst. Høje doser af antidepressiva reducerer også trangen til overspisningsanfald, men reducerer ikke vægten (7, 8). Psykofarmakologisk behandling bør dog ikke stå alene, da virkningen på overspisningsanfald aftager/ophører efter få måneder. Appetithæmmende og antiepileptisk medicin har effekt på både overspisningsanfald og overvægt, men i Danmark bliver sidstnævnte præparater ikke brugt i behandlingen af tvangsoverspisning (7).

Vægttab og kirurgi

Vedrørende vægttab konkluderes det i rapporten fra SATS-puljeprojektet på PC Stolpegård fra 2013-2016, at det ikke er hensigtsmæssigt at arbejde med vægttab som en del af behandlingen for BED, idet det meget ofte vil forværre spiseforstyrrelsessymptomerne. I stedet stiles mod at holde patienten vægtstabil, og vægttab bør først forsøges, når spiseforstyrrelsen har været i ro gennem længere tid. Endelig konkluderes det, at vægttab hos tidligere BED-patienter er en specialopgave, der bedst varetages af personer med kendskab til BED (9).

Tvangsoverspisning er i Danmark og andre lande en kontraindikation for at lade svært overvægtige personer få foretaget bariatrisk kirurgi, da mange studier har vist at forekomst af tvangsoverspisning prædikterer et dårligt behandlingsresultat (7). Der er ikke lavet randomiserede studier vedr. kirurgisk vægttabsbehandling og BED (8).

Henvisningsmuligheder

7 behandlingssteder fordelt over hele landet har fået puljemidler fra Sundheds- & Ældreministeriet til behandling af BED fra 2019-2021. Det er ikke nødvendigt med en henvisning fra egen læge for at blive tilbudt udredning og behandling.

- Askovhus: "Dialektisk adfærdsterapi til personer med BED".
- BEDklinikken: "Specialiseret tværfaglig, fokuseret og faseopdelt behandling af spiseforstyrrelsen BED af moderat grad".
- Københavns Klinik for Spiseforstyrrelser: "Individuel og gruppebehandling af spiseforstyrrelser (pakkeforløb), herunder BED og pårørendesamarbejde, der er baseret på en kognitiv adfærdsterapeutisk behandlingsmodel (CBT)".
- Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS): "Landsdækkende behandling af patienter med mild til moderat BED".
- Region Midtjylland: "Binge Eating Disorder (BED) behandling på Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Midtjylland".
- Region Syddanmark (Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik OUH): "Kognitiv gruppeterapi af personer med BED".
- Region Syddanmark (Psykiatrien): "Behandling af BED i Region Syddanmark – pilottest af ambulante forløb og internetbaseret behandling".

Effekt af behandlingen

I en metaanalyse af psykologisk og medicinsk behandling af BED fra 2019 konkluderes det, at psykoterapi har signifikant højere effekt på nedbringelse af overspisningsepisoder og fuld remission sammenlignet med kontrolgrupper, strukturerede selvhjælpsprogrammer, vægttabsprogrammer og kombinationsbehandling. Desværre er der få studier med langsigtet followup, men på tværs af forskningsstudier ser det ud til, at 45-54 % af patienterne er i fuld remission efter endt behandling (8).

Lignende resultater ses fra SATS-puljeprojektet på PC Stolpegård, hvor der i afrapporteringen til Sundhedsstyrelsen blev konkluderet, at 92 % af patienterne efter endt behandling ikke opfyldte DSM-IV-kriteri-



BMI beregning – plan for vægttab
- https://www.medibox.dk/doc?doc_id=4045

erne for BED, og heraf fik 56 % fuld remission (ingen overspisninger den seneste måned), 31 % fik partiel remission (færre end 4 overspisninger den seneste måned). I alt havde 96 % reduceret antallet af overspisninger ved behandlingsafslutning. Dette er generelt bedre resultater end for behandling af anoreksi og bulimi (9).

Afgørende patientvariable for effekten af psykoterapi (målt i partiel, men ikke fuld remission) ser ud til at være: lavere alder, lavere BMI, og kvinder ser ud til at have bedre effekt af behandlingen end mænd. Endelig hænger antallet af overspisninger ved behandlingsstart sammen med større reduktion i overspisninger (8).

Råd og henvisningsmuligheder

Det er vigtigt at skelne mellem overvægt/fedme og BED. Mange overvægtige har dårlige vaner, spiser for meget eller spiser forkert, men de har ikke store overspisninger med kontroltab. Det er derfor vigtigt at afdække, om patienten har bulimiske overspisninger ledsaget af ekstremt ubehag.

Patienter med BED har ofte store vægtudsving, selvom de rapporterer om begrænset kalorieindtag. De er stærkt forpinte og har ekstrem kropsutilfredshed og lavt selvværd. Vægttab er muligt, men forstærker spiseforstyrrelsessymptomerne, og de tabte kilo tages hurtigt på igen. Det er derfor vigtigt at fokusere på reduktion af overspisningerne frem for vægttab. Patienten kan stabiliseres med hjælp til regelmæssig spising og fokus på stabil vægt. Arbejdet med spiseforstyrrelsessymptomer kræver specialiseret behandling. ●

Interessekonflikter: *ingen angivet*

Hovedbudskaber

1. Ca. 40.000 danskere menes at lide af BED, hvilket er lige så mange, som lider af anoreksi og bulimi tilsammen (4).
2. BED adskiller sig fra fx bulimi ved, at der ikke er kompenserende adfærd som fx opkastninger eller tvangsmotion
3. Overspisninger er ofte udløst af svære følelsesmæssige situationer, og der arbejdes i terapien med at finde mere hensigtsmæssige måder at håndtere konflikter og følelser på.

Litteratur

1. American Psychiatric Association. (2013) Binge-Eating Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington DC, 350-354.
2. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. (2001) A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2.
3. Tuschen-Caffier B, Schlüssel C. (2005) Binge-Eating Disorder: A new eating disorder or an epiphenomenon of obesity? In: Munsch S & Beglinger C (eds.): *Obesity and Binge Eating Disorder*. Karger, Basel, 138-148.
4. Sundhedsstyrelsen. (2005) Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. <http://www.sst.dk>
5. Waaddegaard M, Davidsen M, Kjølner M. (2009) Obesity and prevalence of risk behaviour for eating disorders among young Danish Women. *Scandinavian Journal of Public Health* 37: 736-743.
6. Marcus MD. (1997) Adapting treatment for patients with Binge-Eating Disorder. In: Garner DM & Garfinkel PE. (eds.): *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). Guilford Press, New York, 484-493.
7. Waaddegaard M & Lau M. (2011) Fedme og spiseforstyrrelser. In Eds. Ole Lander Svendsen et al. *Danmark. Adipositas – sygdom, behandling og organisation*. Munksgaard.
8. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, & Schmidt R. (2019) Meta-Analysis of the Efficacy of Psychological and Medical Treatments for Binge-Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 87, no. 1: 91-105.
9. Erfaringsopsamling vedrørende Binge Eating Disorder (BED) – j. nr. 4-1613-26/2 (2016), Sundhedsstyrelsen.
10. Nazar BP, Gregor LK, Albano G, Marchica A, Lo Coco G, Cardi V & Treasure J. (2016) Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*. John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association.