

Binge Eating Disorder

Hvordan
hjælper
vi
vores
patienter
bedst?

Else Marie Olsen
PhD, eks.lektor, afsnitsledende overlæge
Ambulatoriet for spiseforstyrrelser, PC-Ballerup

Baggrund

- Hvad, hvem, hvor mange, hvorfor ...

Spørgsmål / dialog med sidemanden?

Behandling

- Evidens fra forskningen?
- Tilbud i Region Hovedstaden
- Hvad kan Almen Praksis gøre?

Spørgsmål & evaluering af dagen



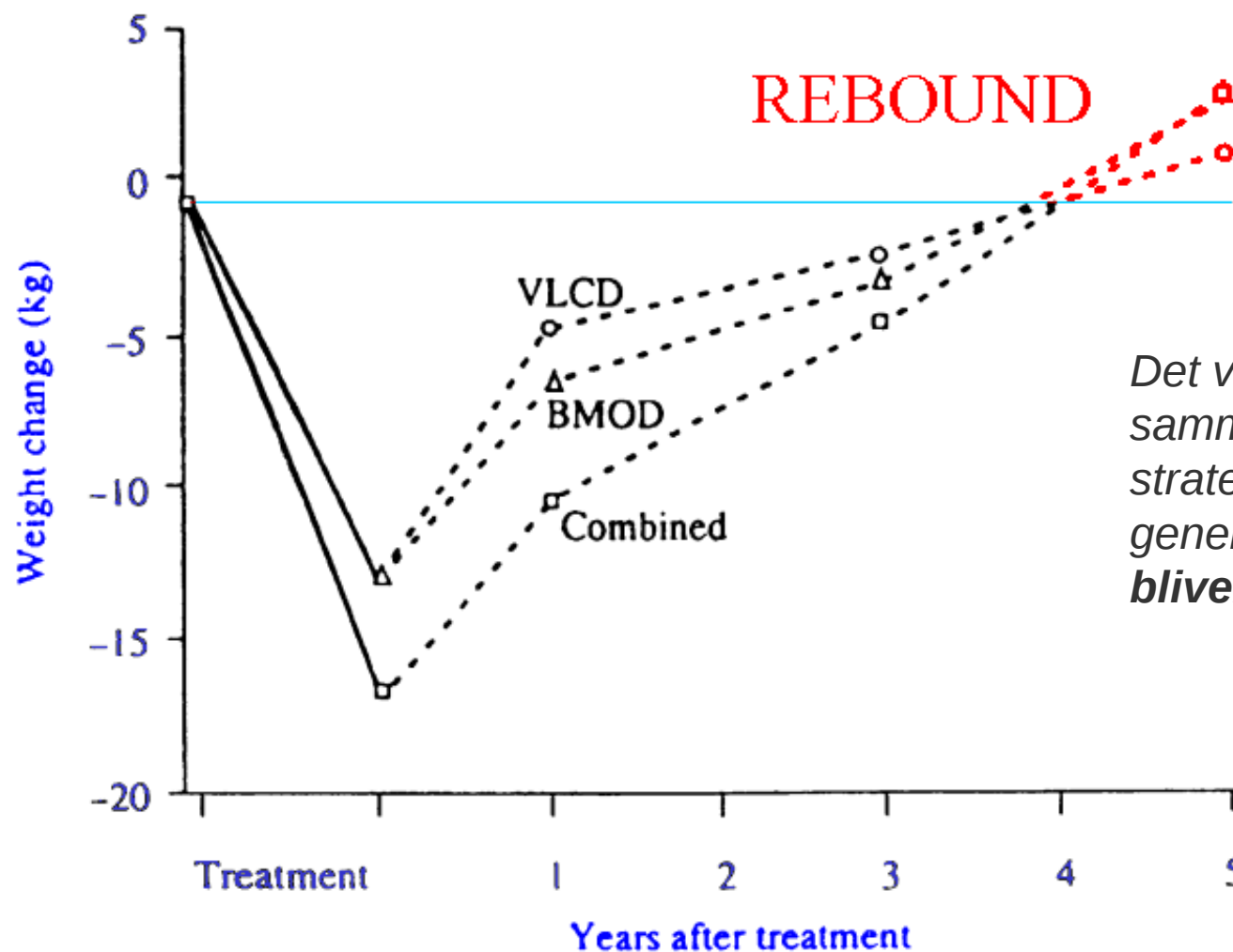


A cartoon illustration of a doctor with a mustache, wearing a white lab coat and a stethoscope, pointing upwards with his right hand and holding a first aid kit with his left hand.



<https://www.ncfo.dk/om-forskning/overordnede-forskningstemaer/sygdom-og-behandling/om-overvaegt-og-behandling/>

But ... as far as we know



*Det væsentligste problem i denne sammenhæng er, at de anvendte strategier til opnåelse af væggtab generelt **ikke har resulteret i blivende væggtab** (SST 1999).*

Intervention i forhold til overvægt

Der stod overraskende lidt om spiseforstyrrelser – og intet om BED!

.. det kan ikke udelukkes, at der kan være utilsigtede effekter
... af en indsats, der fokuserer på slankhed i befolkningen generelt.

WHO .. konkluderer ...at masseinterventionsprogrammer,
som sigter mod et generelt vægttab i en befolkning, skal være
omhyggelige med at balancere strategien i forhold til
risikoen for at inducere en øget forekomst af spiseforstyrrelser

.... **kostintervention .. bør .. være begrænset**, da der er risiko for, at
kostinterventionsstrategierne giver anledning til udvikling af spiseforstyrrelser.

Fokus i behandlingsøjemed bør derfor **primært rettes mod det fysiske aktivitetsniveau
og inddrage sociale og familiemæssige forhold.**





Livsstilsintervention (voksne)

= **helhedsorienteret indsats** mhp at
opnår et blivende vægttab
eller **vægtvedligeholdelse**
samt bedre **livskvalitet og trivsel...**

*... aktører bør have kendskab til lokale tilbud om
livsstilsintervention ...*

*... desuden kende til eksisterende regionale tilbud,
herunder til specialiseret behandling, medicinsk eller
kirurgisk, som findes på sygehus.*

Målgruppen ... spiseforstyrrelse er udelukket

*"Voksne med **spiseforstyrrelser**, herunder **BED**,
har **behov for et andet tilbud ...**"*

HVAD ER BED?

Overspising (binge eating)

DSM-5 (2013)

*“ .. an amount of food that is definitely **larger** than most people would eat..”*

ICD-11 (2019 → i Danmark 2026?)

*“ .. eating notably **more** or **differently** than usual ..”*

.. in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period). (DSM-5)

.. a distinct period of time ... (ICD-11)

BED i flg. DSM-5 kriterier



Eating a large amount
of food in a short
periode of time



Lack of control over
eating during the
episode



Episodes average at
least once per week
for 3 months



No regular use of
inappropriate
compensatory
behavior

OBS: Det drejer sig ikke kun om opkastning

**Binge eating is experienced
as very distressing**

BED typisk ledsaget af (DSM-5 kriterier)



Eating occurs much more rapidly than normal



Eating until feeling uncomfortably full



Eating when not feeling physically hungry



Eating alone because of being embarrassed by how much one is eating



Episodes are followed by distress, including feelings of disgust and depression

Binge-eating disorder

- *Tvangsmæssige **overspisningsanfald** med **kontroltab** (= binge-eating)*
- *Overvældende følelse af skyld og skam*
- *Tilbagevendende episoder (≥ 1 / uge)*
- ***Fravær af** regelmæssig (uhensigtsmæssig) **kompenserende** vægtkontrollerende adfærd*

Men hvordan
skelner jeg
mellem BED og
Bulimi?



Bulimia nervosa

- *Tvangsmæssige **overspisningsanfald** med **kontrolltab** (= binge-eating)*
- *Overvældende følelse af skyld og skam*
- *Tilbagevendende episoder ($\geq 1/$ uge) ICD-11*
-  *regelmæssig (uhensigtsmæssig) **kompenserende** vægtkontrollerende adfærd*

Bliver det så
Bulimi når min
patient er på
diæt?



Yo-Yo-vægt ?

Forløbsbeskrivelse

Spiseforstyrrelser, voksne



Forløb i almen praksis

Diagnostisk screening

Eating Disorder Screen for Primary Care; Cotton et al. 2003.

SPØRGSMÅL TIL VOKSNE

1*: Er du tilfreds med dine spisevaner? **Nej**

2*: Påvirker din vægt, hvordan du har det med dig selv? **Ja**

3: Spiser du nogensinde i hemmelighed? **Ja**

4: Lider du nu eller har du nogensinde lidt af en spiseforstyrrelse? **Ja**

≥ 2 "positive" svar: Spiseforstyrrelse sandsynlig

* de to spørgsmål, der bedst identificerer en evt. spiseforstyrrelse

Case-eksempel fra henvisning

1. *Diagnose: Spiseforstyrrelse/ BED - interm. restriktiv spisning/ øget motionering*
2. *Aktuelle symptomer: ...udviklet spiseforstyrrelse (som ung) med ... overspisning
Som voksen svingende tilstande med øget kontrol og orthorexi.
Har tabt sig fra 110 kg til nu ca 70 kg.
. efter stresset halvår .. tiltagende spisetrang og overspisning igen.
. indre uro og dårlig nattesøvn... klar over relationen mellem psykisk belastning og overspisning.*
3. *Tild. psykisk: ... angstproblematikker og psykolog forløb (psykisk syg far m. depressioner)*
4. *Somatiske lidelser: .. er bilat hofteopereret*
5. *Motivation for behandling: Meget stor*
6. *Sociale forhold: Er i arbejde ... nedsat tid; glad for sit arbejde.*
7. *Medicinstatus: %*
8. *Misbrug: % - Kun af mad..*

SCOFF → bedre!

(Sick, Control, One stone, Fat, Food)

1. Kaster du nogensinde op (med vilje), fordi du føler dig ubehageligt mæt?
2. Er du bange for, at du har mistet kontrollen over, hvor meget du spiser?
3. Har du for nyligt tabt dig mere end 6-7 kg på tre måneder?
4. Synes du, at du er for tyk, selvom andre siger, du er tynd?
5. Vil du sige, at mad dominerer (styrer) dit liv?

≥ 2 x ja

HVEM & HVOR MANGE

Forekomst (DSM-5): Voksne

Livstidsforekomst blandt kvinder

USA:	2-5%	<i>Brownley et al 2016, Hutson et al 2017, Kornstein 2017, Guerdjikova et al 2019, Udo & Grilo 2018, Wassenaar et al 2019</i>
WHO:	1,9%	<i>Erskine & Whiteford 2018 (the World Mental Health Survey)</i>
Europa & Nordiske lande:	1.0-5.8%	<i>Smink et al 2014, Keski-Rahkonen & Mustelin 2016, Dahlgren et al 2018</i>

Fysiske helbredsproblemer(voksne)

- **Type II diabetes:** op til 20% med BED *Harris et al 2020 (review)*
- Forhøjet blodtryk *Thornton et al 2017*
- Men også ikke direkte vægt-relaterede sygdomme:
*Kober & Boswell 2018, McCuen-Wurst et al 2018,
Udo & Grilo 2019; Wassenaar et al 2019*

Øget forbrug af sundhedsydelser og **omkostninger** *Ágh et al 2016; Smink et al 2013*

Øget dødelighed: standard mortalitets-rate: 1,5 - 2.3

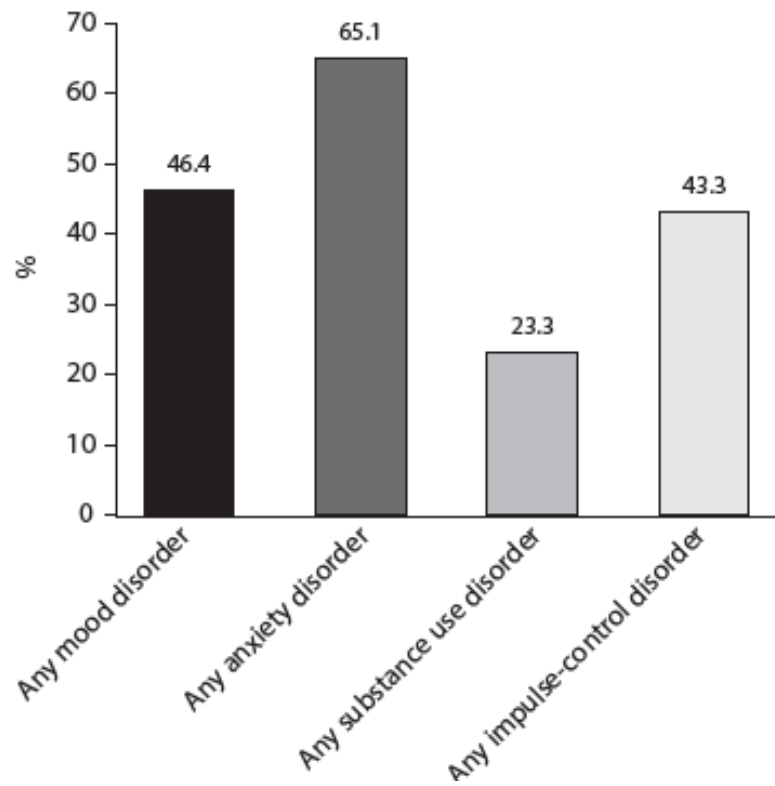
Smink et al 2012; Fichter et Quadflieg 2016

- Kvinder : Mænd = 3 : 1.
- Debutalder 18 - 25 år → nok yngre!
- Risikofaktorer
 - Vægtrelateret: mobning, forældres kommentarer til vægt, mad/spisning, overvægt, kropsutilfredshed (deler med overvægt)
 - Traumer
 - Psykologiske: perfektionisme, sort/hvid tænkning, lavt selvværd

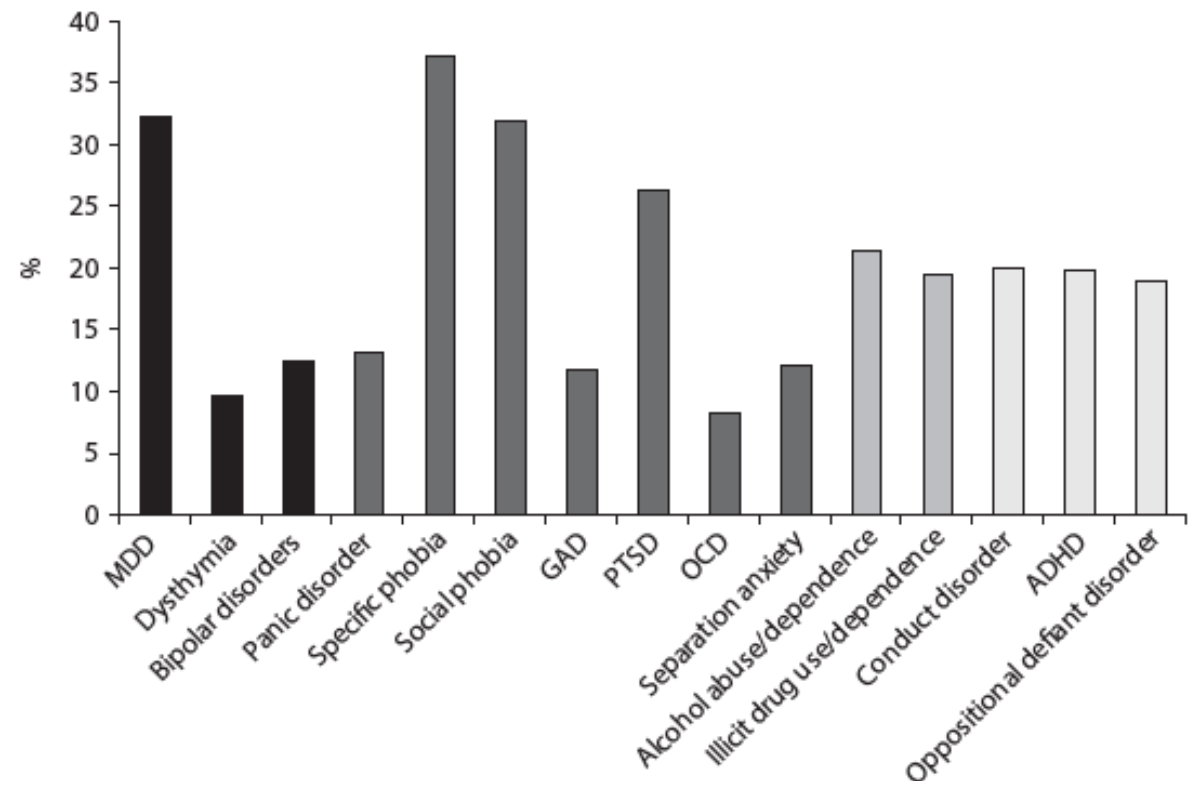
Erskine & Whiteford 2018, Dahlgren et al 2018

Psykiatrisk komorbiditet

A. Rate of Comorbidity by Disease Category



B. Rate of Comorbidity by Specific Illness

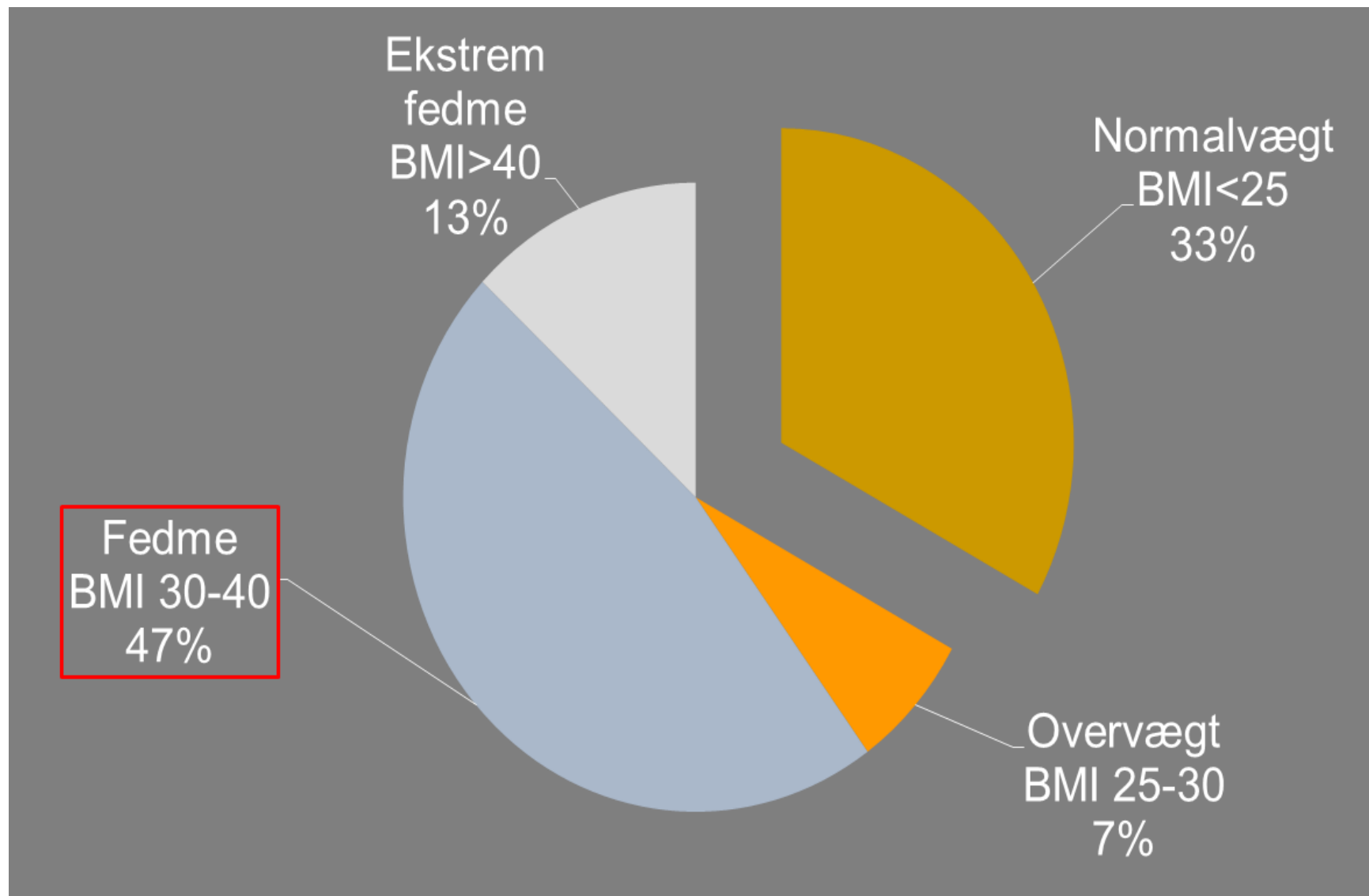


BED & vægt

Patienten er
overvægtig, så
må det vel være
BED ?



Blandt voksne med BED



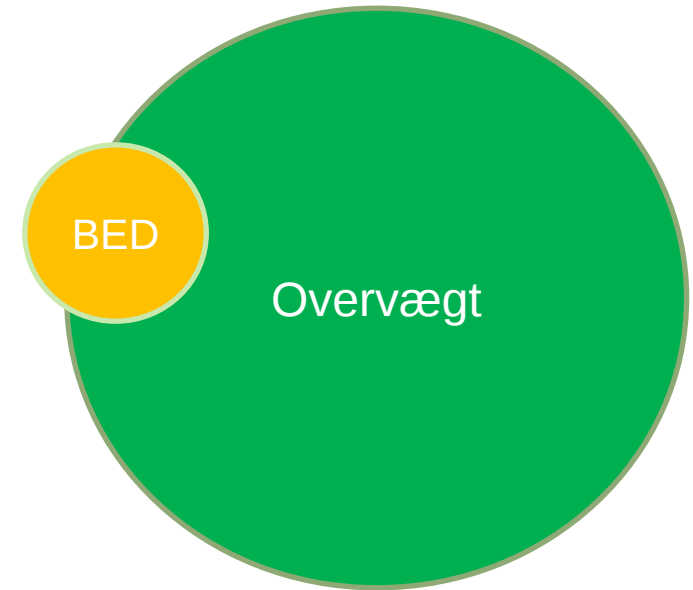
Ikke alle med BED har overvægt

1/3 er normalvægtige,
men andelen stiger med alder og sygdomsvarighed

Ikke alle med overvægt har BED

ca 8% af mennesker med overvægt/fedme har BED

Dog 15-30 % af mennesker i vægttabsbehandling!

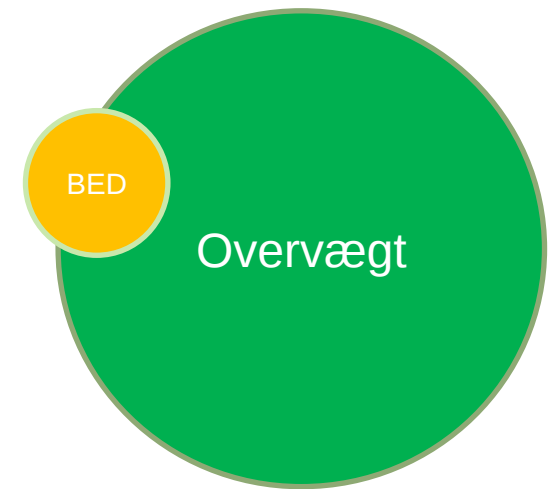


Hudson et al. *Biol. Psychiatry* **61**, 348–358 (2007).

Dingemans et van Furth. *Int. J. Eat. Disord.* **45**, 135–138 (2012)

Benzerouk et al 2020, Agüera et al 2021(review), Kessler et al 2013 (WHO survey)

Overvægtige *med* BED vs overvægtige *uden* BED



Mindre kontrol over spisning

- Større portioner
- Mere kaotisk spisemønster

Højere grad af spiseforstyrrelsessymptomer

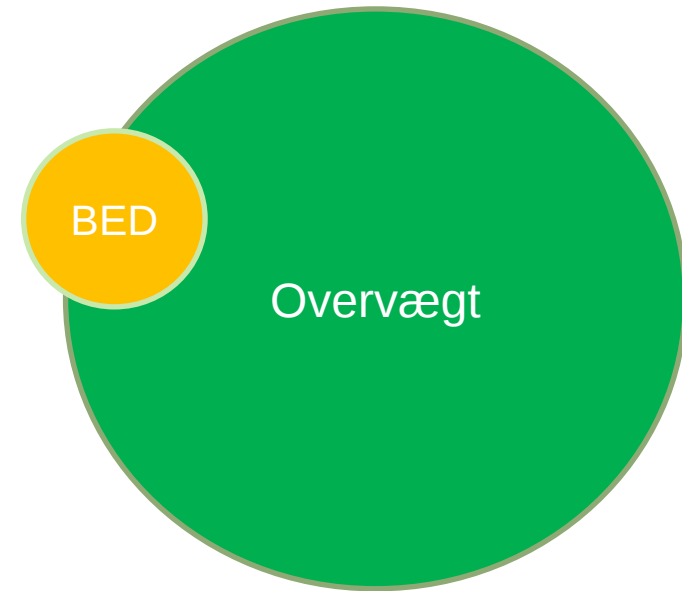
- Kropsutilfredshed, Overvurderer betydningen af vægt og figur for selvopfattelse, Større grad af fedmefølelse, Ubehag og undgåelse af at se sin krop, Frygt for vægtøgning, Spisebekymring

Højere forekomst af andre psykiske lidelser

Dårligere livskvalitet

Ramacciotti et al, 2008,, Rieger et al,2005)

BED med overvægt vs BED *uden overvægt*



Normalvægtige er yngre

Samme grad af spiseforstyrrelsessymptomer

Dingemans et al, 2012, Didie et al, 2005

Forekomst: 1-5% blandt unge - med **høj kontinuitet** ind i voksenalder

Smink et al 2014, Marzilli et al 2018; Kjeldberg & Clausen 2021

Debut-alder:

17-23 år

*Micali et al 2015; Mustelin et al 2015; Zerwas et al 2015
Marzilli et al 2018; Kjeldberg & Clausen 2021*

12-14 år

Swanson et al 2011; Smink et al 2014; -//-

Forløbsstudier tyder på at BED i ungdomsårene er **prædiktivt** for senere fedme, social funktionsnedsættelse og psykiatrisk sygdom (især aff. spektrum)

Marzilli et al 2018; Stice et al 2017; Treasure et al 2020

Received: 28 May 2020 | Revised: 13 December 2020 | Accepted: 13 December 2020

DOI: 10.1002/eat.23458

ORIGINAL ARTICLE

International Journal of
EATING DISORDERS WILEY

Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact

Else M. Olsen MD, PhD^{1,2,3}  | Susanne V. Koch MD, PhD^{4,5} |
Anne M. Skovgaard MD, DMSc⁶ | Katrine Strandberg-Larsen MScPH, PhD¹

Danske tal

Nyligt befolkningsstudie
blandt unge 16-17-årige

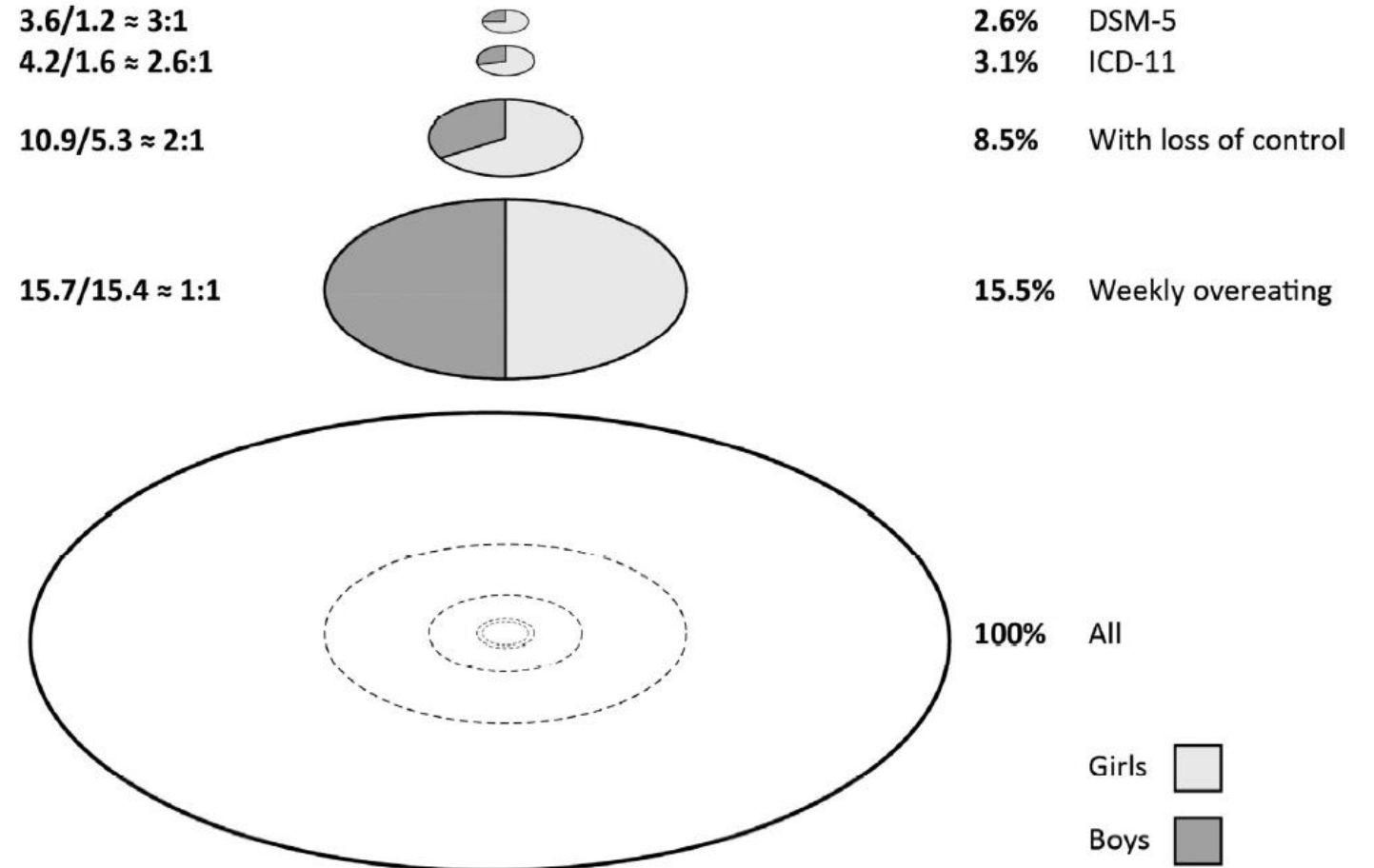
Received: 28 May 2020 | Revised: 13 December 2020 | Accepted: 13 December 2020
DOI: 10.1002/eat.23458

ORIGINAL ARTICLE

International Journal of
EATING DISORDERS WILEY

Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact

Else M. Olsen MD, PhD^{1,2,3} | Susanne V. Koch MD, PhD^{4,5} |
Anne M. Skovgaard MD, DMSc⁶ | Katrine Strandberg-Larsen MScPH, PhD¹



BED symptomer i 16-17-års alderen var forbundet med:

- Overvægt (36%, OR 2,3)
- Mentale problemer målt med SDQ (43%, OR 5,2)
- Høj selv vurderet impact (53%, OR 4,8)

Og synes i nogen grad at være forudgået af disse problemer allerede ved 11-12-år

Binge Eating blandt børn

Børns spisning er i høj grad kontrolleret af voksne

→ Episoder med spisning, hvor der er kontroltab
= **Loss of control eating (LOC)**

Ass. med udvikling af BED senere

Fundet helt ned i 5-6 års alder

31% blandt overvægtige børn

Bohon 2019, Herle 2019

Kjeldberg & Clausen 2021

Ekstra sårbare grupper (?)

❖ Gravide:

Såfremt egen læge / obstetriker er bekymrede for komplikationer

❖ Patienter som har **udviklet / erkendt BED efter bariatrisk kirurgi**

*Udgør en særlig risikogruppe i forb. med overspisningerne
pga risikoen for 'dumping'*

Psykiatri

REGION

Behandling

Meta-analyse

(Hilbert et al 2019)

RCT's med inaktiv kontrol-gruppe (venteliste)

- Psykoterapi - primært kognitiv adfærdsterapi (stor)
- Structuret selv-hjælps behandling (medium-stor)
- Medicin (primært lisdexamfetamin) mhp vægt-tab (nogen)
- Diæter/kurer har sjældent varig effect

RCT's med aktiv kontrol-gruppe

- Begrænset evidence for at én type beh. var bedre.
- Dog viste nogle studier at **psykoterapi var bedre end vægt-tabs-programmer** mht binge-eating adfærd og førte til lavere abstinens på længere sigt.

Limitations mht viden om behandling

- Studie-population: typisk hvide kvinder 20-40 &/ grupper med overvægt
- Fortsat få RCT-studier
- Den enkelte type behandling er typisk kun undersøgt få gange
- Kvaliteten af studierne er meget forskellig
- Få studier med opfølgning efter endt behandling

→ Overordnet er kvaliteten af evidens vedr. outcome meget lav.

RHP har (aktuelt)

intet (fast)

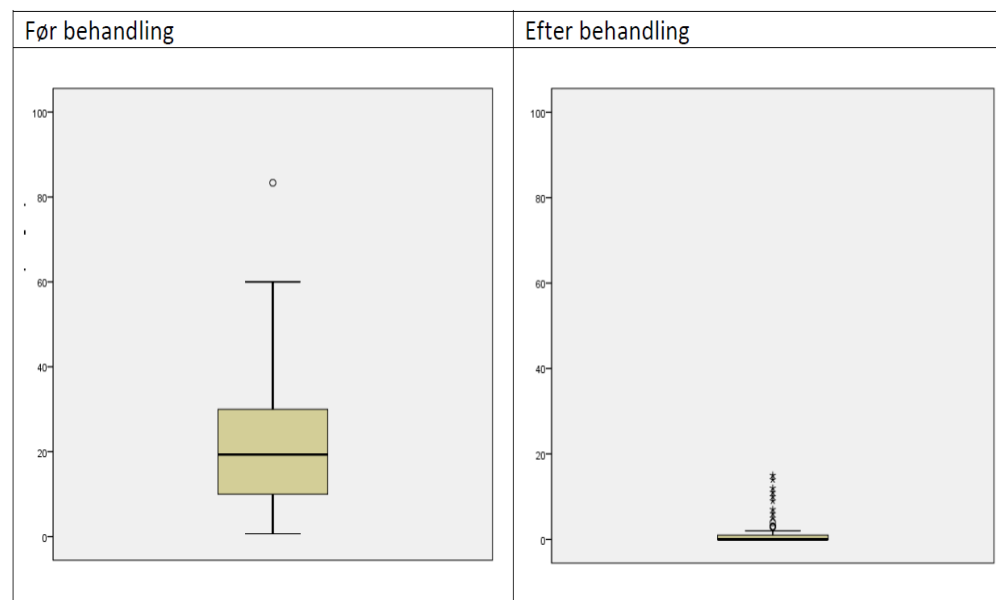
behandlingstilbud til denne patientgruppe

Tidligere SATS-pulje-projekter 2013-2016

Region H og Landsforeningen mod spiseforstyrrelser (LMS)

→ Gruppebaseret Systemisk-Narrativ psykoterapi & diætist = God effekt på stort set alle parametre

Figur 3. Ændring i antal overspisninger/måned under fase 1-behandling



Y-aksen = antal overspisninger den sidste måned

Signifikant forbedring vedr.

- Overordnet trivsel
- Psykiatrisk co-morbiditet
- Spiseforstyrrelses-symptomer
- Krops-tilfredshed

Fra tidligere SATS-pulje-projekter

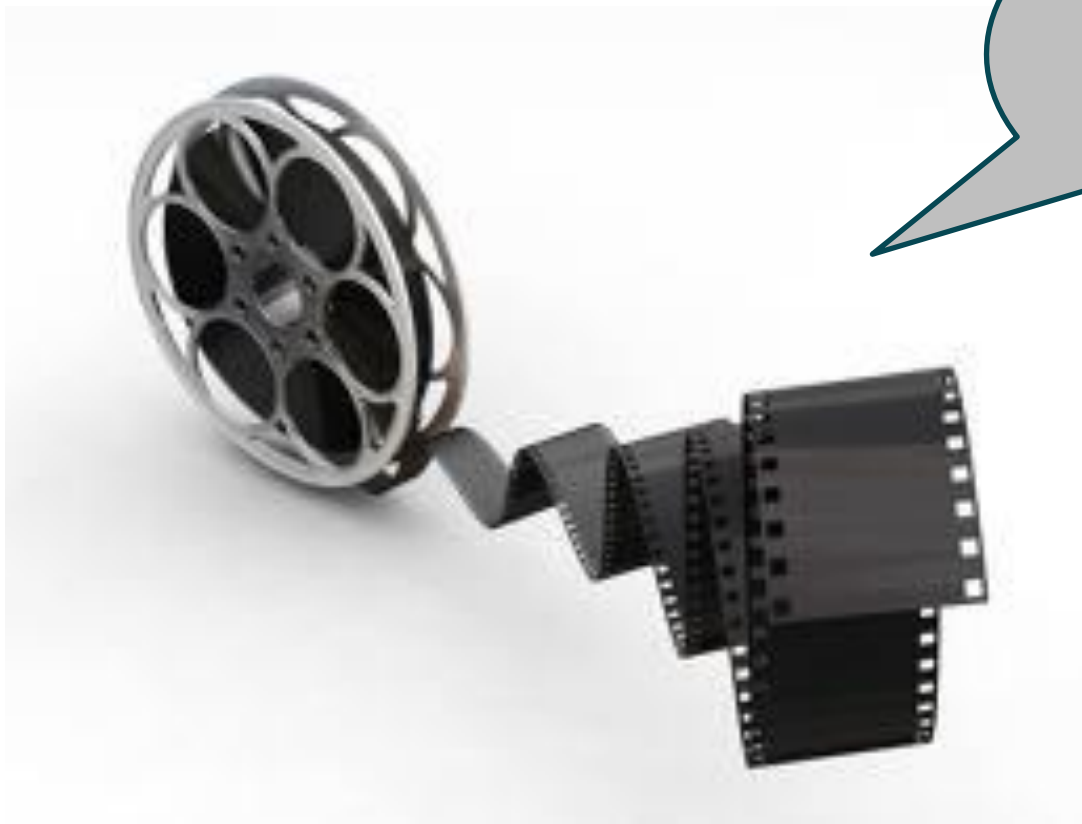
	Før behandling Gennemsnit ³ (SD)	Efter behandling Gennemsnit (SD)	P-værdi ¹
WHO-5 < 50 indikerer mistrivsel (N = 78, missing = 4) Sumscore	40,6 (18,6)	56,5 (20,1)	< 0,001
SCL-90 > 1,08/0,87 (K/M) indikerer behandlingsbehov (N = 78, missing = 4) GSI Mean score	1,08 (0,56)	0,64 (0,48)	< 0,001
EDE-Q > 2,7 indikerer behandlingsbehov (N = 77, missing = 5) Total Mean score	3,5 (1,6)	1,8 (1,0)	< 0,001
EDI-2 > 59,1 indikerer behandlingsbehov (N = 77, missing = 5) Sumscore	90,5 (33,9)	48,8 (30,2)	< 0,001
EDI-kropsutilfredshed > 16,9 indikerer øget kropsutilfredshed (subskala)	24,0 (4,9)	18,5 (7,7)	< 0,001

Fra tidligere SATS-pulje-projekter

LMS: Resultater målt på scorer på de otte skalaer i EDI-2 ved opstart, afslutning og et år efter behandlingsforløbet

	Middelværdi Opstart (N=148)	Middelværdi Afslutning (N=117)	Middelværdi 1 år efter (N=96)
EDI-2			
Vægtfobi	13,3	8,1*	7,8*
Bulimi	10,2	4,3*	4,1*
Kropslig utilfredshed	22,4	19,1*	18,1*
Lav selvfølelse	11,9	6,5*	6,7*
Perfektionisme	6,9	5,1*	5,1*
Interpersonel mistillid	5,2	2,7*	2,7*
Forstyrret impuls kontrol	12,3	6,0*	5,5*
Frygt for voksenlivet	4,9	4,4	4,1
Samlet score			54,1

*Statistisk signifikant forskellig fra middelværdien ved opstart



Hvad sagde
patienterne
selv?

→ 30:50 min

Aktuelle SATS-pulje-projekt + Forskning

Region H (og flere private aktører inkl LMS)

Meget begrænset tilbud – uden UBR (Udrednings & Behandlings-Ret)

2023:	Gruppebaseret psykoterapi & diætist (treatment as usual):	16 (2 x 8)
	Guided selvhjælp:	16 mfl.

2024-26:	Stort forskningsprojekt med randomisering (det hidtil største i verden)	
	→ fire forskellige typer af behandlingstilbud:	4 x 16 / halvår

Pilot projekt: 2023

Narrativ Systemisk
gruppe terapi
(standard)

Guidet selvhjælp

Fidelity instrumenter til RCT udvikles

Erfaring med guidet selvhjælp
opbygges

Outcome measures afprøves

Terapeut træning til RCT begynder

Effektstørrelser fra pilot skal bruges til
power beregninger til RCT

Patient oplevelser indhentes, så
behandlingerne kan rettes til inden RCT

Randomized Controlled Trial: 2024-2026

Narrativ Systemisk gruppeterapi (standard)

Kognitiv adfærdsterapi som guidet selvhjælp

Kognitiv adfærdsterapi individuelt

Kognitiv adfærdsterapi i grupper

Henvisninger siden ultimo januar 2023

F508A: (BED)

23

F509: (Spis uspec)

18

F502: (BN)

3

Z032: (Psyk. obs)

6

E669: (Fedme)

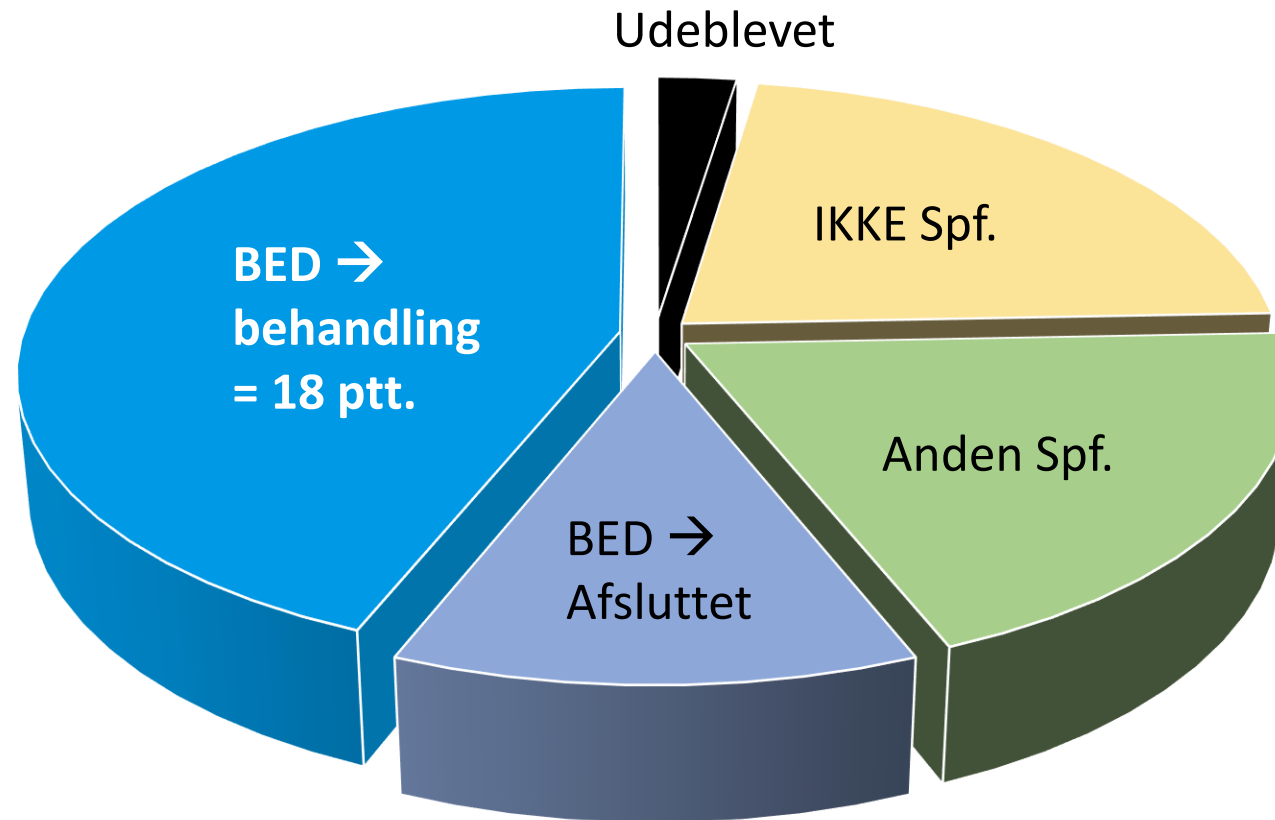
1

F500: (AN)

1

I alt 52 hvor
beskrivelsen sv. til BED

Efter grundig udredning



Inklusionskriterier

Alle nedenstående

- Opfylder de diagnostiske kriterier for BED
- Minimum 1 overspisningsepisode / uge
- Alle sygdomsgrader (mht. spiseforst.)
- 18-65 år

Fra efteråret 2023

→ Henvendelse via Forskningsenheden

Projekt e-mail:

bal-halo.region-hovedstadens-psykiatri@regionh.dk

Hvis i tvivl: send gerne en også en alm. henvisning

Eksklusionskriterier

En eller flere af følgende

- Alvorlig psykiatrisk komorbiditet:
 - F20-spektret
 - Mani
 - Cluster B personlighedsforstyrrelse (de 'dramatiske')
 - Autisme
- Anden psykoterapeutisk behandling
- Aktivt misbrug
- Høj selvmordsrisiko
- Vægttabsmedicin i.e. WeGovy
- OBS* anden medicin som hæmmer appetit i.e. stimulanser skal være stabilt i min. 6 mdr.

OBS øvrige symptomer

Flere henvisninger med 'BED' (måske især mænd?)

Som viser sig at have **Bulimi!** → og dem har vi et fast tilbud til 😊

- Kaster op – men er ikke blevet spurgt om dette
- Tvangsmotionerer
- Faster op til flere gange om ugen
= overspringning af måltider

BED-behandlingen retter sig **specifikt mod spiseforstyrrelsessymptomerne**.
og sigter mod at:

- Reducere antallet af overspisninger
- Etablere et stabilt og regelmæssigt spisemønster
- Reducere psykologiske SF-symptomer (bekymringer om figur, vægt og madindtag)
- Afdække de tanker, følelser og situationer, der udløser overspisninger
- Udvikle nye strategier til at håndtere svære tanker og følelser
- Forebygge og håndtere situationer, der kan udløse spisetrang
- Øge trivsel og krops- og selvaccept
- Få forståelse for egen historie og dens betydning for spiseforstyrrelses-symptomerne

Specifikke væggtabsinterventioner er ikke en del af BED-behandlingen

BED & vægttab?

- Forhistorie med vægttabsbehandling
yo-yo-vægt (+/- 20-40 kg.)
- Vægttabsforsøg kan øge risikoen for tilbagefald
- Vægttab er en udfordring i normal befolkningen,
hvordan så i BED?
- Forbedret sundhed uden vægttab?

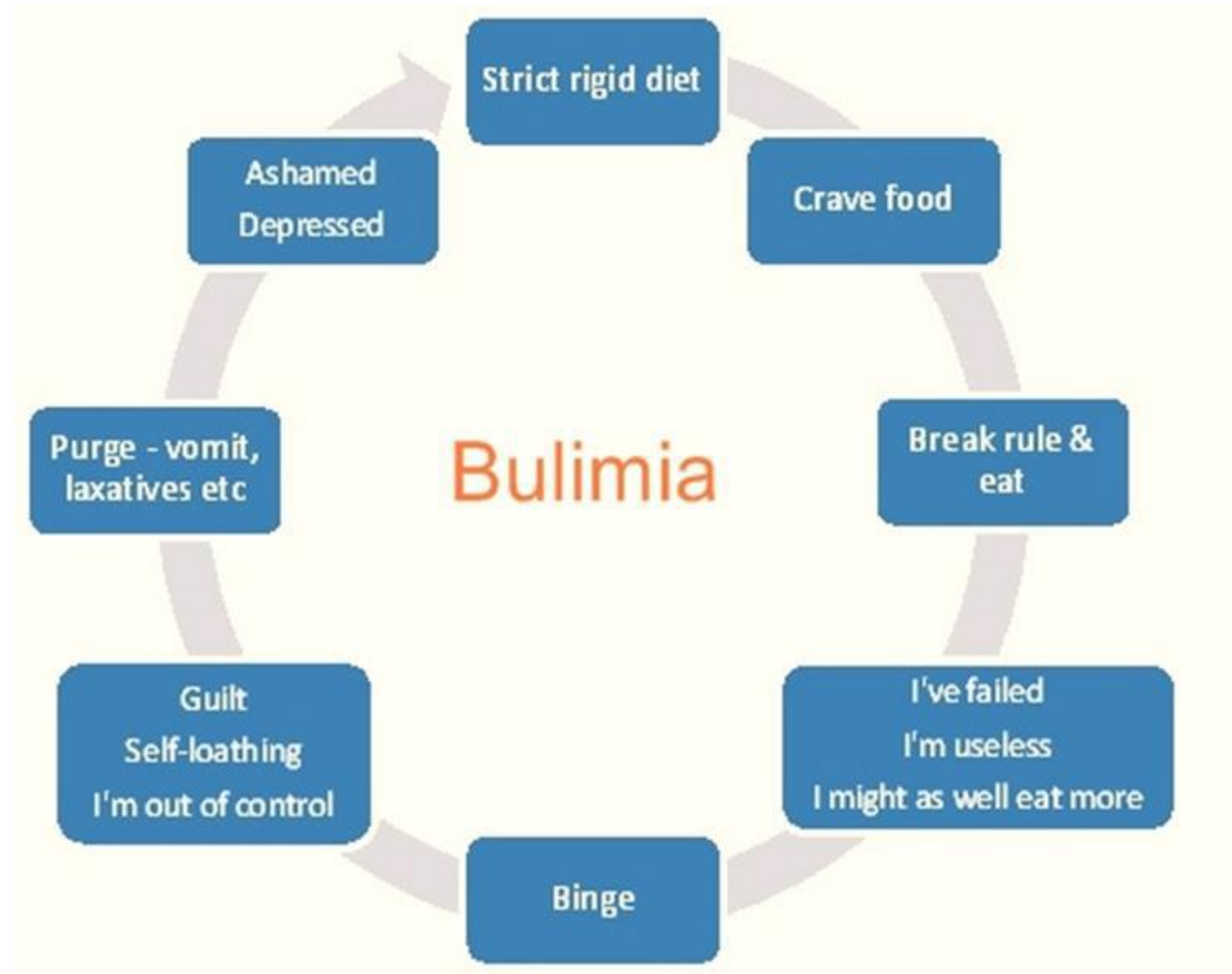
BED & vægttab?

- Psykoterapi medfører ikke vægttab
- Psykologisk vægttabsbehandling (Behavioral Weight loss treatment) giver et moderat, midlertidigt vægttab
- Ptt. med BED er ofte i vægtøgning, når de starter behandling = vægtstabilitet er et godt resultat

Vedligeholdende Faktorer

- ond cirkel for bulimi/**BED**

- Restriktiv spising
- Sult
- Forstyrret appetitregulation
- Overspisning
- Negative følelser
 - skam, selvhad, opgivelse
- Mere restriktiv spising
-



Så hvad med målrettet vægttab?

Der er en **kendt sammenhæng**
mellem **restriktiv spisning og risiko for overspisning**

Evalueringen af satspuljeprojekterne fra 2016 konkluderede at
wægttab først bør forsøges, når spiseforstyrrelsen har været i ro i minimum 1-2 år

Evt. væggtabsbehandling hos tidligere BED-patienter bør formentlig være en
specialopgave, der bedst varetages af fagpersoner med kendskab til BED.

Men der mangler forskning på området.

Vægtstabilitet

Den britiske NICE-guideline anbefaler vægtstabilitet i forbindelse med BED-behandling

Tværregional arbejdsgruppen anbefaler at man foreløbigt følger NICE-guidelinen.

*Der er dog endnu begrænset viden i forhold til, **hvad vægtstabilitet vil sige.***

Arbejdsgruppe foreslår at man i behandlingen pragmatisk accepterer vægt-svingninger på +/- 5% af startvægt.

Faser i den psykoterapeutiske behandling



Mekanisk spisning

En metode til at stabilisere spisningen

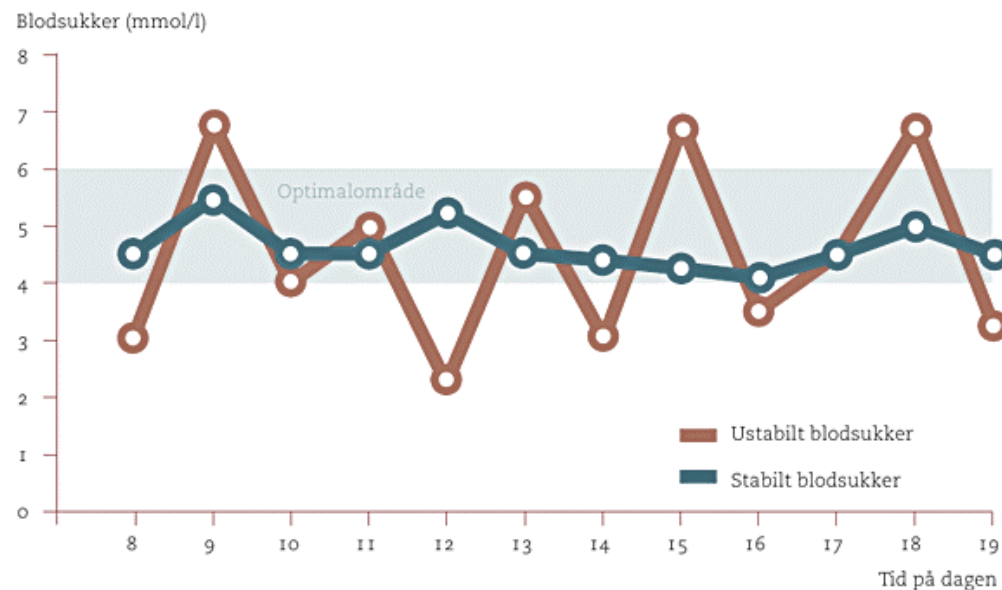
Jævn måltidfordeling

Morgenmad indenfor 1 time

Næste måltid ca. 2-3 timer senere

Et ekstra måltid efter træning

- Sikre regelmæssigt indtag af mad over hele dagen
- Sætte en ny ramme for måltiderne imod spiseforstyrrelsens ramme
- Stabilisere blodsukkeret og forbedre forbrændingen
- Indtil du er i stand til at reagere på sult- og mæthedssignaler igen
- En metode til at "angribe" sult og overspisninger

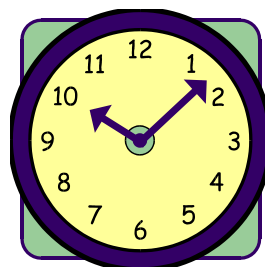


Mad er medicin

Mekanisk spisning

- en metode til at "angribe" sult og overspisningsanfald

- Indtil du er i stand til at reagere på sult og mæthedssignaler
- mindst 4 måltider pr. dag (gerne 6)
- morgenmad indenfor 1 time
- Næste måltid ca. 3 timer senere osv. (obs. 3 timer i gennemsnit)
- **Kostdagbogen** skal bruges hver dag
- Undgå at springe over
- spis dig mæt - ikke for mæt
- spis regelmæssigt, så sulten ikke bliver for stor
- Portions anret eller rejs dig fra bordet, når du er færdig
- Vær sej, stædig og udholdende. Trangen til overspisning bliver mindre



Nine Truths about Eating Disorders

TRUTHS

- 1 Many people with eating disorders look healthy, yet may be extremely ill.
- 2 Families are not to blame, and can be the patients' and providers' best allies in treatment.
- 3 An eating disorder diagnosis is a health crisis that disrupts personal and family functioning.
- 4 Eating disorders are not choices, but serious biologically influenced illnesses.
- 5 Eating disorders affect people of all genders, ages, races, ethnicities, body shapes and weights, sexual orientations, and socioeconomic statuses.
- 6 Eating disorders carry an increased risk for both suicide and medical complications.
- 7 Genes and environment play important roles in the development of eating disorders.
- 8 Genes alone do not predict who will develop eating disorders.
- 9 Full recovery from an eating disorder is possible. Early detection and intervention are important.



Ring gerne til os mhp sparring



Hverdage
mellem kl 12-13

Tlf: 21 16 16 12

OBS kun for
fagprofessionelle



