



SUNDHEDSSTYRELSEN

Behandling af Binge Eating Disorder (BED)

SAMMENFATNING AF RESULTATER FRA TO
SATSPULJEPROJEKTER



2016

Behandling af Binge Eating Disorder (BED) – sammenfat- ning af resulta- ter fra to sats- puljeprojekter

© Sundhedsstyrelsen, 2016.
Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 26.10.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
oktober, 2016

Elektronisk ISBN:
978-87-7104-814-8

Indhold

| | |
|--|-----------|
| Introduktion | 4 |
| 1.1 Baggrund | 4 |
| 1.2 Om Binge Eating Disorder | 4 |
| 2. Sammendrag af projekterfaringer | 7 |
| 3. Resultater fra projekterne | 9 |
| 3.1 Patientpopulation og diagnosekriterier | 9 |
| 3.2 Tidlig opsporing | 11 |
| 3.3 Organisering | 12 |
| 3.4 Behandling | 13 |
| 3.4.1 Behandlingsindhold i projekterne ² | 13 |
| 3.4.2 Behandlingsresultater | 15 |
| 3.4.3. Opsamling på behandlingsindhold på tværs af projekter | 18 |
| 4. Sammenfatning | 18 |
| 5. Referencer | 20 |
| Bilag: Gradsinddeling af BED | 21 |

Introduktion

1.1 Baggrund

Med satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der afsat 830 mio. kr. til opprioritering af psykiatrien, heraf

20 mio. kr. til en pulje vedrørende behandling af personer med spiseforstyrrelser med fokus på at indhente erfaringer om Binge Eating Disorder (BED). Der blev efter en ansøgningsproces tildelt midler til to projekter med henblik på indhentning af erfaringer i en dansk kontekst om behandling af BED, hhv. ét projekt på Psykoterapeutisk Center Stolpegård og ét projekt i regi af Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og selvskade (LMS).

Formålet med projekterne var, at:

- afklare diagnose og patientgruppe, herunder forekomst, karakteristika, indikationer og sammenhæng til andre patientgrupper
- afklare behandlingsmuligheder, herunder metoder, effekt, evidens
- udvikle gode og relevante behandlingstilbud til personer med BED

Dette notat er en opsamling af erfaringerne fra to projekter. Der er ikke foretaget yderligere literatursøgning.

1.2 Om Binge Eating Disorder

BED, tvangsoverspisning, er en udbredt spiseforstyrrelse, med alvorlige psykiske, fysiske og sociale konsekvenser. Der foreligger ikke danske tal for udbredelsen, men på baggrund af internationale tal anslås det, at BED forekommer hos 2-3 pct. af befolkningen (1,2), svarende til 40.000-50.000 personer (i alderen 15-45 år), hvor ca. 1/3 er mænd (3). Debutalderen er typisk 20-40 års alderen. Patientgruppen er længere om at henvende sig til behandlingssystemet end patienter med andre spiseforstyrrelser og har ofte levet med spiseforstyrrelsen i ganske mange år (1). BED er kendetegnet ved, at personen oplever tilbagevendende episoder af tvangsoverspisning, hvor der spises en stor mængde mad inden for et kort tidsrum ledsaget af en følelse af kontroltab og skamfølelse. BED er altid ledsaget af betydeligt ubehag i forbindelse med overspisningerne. Modsat personer med bulimi er overspisningerne ikke efterfulgt af systematisk kompensatorisk adfærd som eksempelvis opkastninger, faste eller overdreven motion. Derfor er BED ofte ledsaget af overvægt, ofte i en ganske betydelig grad. Cirka 75 pct. af patienterne med BED vil lide af overvægt eller fedme (4). Andelen med overvægt stiger med alderen og sygdomsvarigheden. Hos patienter med BED kan vægten svinge ganske betydeligt.

Boks 1. Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser

Projektets målgruppe var personer mellem 18-65 år, som levede op til de diagnostiske kriterier for BED under DSM-IV og som kunne deltage i et gruppeforløb. Dog medtoges også personer, der ved opstart lå på grænsen til at have diagnosen (overspisning i kortere tid end krævet i DSM-IV eller mild grad af kompenserende adfærd). Målgruppen blev afgrænset til personer med let til moderat BED uden betydelig psykiatrisk eller somatisk komorbiditet.

Projektets patientrettede aktiviteter bestod af en indledende individuel forsamling, et gruppeforløb af syv måneders varighed (18 mødegange), samt løbende evaluering af behandlingsresultater.

Den primære sundhedsfaglige gruppe i LMS' projekt var psykologer. Der var således ikke tale om egentlig psykiatrisk eller somatisk behandling i projektet ved LMS, da der ikke var tilknyttet læger.

Der gennemførtes gruppeforløb i København, Odense, Århus, Aalborg, Sønderborg og Næstved i foreningens egne lokaler.

BED er ikke endnu en del af diagnoseklassifikationssystemet 'International classification of Disorders' (ICD), men har siden 2013 været en del af 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) som en selvstændig diagnose. På nuværende tidspunkt registreres patienter med BED under diagnosen F50.8 ('Anden spiseforstyrrelse'). BED bør således betragtes som en psykiatrisk sygdom, der kræver et behandlingstilbud på linje med andre spiseforstyrrelser.

¹ Evalueringsrapporter findes på sst.dk, samt på projekternes hjemmesider

Boks 2. Psykoterapeutisk Center Stolpegård

Projektets målgruppe var voksne patienter med en BMI over 27, som samtidig levede op til diagnostiske kriterier for BED (DSM-IV). Målgruppen blev afgrænset til personer med en moderat til svær grad af BED karakteriseret ved høj BMI og ofte både psykiatrisk og somatisk komorbiditet.

PC Stolpegårds projekt var forankret i den regionale psykiatri med psykiatrisk og somatisk udredning og behandling.

Projektets patientrettede aktiviteter bestod af 2 faser over et 12 måneders forløb og omfattede Fase 1 med væsentligst 6 måneder med gruppeterapi, individuelle samtaler, normalisering af spisning, diætistvejledning, pårørendesamtaler, væggtkontrol og stabilisering af vægten, kropsterapi, forældregruppe, samt dokumentation af behandlingsresultater.

Fase 2 var efterbehandling med 6 individuelle opfølgings-samtaler eller mulighed for at fortsætte i en anden gruppe i 6 måneder med sundhed og væggtab som formål eller i en gruppe med trivsel og velvære som formål.

PC Stolpegårds patientbehandling var i høj grad tværfagligt funderet (diætist, socialrådgivere, fysioterapeuter, psykologer og psykiatere). Behandlingen var ambulante, og der blev ikke oprettet sengepladser i relation til satspuljen.

Der var til projektet tillige tilknyttet et ph.d. forløb, der har til formål at indsamle viden om personer med BED og dokumentere effekterne af satspuljeprojektet.

Diagnosekriterier DSM-5 Binge Eating Disorder

- Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:
 - Eating, in a discrete period of time (for example, within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat in a similar period of time under similar circumstances
 - A sense of lack of control over eating during the episode (for example, a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)
- The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following:
 - Eating much more rapidly than normal
 - Eating until feeling uncomfortably full
 - Eating large amounts of food when not feeling physically hungry
 - Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating
 - Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterwards
- Marked distress regarding binge eating is present
- The binge eating occurs, on average, at least 2 days a week for 6 months
- The binge eating is not associated with the regular use of inappropriate compensatory behavior (e.g., purging, fasting, excessive exercise) and does not occur exclusively during the course Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa

Efter: www.dsm5.org.

2. Sammendrag af projekterfaringer

Nedenfor opsummeres de væsentligste erfaringer fra projekterne, der peger på følgende:

Patientpopulation og diagnosticering:

- at BED er en psykiatrisk lidelse, der bør sidestilles med andre spiseforstyrrelser
- at DSM-V's diagnosekriterier kan anvendes, når diagnosen BED skal stilles. Forhøjet BMI er ikke en del af de diagnostiske kriterier
- at grænsen mellem BED og andre spiseforstyrrelser, især bulimi, kan være flydende. BED er dog væsens forskellig fra andre spiseforstyrrelser på en række punkter
- at den langt overvejende del af patienter, der søger behandling, er kvinder, om end det estimeres at op mod 1/3 af patienter med BED er mænd. BED patienterne er generelt ældre, når de søger behandling, end patienter der søger behandling for andre typer spise forstyrrelser. En betydelig andel er overvægtige
- at der med fordel kan anvendes systematisk en standardiseret udredning af patienter med BED, som samtidig kan sikre løbende kvalitets- og behandlingsevaluering.

Tidlig opsporing

- at det er vigtigt at gøre en særlig indsats for at sikre information til sundhedsprofessionelle og patienter om BED generelt og om eksisterende behandlingstilbud. Særligt opmærksomhedspunkt bør være information til og om mænd
- at tidlig opsporing af patienter med BED er vigtigt med henblik på behandling så tidligt i sygdomsforløbet som muligt og at personer, hvor der er mistanke om BED, ikke bør tilbydes traditionelle vægttabsforløb, da disse i værste fald kan forværre spiseforstyrrelsen, men henvises til praktiserende læge for nærmere udredning
- Til indledende vurdering bruges diagnosekriterierne fra DSM-V.

Organisering

- at den initiale udredning hensigtsmæssigt kan foregå hos en speciallæge i almen medicin, som vurderer, om patienten opfylder de overordnede kriterier for videre henvisning. Herefter henvises til relevante tilbud baseret på lægens vurdering af sværhedsgraden af patientens BED og eventuel psykiatrisk komorbiditet. Til vurdering af BED diagnosen bruges diagnosekriterierne fra DSM-V
- at et behandlingstilbud til patienter med BED organisatorisk kan indgå som en del af de i forvejen eksisterende tilbud til personer med spiseforstyrrelser
- at patienter med BED bør have et selvstændigt specialiseret behandlingstilbud, idet sygdommen og patientgruppen adskiller sig fra de andre spiseforstyrrelser på væsentlige punkter, især den hyppige og ofte alvorlige overvægt, og patienterne profiterer af at opleve fælles problematikker

- et behandlingstilbud til personer med let til moderat BED kan med fordel ligge udenfor den regionale psykiatri og varetages af både offentlige og private aktører med særlig kendskab til BED og specifikke kompetencer til behandling heraf
- for patienter med moderat til svær BED kræves et tværfagligt, intensivt behandlingstilbud under den regionale psykiatri af personale med særlig kendskab til BED og specifikke kompetencer til behandling heraf
- patienter, der opfylder Sundhedsstyrelsens kriterier for varetagelse i specialfunktion jf. specialeplanen, kan varetages i den eksisterende regionsfunktion for svære spiseforstyrrelser af fagpersoner med særligt kendskab til BED og specifikke kompetencer til behandling heraf
- at der sjældent er behov for døgnindlæggelse af BED patienter. I de sjældne tilfælde det er påkrævet, skyldes det psykiatrisk eller somatisk komorbiditet
- at patienter bør behandles på mindst mulig indgribende niveau, med let adgang til behandling og med mulighed for smidige henvisningsgange mellem niveauerne.

Behandling

- at der er god effekt ift. at reducere, eller ligefrem opnå symptomfrihed ift. spiseforstyrrelsessymptomerne med at bruge behandlingsmodeller, der indeholder følgende elementer:
 - o gruppebaseret tilbud med en gruppestørrelse på ca. 7 personer, med møder ugentligt i 20-25 uger, herefter mindre intensiv stabiliserende opfølgning
 - o forløb af ca. 1 års varighed
 - o mulighed for supplerende individuelle samtaler
 - o inddragelse af pårørende
 - o møder ugentligt i starten, herefter mindre intensivt
 - o etablering af normalt spisemønster med faste måltider
 - o kostdagbog
 - o diætistrådgivning
 - o grundig psykiatrisk og somatisk udredning ved opstart

Vægttab

- 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. Vægttab bør først forsøges, når spiseforstyrrelsen har været i ro gennem længere tid. Vægttab hos tidligere BED patienter er en specialopgave, der bedst varetages af personer med kendskab til BED problematikker.

3. Resultater fra projekterne

3.1 Patientpopulation og diagnosekriterier

Begge projekter har lavet en grundig beskrivelse af deres deltagere. Resultaterne fra internationale studier vedrørende patienter med BED genfindes i projekternes patientpopulationer (5-8). Patienterne er karakteriseret af betydelig psykisk mistrivsel, højt BMI, langvarig sygdomshistorie, og hyppigere forekomst af traumatiske begivenheder i barndommen, fx seksuelle overgreb, end baggrundbefolkningen. Der er ligeledes en høj forekomst af anden psykiatrisk komorbiditet, særligt angst og depression. Endvidere er gruppen præget af en meget høj grad af kropstillfredshed, spise- og vægtbekymringer, på linje med det, der ses hos patienter med anoreksi og bulimi. Dette er mest udtalt hos kvinder med BED, og ses i ringere grad som en del af mænds BED symptomprofile.

BED patienter søger generelt behandling for deres spiseforstyrrelse senere end patienter med andre spiseforstyrrelser (3), og det er også erfaringen fra projekterne. Mange patienter har gået med lidelsen i mange år, uden at have søgt hjælp. Dermed er projektdeltagerne ældre end det ses hos personer, der er i behandling for andre spiseforstyrrelser. Gennemsnitsalderen for PC Stolpegård var ca. 35 år og ca. 41 for LMS.

Det er velbeskrevet i litteraturen, at sygdomsvarighed er stærkt sammenhængende med risikoen for at udvikle overvægt (2). Tidligt i sygdomsforløbet vil nogle patienter endnu ikke have udviklet over- vægt. Således er forhøjet BMI ikke en del af de diagnostiske kriterier.

Standardiseret udredning

Projekterne har haft fokus på, hvordan man systematisk kan anvende en standardiseret udredning af patienter med BED, som samtidig kan sikre løbende kvalitets- og behandlingsevaluering.

Til dokumentation af behandlingseffekten i den kliniske hverdag har projekterne gode erfaringer med at anvende korte bedømmelser, med fokus på de diagnostiske kernesymptomer, eksempelvis antallet af overspisninger.

Projekterne har haft anvendt følgende måleredskaber:

- Eating Disorder Examination (EDE), et klinisk standardiseret interview, der er golden standard i forhold til at stille spiseforstyrrelsesdiagnosen og vurderer sværhedsgrad
- Eating Disorder Inventory (EDI), et spørgeskema, der måler graden af spiseforstyrrelsessymptomer
- WHO-5 trivselsindeks, der belyser subjektiv oplevelse af psykisk velvære

Til vurdering af graden af psykopatologi og psykiatrisk komorbiditet har projekterne anvendt Symptom Check List (SCL-90R), og af psykosociale funktionsniveau Global Assessment of Functioning (GAF).

Der er opnået gode erfaringer med anvendelsen af en kort somatisk udredning, bestående af måling af vægt, højde, puls og blodtryk. Da de fleste patienter med BED grundet deres overvægt vil være i betydelig risiko for somatisk komorbiditet, er der grund til en somatisk screening.

Derudover peger projekterne på, at de anamnetiske oplysninger bør omfatte varigheden af overvægten, præmorbid vægt, spisemønster, kropsofattelse, forsøg på vægttab, motionsvaner, brug af slankemidler samt rusmiddelforbrug. Ligeledes oplysninger om socialfunktionsevne, motivation og mulighed for støtte i netværk samt screening for yderligere psykiatrisk komorbiditet. I projektet på PC Stolpegård har der også indgået en række parakliniske undersøgelser, svarende til de standardundersøgelser, der anbefales i Sundhedsstyrelsens ”Spiseforstyrrelser – Anbefalinger for organisation og behandling” fra 2005 for overvægtige patienter med BED:

EKG

f-P-glucose

S-TSH BT, puls

faste S-cholesterol

faste S-triglycerid

Afgrænsning fra andre spiseforstyrrelser

Det er den kliniske erfaring, som særligt beskrives af projektet fra PC Stolpegård, at grænsen mellem BED og andre spiseforstyrrelser, især bulimi, kan være flydende. BED er trods mange ligheder, for- skellig fra andre spiseforstyrrelser.

BED adskiller sig fra bulimi på en række punkter:

| Bulimi vs. BED |
|--|
| Bulimi er karakteriseret ved systematisk kompenserende adfærd i forbindelse med overspisninger. Ved Binge Eating Disorder (BED) kan der forekomme kompenserende adfærd som opkastninger eller tvangsmotion, men ikke systematisk koblet til overspisningerne |
| Bulimi starter som hovedregel med en slankekur. 50 % af BED-tilfældene starter med overspisningsepisoder før eventuelle slankeforsøg |
| I modsætning til bulimipatienter har BED-patienter ikke fokus på overdreven slankhed, men ønsker normalvægt eller let overvægt |
| Personer med BED rapporterer om restriktiv spisning, men i modsætning til personer med bulimi, har de i praksis sjældent begrænset kalorieindtag |
| BED-patienter har samme kropstillfredshed som bulimipatienter |
| Overspisninger hos bulimipatienter er større og mere kaotiske end hos BED-patienter |
| Bulimipatienter spiser færre kalorier mellem overspisningerne |

Efter: www.DSM5.org, oversættelse af PC Stolpegård

I lighed med de andre spiseforstyrrelser, er der meget højt niveau af krops- og vægtbekymring samt lavt selvværd, svære selvkritiske tanker og forvrænget selvbillede.

BED adskiller sig fra andre spiseforstyrrelser på et væsentligt punkt, som har stor betydning for tilrettelæggelsen af tilbud til patientgruppen, nemlig den ofte ledsagende overvægt. For patienter med BED giver i langt højere grad udtryk for at spiseforstyrrelsen og overvægten gør dem ”for-

kerter”, og de er dermed meget motiverede for at komme ud af spiseforstyrrelsen. Dette betyder også, at motivationsarbejdet med BED patienter i langt højere grad end for de andre spiseforstyrrelser drejer sig om at støtte patienterne i at fastholde håbet om, at de kan komme til at leve uden en spiseforstyrrelse eller leve bedre med den. For patienter med bulimi og især anoreksi er fokus i langt højere grad at motivere til behandling og til at turde slippe spiseforstyrrelsen.

3.2 Tidlig opsporing

Det er velbeskrevet, at lang sygdomsvarighed er associeret med øget risiko for svær overvægt og deraf opståede følgesygdomme samt med ringere behandlingsresultater (4). Da det er en projekterfaring, at patienterne har gået meget længe med sygdommen, inden de er kommet i behandling, er der behov for, at der er fokus på tidlig opsporing og intervention. Projekterne peger derfor på, at de alment praktiserende læger, der typisk vil foretage den primære diagnostik og henvisning, med fordel kan have bedre kendskab til sygdommen og de behandlingstilbud, der findes.

Mange patienter med BED vil have en historik med talrige forsøg på vægttab, og mange vil i den forbindelse have været i kontakt med kommunale vægttabs-tilbud eller andre tilbud i kommunalt regi. Da det er projekternes entydige erfaring, at arbejde med vægttab er kontraindiceret indtil spiseforstyrrelsen er velbehandlet, og at traditionelle tilbud om vægttab ligefrem kan forværre lidelsen, er det vigtigt, at kommunale medarbejdere og andre der tilbyder vægttabsforløb, har fokus på identifikation af BED patienter i forbindelse med opstart i vægttabsforløb eller andre lignende tilbud. Borge- re med mistanke om BED bør henvises til praktiserende læge til videre udredning.

Visitation

Projekterne peger på, at visitationsproceduren hensigtsmæssigt kan organiseres således, at den initiale udredning foregår hos en speciallæge i almen medicin, som vurderer, om patienten opfylder de overordnede kriterier for videre henvisning. Herefter henvises til relevante tilbud baseret på lægens vurdering af sværhedsgraden af patientens BED og eventuelt psykiatrisk komorbiditet. Til den indledende vurdering bruges diagnosekriterierne fra DSM-V. Det er vigtigt, at være opmærksom på symptomer på BED, selv hos patienter der ikke er overvægtige, da mange tidligt i sygdomsforløbet endnu ikke har udviklet overvægt som følge af lidelsen. Projekterne har erfaringen, at sundhedsprofessionelle først har fokus på at spørge ind til symptomer, når overvægten er blevet betydelig. Dette kan være forståeligt, da patienterne ofte ikke selv nævner det for den sundhedsprofessionelle, grundet den skamfølelse, der er forbundet med lidelsen.

Det skal bemærkes, at LMS har modtaget penge fra Sundhedsstyrelsen til et andet projekt ”Når over vægten er psykisk betinget” til at udvikle et screeningsredskab rettet børn og unge for BED til brug i kommunerne. Det er på skrivende tidspunkt i proces med at blive testet i tre kommuner.

3.3 Organisering

Projekternes entydige erfaring er, at det er en stor fordel for patienterne, at der er mulighed for behandling på flere niveauer, afhængigt af sygdommens sværhedsgrad. Erfaringerne fra de gennemførte projekter viser, at patienter med let til moderat grad af BED profiterer af et tilbud, der ligger uden for psykiatrien og primært varetages af personale med kompetencer svarende til psykologer. Flere patienter i LMS's projekt giver udtryk for, at det har stor betydning for dem, at behandlingen ligger uden for den regionale psykiatri, fordi man dermed undgår den (selv)stigmatisering, der kan være forbundet med egentlig psykiatrisk behandling. Denne type tilbud kan varetages af en række aktører, både offentlige og private, med fagfolk med specielt viden om BED.

For patienter med moderat til svær BED er det projekternes erfaring, at der kræves en mere intensiv tværfaglig indsats, hvor der er mulighed for at udrede og behandle både psykiatrisk og somatisk ko- morbiditet, som hos disse patienter kan være betydelig.

Selv om BED på en nogle punkter adskiller sig fra de øvrige spiseforstyrrelser, er det erfaringen fra PC Stolpegård, at patienter med fordel varetages i de specialfunktioner, der i forvejen varetager de øvrige spiseforstyrrelser (fordi der er mange fælles symptomer med især bulimi), men behandles af personale med særlig viden om og kompetencer indenfor BED. Således peger erfaringerne fra PC Stolpegård på, at patienter med moderat til svær BED behandles i den regionale psykiatri på hoved- og regionsfunktionsniveau i de funktioner, der i forvejen varetager spiseforstyrrelser af fagfolk med særlig viden om BED.

Alvorlig BED med alvorlig komorbiditet og udtalt nedsat social funktionsevne og/eller udtalt kontroltab over spisningen og som i øvrigt opfylder Sundhedsstyrelsens kriterier for varetagelse i specialfunktion kan behandles i længerevarende forløb på regionsniveau i de regionsfunktioner, der i øvrigt varetager behandling af andre svære spiseforstyrrelser. Behandlingen varetages af fagpersoner med særlig viden om BED. Patienter med BED har sjældent brug for døgnindlæggelser, men når de har, vil det hovedsagelig skyldes psykiatrisk eller somatisk komorbiditet.

Projekterne beskriver, at det har været et stort ønske, at kunne henvise mellem behandlingsniveauerne for at kunne sikre behandling på det niveau, der bedst muligt har matchet den enkelte patient. Dette peger på smidige henvisningsgange mellem niveauerne. Evalueringen fra LMS beskriver, at mange patienter oplever let adgang til behandling som meget væsentlig for, at de har magtet at komme i gang med behandling. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at der skabes adgang til behandling, både i forhold til organisering og geografisk placering af tilbud. Ganske lavpraktisk har åbningstider for tilbud en betydning, da mange BED patienter vil være i arbejde, og opleve det som en barriere med tilbud der foregår i dagstimerne.

Det er projekternes erfaring, at patienter bør behandles på mindst muligt indgribende niveau for at undgå unødigt stigmatisering.

3.4 Behandling

3.4.1 Behandlingsindhold i projekterne²

Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser

I LMS blev behandlingen varetaget af psykologer, og bestod af 18 gruppegange á 2,5 times varighed fordelt over 7 måneder. Gruppetørrelsen var 6-8 personer.

Tilbuddet var faseopdelt i følgende faser

1. Psykoedukation og stabilisering af spisemønster
2. Styrkelse af selvværd og oparbejdelse af nye coping strategier i svære situationer
3. Forebyggelse af tilbagefald og overførsel af værktøjer i behandlingen

Behandlingselementerne var

- Gruppebaseret adfærdsterapi – baseret på kognitiv, systemisk og narrativ terapi
- Eksternaliserende sprogbrug
- Kostdagbog
- Psykoedukation
- Mindfulness og mindfull eating
- Netværksinddragelse – pårørendedage

I evalueringen blev peget på behov for at supplere gruppebehandlingen med individuelle samtaler, større inddragelse af netværket og på at forløbet suppleres med opfølgende gruppemøder i månederne efter, således at det samlede forløb blev ét år. Det understreges også i evalueringen, at grundig visitation og indledende screening er nødvendig, således at patienter med alvorlig psykiatrisk og somatisk komorbiditet varetages i den regionale psykiatri.

LMS anbefaler på baggrund af erfaringerne fra deres indsats følgende behandlingsmodel:

- Gruppebaseret forløb med ca. 8 deltagere pr. gruppe, kognitivt, systemisk og narrativt
- To supplerende individuelle samtaler pr deltager
- Varighed: 12 mdr. fordelt på tre faser:
 - 3 mdr. med ugentlige møder
 - 3 mdr. med møde hver 14. dag
 - 6 mdr. med 1 møde om måneden
- Reflekterende teams, der arbejder psykoedukerende og med redskaber, der indarbejdes i hverdagen
- Kostdagbog
- Mindfulness, mindfull eating, kropsterapi
- Inddragelse af netværk fx infomøde og to workshops
- Mulighed for somatisk kontrol
- Støtte til etablering af netværksgrupper

² For nærmere beskrivelse af behandlingsindsatsen hos hhv. LMS og PC Stolpegård henvises til de to projekters evaluering. Begge projekter har udarbejdet behandlingsmanualer, der findes som bilag til evalueringsrapporterne.

Psykoteraapeutisk Center Stolpegård

På PC Stolpegård blev behandlingen varetaget af et tværfagligt team bestående af psykologer, diætister, socialrådgivere, fysioterapeuter og læger.

Tilbuddet var faseopdelt:

Fase 0: psykoedukation

Fase 1: gruppeterapi én dag om ugen i 25 uger. 7 patienter i hver gruppe

Fase 2: Efterbehandling med fokus på trivsel eller vægttab af varighed på 6 mdr. Alternativ mulighed for op til 6 individuelle opfølgningssamtaler

Behandlingselementerne var

- Psykoedukation
- Gruppebaseret psykoteraapi med ledsagende adfærdsændringer
 - o Mekanisk spisning
 - o Kostdagbog
 - o Vægtstabilitet
 - o Eksternaliserende sprogbrug
 - o Normalisering af tanker om krop, vægt og mad
 - o Affektregulering
 - o Mestringskompetencer
- Diætistbehandling
- Familiemøder
- Øvrige tilbud: individuelle samtaler med læge og psykolog, pårørende-samtaler, forældregruppe, kropsterapi.

På baggrund af projektets erfaringer kommer Stolpegården med følgende anbefalinger for behandling:

- Primær-behandling i gruppe
- Faseopdelt, flersporet og fokuseret behandling
- Indledende fokus på at stabilisere spiseadfærd, herefter bredere fokus på trivsel og psykologiske problemstillinger
- Behandlingen skal være af tilstrækkelig varighed til både at opleve op- og nedture
- Der bør differentieres i længden afhængigt af problemets omfang og behandlingsresultater
- 20-25 gruppe-sessioner skønnes sufficient på hovedfunktionsniveau
- Svær BED kræver længerevarende forløb på regionfunktionsniveau
- 3-6 opfølgende samtaler over 4-6 mdr. efter afsluttet behandling
- Mænd kan med fordel behandles i grupper udelukkende med mænd

Erfaringer med vægttabsbehandling og BED

På PC Stolpegård var en del af projektet at indhente erfaringer med vægttab i forbindelse med behandling af BED, da mange patienter har en helbredstruende overvægt. Patienterne er generelt også meget motiverede for vægttab, og har store forhåbninger til, at der vil følge et vægttab med, når de får styr på overspisningerne.

Imidlertid er en del af det, der udløser overspisninger restriktiv spising, som er en nødvendig del af en vægttabsproces. Dertil kommer, at det i tiden efter behandlingen er afsluttet, kræver stor fokus ikke at få et tilbagefald af symptomerne, og på at arbejde med de problematikker, der ligger til grund for udviklingen af spiseforstyrrelsen. Endelig er det, som beskrevet i ovenstående en del af behandlingen, at fjerne fokus fra vægten – og dette gøres bedst ved at ”nedlægge forbud” mod vægttab under behandlingen. Det er derfor en erfaring, at det ikke er hensigtsmæssigt at arbejde med vægttab, før spiseforstyrrelsen er velbehandlet, således at der er genoprettet et regelmæssigt spisemønster uden overspisninger og opnået tilstrækkelig reduktion i øvrige spiseforstyrrelsessymptomer.

Det var ligeledes en erfaring, at det er hensigtsmæssigt, at der går et stykke tid mellem behandlingen er afsluttet og væggtabsbehandling påbegyndes, således at patienten oplever at have kontrol med spiseforstyrrelsen og have udviklet gode strategier til at håndtere impulser til overspisning.

For di traditionelle strategier til væggtabsbehandling kan reaktivere spiseforstyrrelsessymptomerne, anbefales det, at væggtabsbehandling af tidligere BED patienter er et specialiseret efterbehandlings- tilbud, udført af behandlere med kendskab til BED problematikker. Der bør sikres løbende somatisk kontrol i væggtabsfasen, idet overvægten for visse patienter vil udgøre en alvorlig risiko for helbredet.

3.4.2 Behandlingsresultater

Både LMS og PC Stolpegård viser rigtig gode resultater i forhold til at behandle spiseforstyrrelsessymptomerne – også generelt bedre end for behandling af anoreksi og bulimi. Afhængigt af sværhedsgraden af BED, vil målet for behandlingen være symptomreduktion eller symptomfrihed målt på antallet af overspisninger. Dog kan der ikke på så kort tid forventes total normalisering målt på trivselsniveau og vægt- og figurbekymring.

Behandlingseffekt målt på antallet af overspisninger pr. måned

| | Før behandling, gennemsnit | Efter behandling afslutning | Efter behandling, 1 år senere |
|---------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| PC Stolpegård | 21,1 | 1,7 (12 mdr. varighed) | - |
| LMS | 22,9 | 5,7 (7 mdr. varighed) | 5,8 |

Behandlingseffekt målt på andelen af patienter, der lever op til diagnosekriterierne for BED

| | Før behandling | Efter behandling afslutning | Efter behandling, 1 år senere |
|---------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| PC Stolpegård | 100 % | 8 % (12 mdr. varighed) | - |
| LMS | 74 % | 32 % (7 mdr. varighed) | 22 % |

Behandlingseffekt målt på mængden af psykiske spiseforstyrrelsessymptomer og trivselsniveau

For begge projekter ses en betydelig reduktion i mængden af spiseforstyrrelsessymptomer og på den generelle trivsel.

LMS

LMS: Resultater fra EDE-interview ved opstart, afslutning og et år efter forløbet

| | Middelværdi | | |
|--------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| | Opstart (N=140) | Afslutning (N=107) | 1 år efter (N=84) |
| EDE-skalaer | | | |
| Restriktion | 2,6 | 1,3* | 1,3* |
| Spisebekymring | 2,7 | 1,4* | 1,3* |
| Figurbekymring | 3,9 | 2,6* | 2,5* |
| Vægtbekymring | 3,9 | 3,3 | 2,6* |
| Global score | 3,3 | 2,3* | 1,9* |

*Statistisk signifikant forskellig fra middelværdien ved opstart

Som det fremgår af ovenstående tabel, er der på næsten alle skalaer sket en statistisk signifikant for- bedring fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning. Og disse ændringer er fastholdt 1 år efter behandlingsafslutning.

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

Det ses af ovenstående tabel, at der på alle skalaer, på nær 'Frygt for voksenlivet', er sket et statistisk signifikant fald i scoren fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning. Dette betyder, at deltagerne i gennemsnit er blevet mindre symptomatiske på syv ud af de otte skalaer, der er målt på ved hjælp af EDI-2.

LMS: Deltagernes trivsel målt på WHO-5

| | Middelværdi Opstart (N=145) | Middelværdi Afslutning (N=116) | Middelværdi 1 år efter (N=96) |
|-----------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Trivsel (WHO-5) | 33,6 | 45,2 * | 45,1* |

PC Stolpegård

Behandlingseffekt for fase 1-behandling for patienter, der har gennemført behandling: spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q og EDI-2), livskvalitet (WHO-5) og generel psykiatrisk symptomatologi (SCL-90)

| | Før behandling Gennemsnit ³ (SD) | Efter behandling Gennemsnit (SD) | P-værdi ¹ | Effect size ² |
|---|---|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| WHO-5 < 50 indikerer mistrivsel (N = 78, missing = 4) Sumscore | 40,6 (18,6) | 56,5 (20,1) | < 0,001 | 0,82 |
| 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 | 0,84 |
| EDE-Q > 2,7 indikerer behandlings- behov (N = 77, missing = 5) Total Mean score | 3,5 (1,6) | 1,8 (1,0) | < 0,001 | 1,3 |
| EDI-2 > 59,1 indikerer behandlings- behov (N = 77, missing = 5) Sumscore | 90,5 (33,9) | 48,8 (30,2) | < 0,001 | 1,3 |
| EDI-kropsutilfredshed > 16,9 indikerer øget krops- utilfredshed (subskala) | 24,0 (4,9) | 18,5 (7,7) | < 0,001 | 0,85 |

På alle skalaer for spiseforstyrrelsessymptomer ses en betydelig reduktion i mængden af symptomer, og en stigning i trivsel målt på WHO-5.

Blivende effekt – 1 års opfølgning

Patienterne på PC Stolpegård er ikke fulgt over tid efter behandlingens ophør, men det er patienterne i LMS. De har bibeholdt den reduktion, der sås i antallet af overspisninger og reduktion af spise- forstyrrelsessymptomer. Det tyder således på, at effekten varer ved over tid.

3.4.3. Opsamling på behandlingsindhold på tværs af projekter

Det har ikke været muligt for evalueringerne af projekterne at pege på, hvilket element(er) i behandlingsindsatsen, der har haft effekt. Men da der for begge projekter har været gode behandlingsresultater og stor tilfredshed blandt deltagerne, er det den samlede behandlingsindsats, der er blevet vurderet.

Overordnet kan det konkluderes på tværs af projekterne, at der er god effekt af behandling, der indeholder følgende elementer i varierende omfang afhængigt af patientpopulationen:

- gruppebaseret tilbud med en gruppestørrelse på 7-10 personer med møder ugentligt i starten, herefter mindre intensivt
- forløb af ca. 1 års varighed
- mulighed for supplerende individuelle samtaler
- inddragelse af pårørende
- møder ugentligt i starten, herefter mindre intensivt
- etablering af normalt spisemønster med faste måltider
- kostdagbog
- diætistrådgivning
- vægttabsbehandling skal ikke indgå, men der sigtes mod vægtstabilitet, for at fjerne fokus på slankekure, der kan aktivere spiseforstyrrelsessymptomer
- grundig psykiatrisk og somatisk udredning ved opstart

4. Sammenfatning

Under satspuljen har der været givet penge til to projekter, der havde til formål at indsamle erfaringer med behandling af BED i en dansk kontekst. Det ene projekt var i regi af Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og var et lavintensivt tilbud, der rettede sig til personer med let til moderat grad af BED. Det andet var i regi af region Hovedstadens psykiatri, Psykiatrisk Center Stolpegård, der var et højintensivt tilbud til personer med moderat til svær grad af BED.

Projekterne pegede på, at BED er en psykiatrisk lidelse, der bør behandles på linje med andre spise- forstyrrelser. Begge projekter viste gode resultater ift. i betydelig grad at reducere antallet af overspisninger, og graden af øvrige spiseforstyrrelsessymptomer.

Den primære behandlingsmodel var i begge projekter gruppebaseret terapi, suppleret med individuelle tilbud og inddragelse af pårørende. Patienter med let grad til moderat grad af BED profiterer således fint af lavintensivt tilbud, der med fordel kan placeres udenfor psykiatrien og varetages af en række aktører med specialviden om BED, både offentlige og private.

For patienter med moderat til svær BED kræves et højintensivt, tværfagligt tilbud i region af den regionale psykiatri. Dette kan med fordel organisatorisk placeres i de funktioner, der allerede varetager behandling af spiseforstyrrelser, forestået af personer med særlig viden om BED.

Endvidere er det en væsentlig projekterfaring, at væggtabsbehandling ikke bør være en del af BED behandlingen, idet det aktiverer spiseforstyrrelsessymptomerne. Vægttab bør vente til spiseforstyrrelsen har været i ro i lang tid, og vil da være en specialopgave, der bedst varetages af personer med kendskab til BED.

Det er en erfaring fra projekterne, at BED patienter søger behandling sent i deres sygdomsforløb, hvor der ofte er udviklet betydelig overvægt. Dette understreger vigtigheden af fokus på tidlig opsporing, i både kommuner og i almen praksis.

Det er vigtigt, at indsatser vedrørende BED fortsat monitoreres og evalueres med henblik på at indsamle viden om, hvad der virker og til hvilke patientgrupper.

5. Referencer

- 01 Kessler, R. C. et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol. Psychiatry* 73, 904–914 (2013).
- 02 Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry* 61, 348–358 (2007).
- 03 Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. L. Epidemiology of binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 34, S19–S29 (2003).
- 04 Dingemans, A. E. & van Furth, E. F. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int. J. Eat. Disord.* 45, 135–138 (2012).
- 05 Araujo, D. M. R., Santos, G. F. da S. & Nardi, A. E. Binge eating disorder and depression: A systematic review. *World J. Biol. Psychiatry* 11, 199–207 (2010).
- 06 Jackson, T. D., Grilo, C. M. & Masheb, R. M. Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obes. Res.* 8, 451–458 (2000).
- 07 Striegel-Moore, R. H., Dohm, F.-A., Pike, K. M., Wilfley, D. E. & Fairburn, C. G. Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *Am. J. Psychiatry* 159, 1902–1907 (2002).
- 08 Grilo, C. M., White, M. A. & Masheb, R. M. DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and Its Correlates in Binge Eating Disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 42, 228 (2009).

Bilag: Gradsinddeling af BED

| Sygdommens alvorlighed | Grad 1 | Grad 2 | Grad 3 | Grad 4 | Grad 5 |
|------------------------------------|---|---------------------------------|--|---|---|
| | Let BED | Middelsvær BED | | Alvorlig BED | Suicidalfare alvorlig selvdestruktiv adfærd |
| Behandlingsform | Ambulant | | Daghospital | | Indlæggelse |
| <i>Suicidaltruet</i> | Nej | Nej | Evt. tanker | Tanker, planer, men ikke impulser | Planer/impuls |
| <i>Psykologisk indsigt</i> | God | Rimelig | Delvis | Dårlig | Dårlig |
| <i>Motivation for behandling</i> | God | Rimelig | Delvis | Dårlig | Dårlig |
| <i>Evne til at spise normalt</i> | Selvhjulpen | Selvhjulpen med støtte | Behøver støtte og struktur | | |
| <i>Hyppeghed af Overspisning</i> | <2/ uge | 2-6 gange/uge, men ikke dagligt | 1-5 gange dagligt | ≥ 6/dag | Talrige gange dagligt |
| <i>Omgivelsernes støtte/stress</i> | Netværket yder den nødvendige støtte | | Netværket yder delvist den nødvendige støtte | Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene. | |
| <i>Komorbiditet</i> | Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet <i>Nedensående er vejledende</i> | | | | |
| ▪ <i>misbrug</i> | - | - | - | + | + |
| ▪ <i>depression</i> | - | (+) | + | + | + |
| ▪ <i>angst</i> | - | (+) | + | + | + |
| ▪ <i>personlighedsforstyrrelse</i> | - | - | + | + | + |

Efter: Region Hovedstadens psykiatri: Vejledning om BED behandling.