



VIDENSCENTER OM
**SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE**

Erfaringsopsamling om Binge Eating Disorder (BED)

Maj 2016

ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade
Dronningens Tværgade 46
1302 København K
Telefon: 3520 0446
E-mail: sk@viooss.dk



1. Forord	5
2. Resume	6
2.1. Deltagerne og deres spiseforstyrrelse.....	6
2.2. Behandlingsresultater	7
2.3. Diskussion af resultaterne	8
3. Baggrund for projektet	11
3.1. Hvad er BED?	12
3.2. Formål.....	13
4. Undersøgellesdesign.....	15
4.1. Kvantitative metoder	15
4.2. Kvalitative metoder	21
5. Deltagerne.....	23
5.1. Rekruttering	23
6. Procedure og organisation	28
6.1. Fysiske rammer	28
6.2. Gruppeledere og undervisere	29
7. Behandlingsmetoder	30
7.1. Teoretisk fundament i behandlingen	30
7.2. Behandlingens faser	32
7.3. Afslutning og opfølgning på patienter.....	34
8. Resultater	36
8.1. Beskrivelse af deltagerne	36

8.2.	Deltagernes motivation og forventninger.....	52
8.3.	Behandlingens resultater	54
8.4.	Prædiktorer for positive behandlingsresultater.....	70
8.5.	Deltagernes vurdering af behandlingselementerne	72
8.6.	Deltagernes vurdering af rammerne for behandlingen	75
9.	Frafald.....	82
10.	Diskussion af projektets resultater og indhold	85
10.1.	Behandlingens effekter sammenlignet med internationale resultater.....	85
10.2.	Var deltagerne de rette?	89
10.3.	Hvordan kan behandlingen justeres?.....	92
10.4.	Tilføjelser til behandlingen	95
10.5.	Behandlingens forløb i lyset af resultaterne	98
10.6.	Når behandlingen er slut.....	100
10.7.	Andre spiseforstyrrelser og komorbiditet	101
11.	BED-behandling i fremtiden	104
11.1.	Dyre følgevirkninger	104
11.2.	Stor efterspørgsel	105
11.3.	Et omkostningseffektivt behandlingstilbud.....	108
11.4.	Hvem skal udrede?	109
11.5.	Anbefalinger til fremtidig behandling	110
11.6.	Kvalitetssikring af behandlingen	111
12.	Hovedresultater.....	113

12.1.	Deltagerne med BED	113
12.2.	Effekten af behandlingen	114
12.3.	Vidensdeling og anbefalinger	116
13.	Referencer	118
14.	Bilagsfortegnelse	122

1. Forord

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade - LMS har siden 2012 sammen med Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade - VIOSS gennemført et projekt med fokus på behandling af og vidensindsamling om spiseforstyrrelsen BED – Binge Eating Disorder. Denne rapport har til formål at samle resultaterne og erfaringerne fra projektet og erfaringerne med målgruppen.

Vi vil gerne takke alle deltagere i BED-behandlingen, alle involverede terapeuter og fagpersoner samt de, der har superviseret behandlingen. Herudover vil vi gerne takke psykolog og lektor Susanne Lunn for godt samarbejde og kvalitetssikring af vidensindsamlingen.

2. Resume

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) og Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS) har gennemført et nyt og omfattende behandlingsprojekt for BED-patienter. Det overordnede formål med projektet var, at få erfaring med behandling af BED samt en omfattende vidensindsamling om målgruppen. Det vurderes, at der i Danmark er 40.-50.000 mennesker med BED.

Fra 2012-2015 er der gennemført 20 behandlingsgrupper med i alt 157 deltagere, hvor 22 deltagere faldt fra under forløbet. Behandlingen er manualbaseret og består af 18 gruppegange á 2,5 times varighed fordelt over syv måneder. Behandlingen foregår i LMS' rådgivninger i Aarhus, Odense, Aalborg, Sønderborg, Næstved og København.

2.1. Deltagerne og deres spiseforstyrrelse

Deltagerne i projektet er primært kvinder og gennemsnitsalderen er 41 år. Deltagerne var forholdsvis unge, da deres spiseforstyrrelse startede og har i gennemsnit haft den i 24 år.

Deltagernes barndom har generelt været præget af traumatiske begivenheder, seksuelt misbrug, skilsmisse, skoleskift og mobning. Næsten 80 % af deltagerne er svært overvægtige og har et meget anstrengt forhold til egen krop. Over halvdelen lider af andre alvorlige sygdomme end BED som eksempelvis diabetes, hjertekarsygdomme, muskel- og skeletsygdomme, depression og angst. Ydermere har over halvdelen haft selvmordstanker. Det er således en meget belastet målgruppe både fysisk og psykisk.

Kendetegnende for deltagerne er, at de har holdt deres spiseforstyrrelse for sig selv. De har således ikke modtaget behandling eller hjælp tidligere, lige som de fleste først for nylig har involveret deres netværk i spiseforstyrrelsen.

BED er for deltagerne en coping-strategi til at håndtere svære psykiske problemer. Spiseforstyrrelsen og særligt overspisningerne er forbundet med stor skam. Deltagerne skammer sig over at miste kontrollen over spisningen, over deres krop, og over, at de ikke er i stand til at kontrollere deres madindtag

og tage bedre styring over deres liv. Spiseforstyrrelsen fungerer som en ond spiral, hvor svære følelser og negative oplevelser bliver til selvkritik, som fører til kontroltab og overspisninger. Disse kan så igen medføre skyld, skam og lavt selvværd, der kan føre til nye overspisninger.

2.2. Behandlingsresultater

Resultaterne viser, at behandlingen har haft en markant positiv effekt på deltageres BED. Før behandlingen levede deltagerne op til eller lå på grænsen til diagnosen BED. Efter behandlingen lever 68 % ikke op til diagnosekriterierne, og den positive udvikling fortsætter et år efter, hvor ca. 78 % ikke lever op til diagnosekriterierne. Dette afspejler, at antallet af tvangsoverspisningsepisoder pr. måned er faldet markant fra ca. 23 til 6 blandt deltagerne. I forhold til deltageres psykiske symptomer, så har behandlingen samlet set haft en signifikant positiv effekt. Herudover er deltageres trivsel og tilfredshed med eget liv og krop steget efter behandlingen.

Ydermere har deltagerne fået en bedre forståelse af, hvorfor deres overspisninger opstår, og de er klædt bedre på til at undgå overspisningerne. Sidst men ikke mindst har behandlingen øget deltageres selvværd, selvindsigt og egenomsorg. Det samlede udbytte af behandlingen vurderes generelt til at være højt.

Der er dog en gruppe på en tredjedel af deltagerne, som forsat lever op til diagnosekriterierne for BED ved behandlingsafslutning (32 %) samt et år efter (22 %). Men også hos disse deltagere har der været en positiv udvikling på en række parametre.

Når deltagerne vurderer rammerne for behandlingen, så fremhæver knap halvdelen, at det for dem har betydning, at behandlingen ikke foregår i psykiatrien. De har en forventning om, at behandling i psykiatrien betyder, at de vil føle sig mere sygeliggjorte og stigmatiserede. Generelt er deltagerne tilfredse med rammerne for behandlingen, herunder inddragelsen af netværket.

Sammenlignes resultaterne samlet set af behandlingen med lignende international behandling, så er disse resultater på niveau med andre indsatser for målgruppen med BED. Sammenligner man med behandlingsresultaterne for andre spiseforstyrrelser er resultaterne generelt bedre.

2.3. Diskussion af resultaterne

Den rette målgruppe

Overordnet kan det konkluderes, at behandlingen når den tiltænkte målgruppe, da langt størstedelen af deltagerne oplever udbytte af behandlingen. Der er dog en underrepræsentation af mænd blandt deltagerne. Ved en permanentiggørelse af behandlingen, er det derfor relevant i højere grad at tilpasse markedsføringen af behandlingen til mænd og eventuelt oprette grupper, som udelukkende henvender sig til mænd. Det viser sig ydermere, at projektet ikke formår at indfange de mest ressourcetsvage personer med BED. En mulig løsning på dette kan være et tættere samarbejde med kommuner og praktiserende læger.

BED-behandling i fremtiden

På baggrund af projektets resultater anbefales det, at der etableres permanente behandlingstilbud til personer med BED i Danmark, idet langt størsteparten af deltagerne opnår markante og varige forbedringer ved at deltage i behandlingsgrupperne. Ved at oprette permanente tilbud kan man hjælpe en stor målgruppe til langt højere livskvalitet. Jo før de får hjælp, desto færre følgesygdomme såsom type 2 diabetes, hjerteproblemer, forhøjet kolesterol, som er dyre at behandle, vil de få.

Alt tyder på, at BED bliver en diagnose i det kommende ICD-diagnosesystem. Derfor er der behov for at oprette tilbud til målgruppen. På kort sigt vil dette være forbundet med udgifter, men på lang sigt er der ingen tvivl om, at det er billigere at behandle lidelsen frem for følgevirkningerne. Forskningen peger ligeledes på, at jo hurtigere BED-patienter får hjælp, desto hurtigere bliver de raske igen.

Det anbefales, at et fremtidigt forløb tilrettelægges, så der er mere tid til at gå i dybden med den enkelte deltager, fx ved at tilbyde individuelle samtaler som en del af forløbet. Evalueringen peger på,

at længden af forløbet er tilpas. Det anbefales dog, at udvide forløbet til 12 måneder, og at der til sidst går længere mellem sessionerne.

Behandling i og uden for psykiatrien

Der er både fordele og ulemper ved at behandle BED-patienter uden for psykiatrien. En fordel er, at deltagerne føler sig mindre sygeliggjorte og stigmatiserede af omverden uden for psykiatrien. Ulempen er, at det for LMS ikke lovgivningsmæssigt er muligt at henvise deltagere med store problemer direkte videre til behandling i psykiatrien. Dette går ud over de hårdeste ramte og kan ændres ved lovgivningsmæssigt at muliggøre et tættere samarbejde mellem LMS og psykiatrien.

Omkostningseffektivt tilbud

LMS har udviklet et omkostningseffektivt tilbud, som koster ca. 10.000 kr. pr. deltager. Det vurderes, at omkring en fjerdedel af patienterne i målgruppen har behov for et omfattende behandlingstilbud i psykiatrien, idet de ikke har profiteret tilstrækkeligt af den nuværende behandling. Samtidig vurderes, at der også er en stor andel af patienterne i psykiatrien, som med fordel kan benytte LMS' behandlingstilbud og profitere tilstrækkeligt heraf. Det er derfor relevant, at permanentliggøre både et tilbud til de mindre alvorligt ramte i målgruppen og et tilbud til de mere alvorlige tilfælde af BED.

Fremtidige patienter

Det anbefales, at der ud over de nuværende eksklusionskriterier suppleres med en øvre BMI-grænse for deltagerne i behandlingen hos LMS. Forslaget er, at alle med en BMI over 45 eller 50 altid behandles i psykiatrien. LMS har behandlet 25 patienter med en BMI over 45 i projektperioden.

LMS' tilbud kan med fordel både være åbent for henvendelse fra egen læge, kommune såvel som at deltagerne selv kan henvende sig.

Kvalitetssikring

For at sikre en høj kvalitet i indsatsen, er det vigtigt at gruppelederne forsat superviseres. Derudover er det centralt, at behandlingen fortsat monitoreres og evalueres. Dokumentation og evaluering af BED behandlingen kan med fordel fortsat varetages af ViOSS, som har den nødvendige viden om BED

og de uddannelsesmæssige kvalifikationer til at løse opgaven. ViOSS kan ligeledes varetage dokumentationen af behandlingen i psykiatrien. Således kan ViOSS være ansvarlig for en national BED-database, som vil give helt unikke muligheder for at arbejde evidensbaseret på tværs af behandlingssteder i og uden for psykiatrien.

3. Baggrund for projektet

BED er på vej til at blive en anerkendt spiseforstyrrelse i Danmark, hvorfor det er afgørende, at det danske sundhedssystem står klar med tilbud rettet hertil. Derfor blev der afsat penge i satspuljen fra 2012 til at indsamle viden og afprøve indsatser i forhold til BED, således at Sundhedsstyrelsen får uddybende og brugbar viden om både målgruppen og hvilke behandlingstiltag, der har en effekt på personer med BED.

LMS er en landsdækkende forening, der siden 2001 har arbejdet for de mange personer i Danmark, hvis liv er berørt af en spiseforstyrrelse eller selvskade. LMS har stor erfaring med og ekspertise i at rådgive og støtte personer, der har en spiseforstyrrelse, samt disse personers netværk. LMS har ca. 1.600 aktive medlemmer og årligt mere end 4.500 samtaler på landsplan gennem foreningens rådgivningsaktiviteter.

ViOSS indsamler og formidler eksisterende viden om spiseforstyrrelser og selvskade og gennemfører undersøgelser og evalueringer på området. Visionen er, at indsatserne mod spiseforstyrrelser og selvskade i Danmark forbedres og styrkes ved, at ViOSS formidler og skaber viden om spiseforstyrrelser og selvskade. Således er håbet, at der på sigt vil være færre genindlæggelser og flere, der mestrer eget liv efter at have haft en spiseforstyrrelse eller selvskade i fremtiden.

LMS og ViOSS søgte midler fra satspuljen for at kunne tilbyde et alternativt behandlingstilbud til behandling i psykiatrien. På baggrund af LMS' erfaringer med personer med BED var vurderingen, at det kan være relevant for en stor del af målgruppen at indgå i et mindre omfattende og omkostningstungt behandlingstilbud end at skulle behandles i psykiatrien. Samtidig ønskede LMS at overkomme problemstillingen, at mange oplever det som stigmatiserende eller grænseoverskridende at skulle behandles i psykiatrien. Ideen var at bygge videre på LMS' omfattende erfaringer med støttegrupper og rådgivning til målgruppen og på baggrund heraf udvikle et gruppebehandlingsforløb, som effektivt kan

hjælpe personer med BED til en væsentlig forbedring af deres spiseforstyrrelse. Samtidig var ambitionen at give personerne med BED redskaber til selv at kunne arbejde videre med deres spiseforstyrrelse uden for behandlingen. LMS bygger således behandlingsforløbet på dokumenterede erfaringer med gruppeforløb, der viser, at patienter under faglig vejledning kan få stort udbytte af at være sammen med andre, der kæmper med samme problemstilling som dem selv. Det skyldes, at de følelser og oplevelser, som typisk skjules for andre grundet skam og frygt for fordømmelse, kan bearbejdes ved at interagere med og opleve accept og forståelse fra ligesindede.

Herudover ville det med udgangspunkt i LMS' rådgivningscentre være muligt at tilbyde behandling i en række større byer i landet, herunder Aarhus, Odense, Aalborg, Sønderborg, Næstved og København. Således har det været muligt at nå bredt ud og dække et stort geografisk område, hvorved personer i hele landet har kunnet modtage behandlingstilbuddet.

3.1. Hvad er BED?

Tvangsoverspisning kaldes på engelsk Binge Eating Disorder og forkortes BED. Det anslås, at ca. 40-50.000 personer i Danmark lider af tvangsoverspisning (Hecht & Schousboe 2012). Således er BED den mest udbredte spiseforstyrrelse i Danmark, men samtidig den mindst kendte. BED er den spiseforstyrrelse, som der er færrest behandlingstilbud til. Hyppigheden af BED er størst blandt kvinder, men BED er den spiseforstyrrelse, som rammer flest mænd (Fairburn & Brownell 2002).

BED er kendetegnet ved, at personen indtager store mængder mad og ofte på kort tid, hvilket er forbundet med kontroltab og fysisk og psykisk ubehag. I modsætning til bulimi er tvangsoverspisningsepisoderne ikke forbundet med kompenserende adfærd såsom opkastninger, brug af afføringsmidler eller motion, hvorfor spiseforstyrrelsen ofte er forbundet med overvægt (Hecht & Schousboe 2012) (Fairburn & Brownell 2002).

Personer, der lider af tvangsoverspisning, vil ofte veksle mellem i perioder at spise langt mere, end de har brug for, og i andre perioder at gå på slankekur. Derfor kan vægten svinge med helt op til 30-50

kg. Ofte ses et kaotisk og ustruktureret spisemønster med større kalorieindtag mellem selve tvangsoverspisningerne. Personer med tvangsoverspisninger er ofte signifikant mere utilfredse med deres krop end overvægtige, der ikke har en spiseforstyrrelse (Hecht & Schousboe 2012).

Personer, der tvangsoverspiser, har ligesom de, der lider af andre spiseforstyrrelser, et lavt selvværd, og som navnet antyder, føler den ramte person sig tvunget til at spise for at dulme indre uro - og fortsætte med det til langt ud over mæthedsgrænsen. Tvangsoverspisningen bliver således en måde at beskytte sig selv mod svære følelser og oplevelser, men er samtidig ofte forbundet med stor skam- og skyldfølelse samt væmmelse over sig selv.

3.2. Formål

Det primære formål med det samlede BED-projekt er at erhverve, analysere og dokumentere grundlæggende og specialiseret viden om personer, som lider af BED, samt viden om metoder inden for og effekten af behandlingsgruppeforløb for denne patientgruppe.

Projektets omdrejningspunkter er:

- Tilrettelæggelse og afholdelse af 20 behandlingsgrupper med i alt 160 deltagere
- Kvantitativ og kvalitativ dataindsamling om målgruppen samt deres behandlingsforløb
- Formidling af resultaterne

Målet for deltagerne og formålet med gruppeterapien er at reducere og på længere sigt stoppe tvangsoverspisningsepisoderne blandt andet ved at korrigere deltageres uhensigtsmæssige tanker om sig selv, krop, vægt og udseende og herigennem også uhensigtsmæssige handlemønstre.

Der er opstillet en række succeskriterier for projektet:

1. At indsamle, analysere og dokumentere viden om BED-patienters karakteristika samt behandlingsbehov i Danmark
2. At indsamle, analysere og dokumentere viden om og effekt af gruppeforløbene som metode
3. At gennemføre 20 gruppeforløb for personer med BED
4. At skabe et terapeutisk forløb i gruppen således, at patienterne støttes af hinanden og af gruppelederen til at reducere/stoppe tvangsoverspisningsepisoder
5. At det tilknyttede fagpersonale arbejder ud fra et fælles etisk, teoretisk og metodisk afsæt
6. At deltagerne umiddelbart efter gruppeforløbet og et år efter ifølge DSM-IV ikke længere opfylder diagnosekriterierne for en spiseforstyrrelse
7. At vurdere udbyttet af patienternes deltagelse i gruppeforløbet
8. At styrke vidensdeling gennem opbygning af regionale og/eller nationale netværk af ressourcpersoner fra såvel den offentlige som private sektor

4. Undersøgelsesdesign

I dette afsnit gennemgås den metodiske tilgang i forbindelse med indsamling af viden om patientgruppen. De kvantitative og kvalitative metoder beskrives, ligesom der redegøres for selve dataanalysen.

Figur 1 giver et overblik over den samlede dataindsamling.

Figur 1: Dataindsamling i forbindelse med BED-projektet

<u>OPSTART</u>	<u>MIDTVEJS</u>	<u>AFSLUTNING</u>	<u>+1 ÅR</u>
EDE	WHO-5	EDE	EDE
EDI	ViOSS-skema	EDI	EDI
WHO-5	Deltager-observationer	WHO-5	WHO-5
ViOSS-skema	Gruppeleder-interview	ViOSS-skema	ViOSS-skema
Interview		Interview	Telefon-interview
		Gruppeleder-interview	

4.1. Kvantitative metoder

Ved opstart, afslutning og et år efter afslutning skal deltagerne svare på et omfattende spørgeskema. Spørgeskemaet indeholder to standardiserede skalaer: WHO-5 og EDI-2 (Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital 1998; Garner 1991). Herudover indgår spørgsmål udarbejdet af ViOSS, hvor der blandt andet spørges ind til deltagerens baggrund og familiemæssige forhold, symptomer, varighed og tidligere behandling af spiseforstyrrelsen samt helbred og livsstil. Samtidig indeholder spørgeskemaerne, der udsendes ved afslutning samt et år efter endt behandling, spørgsmål omkring tilfredshed og udbytte af behandlingen samt mulige forbedringer hertil (se bilag 2).

Deltagerne interviewes derudover ved hjælp af det nævnte diagnostiske værktøj, Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn & Copper 1993) før behandlingsstart, umiddelbart efter dens afslutning og igen et år efter. Herudover bliver en kortere version af det førromtalte spørgeskema besvaret midtvejs i forløbet. Dette indeholder udvalgte spørgsmål, som er udarbejdet af VIOSS.

De standardiserede skalaer WHO-5, EDI og EDE er medtaget for at kunne sammenligne svarene før og efter behandlingen og for at kunne sammenholde resultaterne med andre behandlingsresultater. EDE giver som metode et objektivi t mål for spiseforstyrrelsessymptomer, da disse vurderes af en certificeret interviewer. Dette giver en høj validitet af resultaterne. Samtidig anvendes det som diagnostisk værktøj.

I det følgende beskrives de inkluderede standardiserede skalaer:

WHO-5 består af fem spørgsmål, der omhandler svarpersonens følelsesmæssige tilstand inden for de seneste to uger og udgør samlet set et mål for trivsel. Spørgsmålene scores fra 0-5 og summeres, hvorefter summen ganges med fire, således at trivselsindekset kommer til at gå fra 0-100. I dette projekt er WHO-5-svarkategorien 'I høj grad' fejlagtigt udeladt, hvilket betyder, at den højeste score et svar kan tildeles er 4, hvor det ellers er 5. Dermed bliver den maksimale samlede score 80. Til trods herfor er cut-off værdien for nedsat livskvalitet stadig ≤ 50 ¹. Nedenfor ses WHO-skemaet med de fem udsagn, der skal vurderes (Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Center for Mental Health Frederiksberg General Hospital 1998; Sundhedsstyrelsen n.d.).

¹ I befolkningsundersøgelsen af 14.787 danskere af Ellervik et al. (2014) er middelværdien for WHO-5 med alle seks svarkategorier 69,6 (± 18.4). Undlades 'Hele tiden' bliver middelværdien 67,1 ($\pm 16,1$). Manglen på det sjette svar bør altså ikke påvirke estimatet af middelværdien i voldsom grad, hvorfor cut-off scoren for nedsat livskvalitet på ≤ 50 også kan fastholdes (Ellervik et al. 2014).

Figur 2: Spørgsmål i WHO-5

WHO-5
I de sidste to uger...
... har jeg været glad og i godt humør
... har jeg følt mig rolig og afslappet
... har jeg følt mig aktiv og energisk
... er jeg vågnet frisk og udhvilet
... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig

Kilde: Psykiatrisk center Nordsjælland, Psykiatrisk forskningsenhed

EDI har til formål at måle bestemte psykiske symptomer, der menes at være relevante i forståelsen og behandlingen af spiseforstyrrelser. Skemaet er udviklet med henblik på anoreksi og bulimi. Det består af 64 spørgsmål med seks svarmuligheder, og der kan scores fra 0-3. Det mest symptomatiske svar tildeles scoren 3 ('aldrig' eller 'altid' afhængig af, hvordan spørgsmålet er vendt) det næste gives 2, det følgende 1, mens de tre mindst symptomatiske svarmuligheder gives 0. Spørgsmålene inddeles i otte skalaer, og inden for hver skala kan scoren på spørgsmålene summeres, så der opnås en samlet score for den på gældende skala (Garner 1991). En oversigt over de otte skalaer og deres betydning ses nedenfor:

Figur 3: Beskrivelse af EDI-skalaer

EDI-skalaer
Vægtfobi er en stærk trang til at blive tyndere og frygt for fedme. Spørgsmålene i denne skala vurderer overdreven bekymring omkring slankekur, optagethed af vægt og frygt for vægtøgning.
Bulimi vurderer tendensen til at tænke på og at have episoder af ukontrollerbar overspisning.
Kropslig utilfredshed måler utilfredshed med form og størrelse på de områder af kroppen, der oftest giver anledning til bekymring hos personer med en spiseforstyrrelse (fx mave, hofter, lår og bagdel).
Lav selvfølelse vurderer følelsen af utilstrækkelighed, usikkerhed, værdiløshed, tomhed og mangel på kontrol over eget liv.
Perfektionisme handler om overbevisningen om, at ens præstationer skal være overlegne. Skalaen måler troen på, at kun det bedste mulige resultat af personlige præstationer er acceptabelt samt troen på, at andre (fx forældre) forventer det samme.
Interpersonel mistillid måler en persons følelse af fremmedgørelse og modvilje mod at skabe tætte relationer. Skalaen måler samtidig modstanden mod at udtrykke tanker og følelser til andre.
Forstyrret impuls kontrol vurderer forvirring og ængstelse i forbindelse med at genkende og respondere korrekt på følelsesmæssige tilstande. Herudover vurderer den problemer med at fornemme sult og mæthed.
Frygt for voksenlivet bedømmer ønsket om at trække sig tilbage til barndommens tryghed. Ved både anoreksi og bulimi er det karakteristisk, at man frygter de psykiske og biologiske oplevelser med voksenalder.

Kilde: *Eating Disorder Inventory-2, Professional Manual, 1991*

I forbindelse med BED er 'Bulimi'-skalaen særlig relevant, da den omhandler tendensen til at tænke på og/eller have episoder af overspisning.

Oprindeligt er EDI udviklet til anoreksi og bulimi, og instrumentets generelle egnethed til BED-patienter kan derfor diskuteres. Da spørgsmålene er specifikt rettet mod typiske problematikker og symptomer hos personer med anoreksi og bulimi, vil kun nogle af dem være relevante for personer med BED. Her tænkes især på skalaen 'Frygt for voksenlivet', der primært henvender sig til unge på grænsen til voksenlivet. Dette er et typisk karakteristikum for anoreksi- og bulimipatienter, men ikke for BED-patienter, da disse oftest er væsentligt ældre. Samtidig kan dette fokus i spørgsmålene betyde, at vigtige symptomer for BED ikke vurderes. Et skema udviklet specifikt til BED ville være det mest optimale, men da et sådant ikke eksisterer, er det centralt, at mange af de følelser og psykiske mekanismer, der ligger

bag anoreksi og bulimi, er de samme, som ligger bag BED. Dette taler for, at anvende EDI spørgeskemaet på BED-patienter.

EDE er et semistruktureret diagnostisk interview og er den mest udbredte metode til diagnostisk afklaring af spiseforstyrrelser. Interviewspørgsmålene tager udgangspunkt i de seneste 28 dage, og det er interviewerens opgave at vælge den svarkategori, der passer bedst på informantens svar. Hvert svar har en talværdi, så der ud fra spørgsmålsbesvarelserne kan konstrueres fire skalaer, der dækker fire store områder af patologien forbundet med spiseforstyrrelser (Fairburn & Copper, 1993). De fire underskalaer er 'Restriktion', der måler i hvilken grad en person begrænser sin spising, 'Spisebekymring', der vurderer en persons ubehag ved at spise, 'Figurbekymring', der undersøger en persons optagethed af/utilfredshed med egen krop, og 'Vægtbekymring', der måler en persons utilfredshed/optagethed af vægt (Elsass et al. 2006). Figur 4 er en oversigt over, hvilken grad af bekymring scoren på de fire skalaer indikerer. Disse anvendes til at vurdere alvorlighedsgraden af symptomer og går fra 'Ingen bekymring' til 'Svær bekymring'.

Figur 4: EDE – Symptomernes alvorsgrad

EDE – Symptomernes alvorsgrad på de fire skalaer	
0,1 – 2,0	Ingen bekymring
2,1 – 3,0	Let bekymring
3,1 – 4,0	Moderat bekymring
4,1 – 5,0	Middelsvær bekymring
5,1 – 6,0	Svær bekymring

Ud over de fire skalaer kan EDE give information om hyppighed og alvorlighed af tvangsoverspisnings-episoder, der er et af de vigtigste symptomer i forbindelse med BED. Samtidig gør interviewet det muligt at konstruere et mål for, om deltagerne lever op til diagnosekriterierne for tvangsoverspisning. Til dette bruges de fem kriterier, der er defineret i diagnosesystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, og som ses i boksen nedenfor (Fairburn & Copper 1993).

DSM-IV, definition af tvangsoverspisning (BED)

1. Gentagne episoder med tvangsoverspisning. En periode med tvangsoverspisning karakteriseres ved følgende:

A. at mad, inden for en tidsafgrænset periode (fx inden for 2 timer), indtages i mængder, som helt klart er større, end det de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode og under tilsvarende omstændigheder.

B. en følelse af kontroltab i forhold til fødeindtagelsen (fx en følelse af ikke at kunne kontrollere hvad og hvor meget man spiser).

• Tvangsoverspisningsepisoderne skal være forbundet med mere end 3 af følgende karakteristika:

A. spiser hurtigere end normalt

B. spiser, så man føler sig ubehagelig mæt

C. spiser store mængder mad uden at være sulten

D. spiser alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser

E. føler væmmelse, tristhed eller skyld efter tvangsoverspisning

• Tvangsoverspisningsepisoderne skal være forbundet med betydeligt ubehag

• Tvangsoverspisningsepisoderne forekommer gennemsnitligt mindst 2 dage om ugen, set over en 6 måneders periode

• Tvangsoverspisningsepisoderne er ikke forbundet med regelmæssig brug af uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (f.eks. opkastning, faste eller omfattende motion) og forekommer ikke i forløbet af AN og BN.

Kvantitativ analyse

For at få et overblik over deltagernes karakteristika, undersøges fordelingen på en række udvalgte variable for samtlige deltagere. Der gennemføres dataanalyse med henblik på at sammenligne deltagernes score på WHO-5, EDI, EDE og øvrige relevante parametre ved opstart, afslutning og et år efter behandlingen. Data fra opstart og afslutning sammenlignes med parrede t-tests, mens alle tre tidsperioder sammenholdes ved hjælp af oneway ANOVA og F-tests.

Testene giver et estimat på sandsynligheden for, at forskellen mellem de middelværdier, der sammenlignes, er nul. Med andre ord giver de et bud på sandsynligheden for, at der reelt er en forskel mellem fx før- og eftermålinger.

Herudover anvendes logistisk regression til at identificere mulige prædiktorer for positivt outcome af behandlingsforløbet. Hvorvidt deltagerne lever op til diagnosekriterierne ved afslutning er udfaldsvariablen. Der afprøves forskellige baseline karakteristika og symptomer som forklarende variable med henblik på at finde faktorer, der kan være med til at forudsige, hvem der får størst effekt af forløbet. I alle sammenhænge anvendes et signifikansniveau på 5 % (Kirkwood & Sterne 2003).

4.2. Kvalitative metoder

Fem ud af de tyve grupper er særligt udvalgt til at belyse behandlingseffekten kvalitativt via individuelle interview og observationer. De fem grupper observeres to gange hver i løbet af behandlingen og under forskellige gruppegange. Således er der observationer, der fokuserer på forskellige temaer i behandlingen. Herudover udvælges tre deltagere fra hver af de fem grupper som informanter til dybdegående interview. De enkelte informanter vælges tilfældigt ud fra deres deltagernummer i gruppen. Dog tages der højde for, at vi ønsker informationer om mænd med BED, og eftersom de er stærkt underrepræsenterede i grupperne udvælges de til interview. De udvalgte deltagere fra disse grupper interviewes både før behandlingens opstart og igen efter dens afslutning med henblik på at opnå en dybere forståelse af sygdomsforløb samt oplevelse og udbytte af behandlingen. Hvert interview varer ca. én time. Herudover gennemføres 20 kvalitative interview med deltagere et år efter endt behandling, ligesom alle gruppeledere interviewes undervejs i forløbet og ved afslutning.

Den kvalitative dataindsamling tager udgangspunkt i fire temaer, der danner ramme for de kvalitative interviews, og som vil blive gennemgået i det følgende.

Det første tema er oplevelse og forståelse af BED i barndommen og ungdommen. Her spørges ind til familieforhold, individuelle forhold, sociokulturelle forhold, årsager til spiseforstyrrelsen, fx tab eller traumer, samt udløsende faktorer, fx stress eller pubertet. Det andet tema fokuserer på oplevelse og forståelse af BED i voksenlivet. Her indsamles data om sociale forhold, der udløser konflikter og belastninger, fysiologiske ændringer som kropslige symptomer og/eller psykiske symptomer. Herunder hvilken rolle overspisningerne spiller og oplevelsen af kontroltab, selvstraf og affektregulering. Det tredje

tema fokuserer på hjælpetiltag og afdækker, hvilke former for hjælp deltagerne tidligere har modtaget, samt hvad de har brug for og savner af hjælp nu. Det fjerde tema handler om forventninger til behandlingsforløbet så som fysiske kort- og langsigtede målsætninger, psykiske målsætninger herunder accept af krop, selvværd og relationer samt sociale mål som uddannelse, job og socialt netværk.

Herudover er alle gruppeledere interviewet individuelt og i gruppe undervejs og ved afslutning af forløbet. Interviewene med gruppelederne har haft fokus på deres erfaringer med behandlingsmetoden og målgruppen.

Kvalitativ analyse

De kvalitative interview kodes i Nvivo, hvor der tages udgangspunkt i de fire temaer, der danner grundlag for interviewguiden. Samtidig er der mulighed for at tilføje andre temaer ud fra en induktiv tilgang undervejs i kodningen. På baggrund heraf foretages en kvalitativ analyse for at finde tendenser i deltagernes besvarelser. I rapporten bruges citater fra de kvalitative interview for at uddybe og forklare pointerne fra de kvantitative data.

5. Deltagerne

5.1. Rekruttering

For at rekruttere deltagere til forløbet udføres en række aktiviteter for at øge kendskabet til BED og behandlingstilbuddet. Disse aktiviteter centrerer primært omkring Aarhus, Aalborg og Odense, eftersom der i København var mange på venteliste, og behovet for at reklamere for behandlingen derfor ikke var lige så stort her. Følgende initiativer blev igangsat:

- Udarbejdelse og udsendelse af informationsbreve og foldere om projektet til samtlige lægehuse i Aarhus, Aalborg og Odense
- Annoncering i lokale dagblade
- Annoncering på LMS' hjemmeside, Facebook og medlemsblad af flere omgange
- 15 foredrag om BED i Odense, Aarhus, Aalborg og København
- Møder med overlæger fra psykiatrien i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland
- Foredrag for praktiserende læger i København
- Oplæg ved Nordic Eating Disorder Societies' konference i Stockholm for danske og nordiske behandlere og forskere
- Deltagelse i Godmorgen Danmark og Aftenshowet om BED og gruppebehandlingen
- Oplæg om BED for forebyggelsescentre i København og Næstved

Der er således flere rekrutteringskanaler og henvisningsmuligheder, og det kræver derfor ikke nødvendigvis involvering af egen læge at komme på venteliste til behandlingen, men kan være på deltagerens eget initiativ.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Målgruppen for behandlingsforløbet er mænd og kvinder mellem 18 og 65 år. Børn og ældre inkluderes således ikke. Dette skyldes, at der kan være særlige behov i disse grupper, som der ikke er taget højde for i behandlingen. Derudover er debutalderen for BED typisk højere end ved andre spiseforstyrrelser (ca. 23 år), hvorfor det er oplagt at fokusere på den voksne gruppe (Kessler et al. 2013). Målet var at rekruttere 160 deltagere til projektet.

Deltagerne i behandlingsforløbet skal leve op til diagnosekriterierne for BED, som de er beskrevet i DSM-IV (American Psychiatric Association 2000). Der medtages dog også personer, der ved opstart ligger på grænsen til at have diagnosen, da dette kan give erfaringer i forhold til tidlig indsats, som kan være relevante i forhold til, hvordan behandlingsindsatsen skal tilrettelægges i fremtiden. Dette drejer sig fx om personer, som har haft overspisning i kortere tid, end der er krævet i DSM-IV, eller som har en mild grad af kompenserende adfærd fx i form af faste eller meget motion. Det afgørende for at deltage i projektet er, at BED er deltagerens primære diagnose. Samtidig skal de være motiverede for og indforståede med at deltage i forløbet.

Der er endvidere opstillet en række eksklusionskriterier for at sikre, at indholdet i behandlingen passer til deltagerens sygdomsprofiler, og at gruppedeltagerne kan spejle sig i hinanden. Eksklusionskriterierne retter sig mod udvalgte fysiske og psykiske diagnoser, som vurderes markant at kunne forringe udbyttet af gruppebehandlingen, forhindre deltagelse heri, eller som kræver lægefaglig vejledning. For at gælde som eksklusionsgrund skal tilstanden være diagnosticeret på forhånd.

Følgende tilstande udelukker deltagelse i forløbet:

- Graviditet
- Polycystisk Ovariesyndrom (PCO)²
- Diabetes type 1 (insulinkrævende)
- Alkohol- og stofmisbrug
- Social fobi
- Svær depression
- Psykotiske tilstande
- Aktuell organisk psykisk lidelse (fx demens)
- Dissociative lidelser³
- Skizofreni
- Bipolar lidelse
- Personlighedsforstyrrelser fra Klynge A og Klynge B⁴

Screening og udredning

Efter rekrutteringen indledes den udredende fase, hvor alle potentielle patienter screenes, deltager i en forsamtale og gennemgår et Eating Disorder Examination-interview (EDE) (Fairburn & Copper 1993).

² Polycystisk ovariesyndrom (PCO) er en tilstand, der i de typiske tilfælde er karakteriseret ved mange små cyster på æggestokkene og medfølgende hormonforandringer. PCO kan medføre øget behåring af mandlig karakter og ufrivillig barnløshed.

³ Dækker over en række stressrelaterede lidelser, som er kendetegnet ved forstyrrelser i integrationen af erkendelse, identitet, hukommelse, sansningen, og vilje.

⁴ Personlighedsforstyrrelser inddeles i tre klynger efter en række fælles træk, således at personlighedsforstyrrelserne i hver klynge er beslægtede med hinanden. Klynge A omfatter skizoid, skizotypid og paranoid. Klynge b indeholder dyssocial, borderline, narcissistisk og histrionisk, og Klynge C er de ængstlige-undvigende, dependente og obsseiv-kompulsive personlighedsforstyrrelser.

Den indledende screening foregår telefonisk og udføres primært af psykologer med særligt kendskab til BED. Screeningen foregår ud fra et fast screeningsværktøj udviklet af LMS, som indeholder spørgsmål, der afdækker, hvorvidt potentielle deltagere lever op til diagnosekriterierne, møder eksklusionskriterierne og er indforståede med og motiverede for gruppebehandlingen.

Her spørges således ind til tvangsoverspisningsepisoder, spisemønstre, tanker om vægt, krop, figur og kost, samt hvor længe problemstillingen har været til stede i personens liv. Derudover screenes for andre psykiske og fysiske lidelser, ligesom personens ressourcer og begrænsninger samt forventninger og håb for gruppebehandlingen klarlægges. Screeningen varer minimum 30 minutter.

Lever personen op til inklusionskriterierne, og vurderer de fortsat selv, at de ønsker at deltage, vil de blive inviteret til en forsamtale, som primært varetages af en psykolog. Forsamtalen er et struktureret interview, hvor der spørges endnu grundigere ind til både spisemønstre, personlig historie og nuværende situation samt andre problemstillinger. Psykologen vurderer her endeligt, om de potentielle deltagere lever op til kriterierne, og om de vil kunne indgå i gruppebehandlingen.

Slutteligt gennemgår deltagerne et EDE-interview, som udføres af en certificeret fagperson, der har gennemgået en uddannelse heri. EDE er et diagnostisk interview, som undersøger spiseforstyrrelsen i dybden, og som kan gentages og derved give mulighed for sammenligning efter behandlingen er afsluttet.

Udredningen af deltagerne er altså en grundig proces delt op i flere dele, hvor flere fagpersoner indgår, og hvor deltagerne og deres spiseforstyrrelse undersøges på flere forskellige måder. Ligeledes informeres deltagerne grundigt om forløbet, og det vurderes, hvilken betydning det har for dem at deltage. En ekstra dimension i udredningen er, at det for en del af deltagerne gælder, at det i udredningen er første gang, de hører deres problem omtalt som en regulær spiseforstyrrelse. Derfor kan udredningen

fungere som en vigtig intervention, der kan bidrage til, at deltagerne får et (begyndende) nyt syn på sig selv og en større forståelse for deres spiseforstyrrelse.

6. Procedure og organisation

Behandlingen er forankret i LMS, som er ansvarlig for udvikling af behandlingen, rekruttering af deltagere samt gennemførelse af behandlingsforløbet. ViOSS er ansvarlig for vidensindsamling om BED, herunder dokumentation, kvalitetssikring og evaluering af behandlingstilbuddet. Deltagernes tilbagemeldinger og reaktioner på behandlingen videregives løbende fra ViOSS til LMS, således at LMS kan justere og tilpasse behandlingen på baggrund af evalueringen. Således er der tale om en formativ evaluering, hvor evalueringens resultater får betydning for løbende tilpasninger af indsatsen.

ViOSS samarbejder med Susanne Lunn, Lektor, cand.psych fra Københavns Universitet, som skal kvalitetssikre ViOSS' arbejde, herunder udvikling af evalueringsdesign, spørgeskemaer, interviewguides samt dataanalyse og rapporter.

6.1. Fysiske rammer

I projektet indgår 20 behandlingsgrupper, som foregår i tilknytning til LMS' rådgivningscentre fordelt fem steder i Danmark. Ni grupper gennemføres i København, fire i henholdsvis Odense og Aarhus, og to i henholdsvis Aalborg og Næstved. Idet behandlingen foregår i regi af en forening, er behandlingsstederne placeret centralt i de fem byer i rådgivningernes behagelige atmosfære. Grupperne mødes i LMS' rådgivningslokaler i møderum med plads til ca. 10 deltagere. Da en del af gruppedeltagerne har en svær overvægtsproblematik, er det relevant at overveje, hvilke møbler der anvendes i forløbet. Fx bruges ikke stole med armlæn, hvorved der tages hensyn til svært overvægtige. Derudover kan nogle deltagere være gangbesværede, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på, hvor lokalerne er placeret, og om deltagerne har brug for fysisk støtte til at komme ind og ud. Dette har været væsentlige overvejelser, fordi de fysiske rammer kan styrke en fortælling om at være forkert og følelsen af ikke at passe ind. Grupperne skal være et sted, hvor det er trygt at være, og hvor vægt og fysik ikke er en hindring. De fysiske rammer skal altså understøtte forløbets grundlæggende budskaber om værd og berettigelse uanset størrelse.

6.2. Gruppeledere og undervisere

Selve gruppeforløbene varetages primært af psykologer med særlig viden om spiseforstyrrelser og BED. Enkelte grupper vil have gruppeledere med en psykoterapeutisk uddannelse med særlig erfaring med og viden om spiseforstyrrelser og BED.

For at sikre at alle gruppeledere er kompetente til at varetage behandlingen, får alle intern oplæring i at anvende behandlingsmanualen. Dette foregår ved undervisning i manualen, herunder både i teorien bag og i de praktiske øvelser. Derudover er der mulighed for en praktisk oplæring, hvor særligt nye eller eksterne gruppeledere kan deltage i et forløb eller i enkelte gruppegange hos en erfaren gruppeleder.

Det er prioriteret, at gruppelederne har erfaring med og viden om spiseforstyrrelser fra tidligere, så det ikke er et nyt felt, men blot en ny behandlingsmanual, de skal oplæres i.

For at kvalitetssikre behandlingen får alle gruppeledere undervejs i forløbet supervision af enten en intern eller ekstern supervisor, ligesom der afholdes teamdage med fokus på erfaringsudveksling. Der er fastlagt månedlige supervisioner, men der er også mulighed for intern supervision efter behov.

LMS samarbejder med forskellige rollemodeller, der fortæller deltagernes deres egen historie og vej ud af spiseforstyrrelsen. Rollemodellerne udvælges ud fra at have en positiv og generaliserbar historie om vejen ud af BED. Alle rollemodeller modtager sparring på, hvordan de fortæller deres historie, og flere er erfarne oplægsholdere i at fortælle deres historie.

Som en del af gruppeforløbet samarbejdes med erfarne ernæringsterapeuter, som bidrager med vigtig viden i forhold kost, ernæring, fysiologiske processer, vægt og krop.

7. Behandlingsmetoder

Teoretisk er behandlingen funderet i systemisk, narrativ og kognitiv teori. Behandlingen udføres i gruppeformat og er manualiseret (se bilag 1). Konkret består behandlingen af 18 gruppegange á 2,5 times varighed fordelt over syv måneder. Den første halvdel af gruppegangene foregår med en uges mellemrum og de sidste med 14 dages mellemrum.

7.1. Teoretisk fundament i behandlingen

Det systemiske element i behandlingen kommer særligt til udtryk i brugen af reflekterende teams og i netværksinddragelsen. De reflekterende teams anvendes i behandlingen ud fra ønsket om at skabe genkendelse, fælles forståelse og accept blandt deltagerne, hvilket kan være en modvægt til den skam og ensomhed, som BED kan medføre. Her er det tanken, at spejlingen og refleksionen fra de andre gruppedeltagere kan tilbyde forandring, blandt andet i form af nye perspektiver, selvforståelse og en følelse af at blive hørt og føle sig værd at høre på (Andersen, 1994). En systemisk grundtanke er, at individet skabes i samspillet med andre således, at vi påvirker og påvirkes af de systemer, vi indgår i fx sociale samspil, grupperinger og omverden. Særligt lægges der vægt på familien, da det er individets oprindelige og ofte stærkeste system (Schødt & Egeland, 1992). Tanken er, at problemet ikke blot tilhører individet, men at det skabes i og af systemet, hvorfor systemet også må inddrages, så der kan opstå andre og mere bæredygtige samspil. Mere konkret har det for behandlingens indhold betydet netværksinddragelse⁵, hvor der arbejdes med at forstå, kommunikere om og behandle spiseforstyrrelsen på en mere hensigtsmæssig måde. På den måde støttes gruppedeltagerne og deres netværk i at koble sig sammen på nye måder, der kan hjælpe med at bryde spiseforstyrrelsen.

⁵ I behandlingsforløbet er ordet Netværk blevet anvendt i stedet for familie, da det har været prioriteret, at hver deltager skal definere, hvem der er relevante for dem at inddrage. På den måde er inddragelse bundet af relation og ikke nødvendigvis slægtskab.

Den narrative teori er repræsenteret i forløbet dels med tanken om, at det ikke er personen, der er problemet, men problemet, der er problemet (White, 2008). I forløbet omsættes denne tanke ved at prioritere at eksternalisere spiseforstyrrelsen, så den italesættes og behandles som noget, der ikke er lig med deltagerne, men i stedet noget, der påvirker deltagerne på forskellige måder - både på godt og ondt. Dette har haft betydning for det sprog, der har været anvendt af gruppelederen, og som er blevet introduceret til både gruppedeltagere og deres netværk. Her vægtes et eksternaliserende sprogbrug, således at deltageren ikke er *spiseforstyrret*, men *har en* spiseforstyrrelse. Dette gøres for at deltageren oplever, at de er andet og meget mere end deres lidelse, og at dette andet kan sættes i spil og bruges til at bekæmpe spiseforstyrrelsen. Derudover anvendes den narrative pointe om, at vores selvforståelse ofte skabes i og af de historier, som fortælles om os. Men at disse historier ofte lever på et spinkelt grundlag, da der i vores livshistorie findes mange og forskelligartede historier, som ikke nødvendigvis får en plads i den enkeltes narrativ, men som i terapien kan udfoldes og inddrages (Bruner, 1999). Herved bibringes nuancer, nye forståelser og tykkere historier, som kan fortælle noget nyt om individet og stille det i en mere styrkefuld position (White, 2006).

Det kognitive perspektiv er repræsenteret ved blandt andet anvendelse af psykoedukation og ved brugen af adfærdsændrende øvelser og selvmonitorering, som fx kostdagbog (Blaabjerg & Nyland, 2011). Derudover fylder den kognitive grundforståelse af, at tanker, følelser og adfærd hænger sammen, og at ændringer i tankesættet kan medføre adfærdsændringer meget i forløbet. Her er det gruppeleders ansvar, at engagere deltagerne i at skabe og vedligeholde alternative tanker og adfærd – som altså adskiller sig fra og modarbejder spiseforstyrrelsen (Blaabjerg & Nyland, 2011).

7.2. Behandlingens faser

Forløbet er opdelt i tre faser:

- Første fase er psykoedukerende og giver deltagerne viden om BED og indsigt i deres egen tilstand. Her undersøges sammenhænge mellem kost, følelser og overspisninger, og der arbejdes på at stabilisere spisemønsteret.
- Anden fase fokuserer på at styrke selvværd, relationer og fornemmelse af egne grænser og værdier samt oparbejde nye strategier og færdigheder til at håndtere belastninger og svære tanker og følelser.
- Tredje fase har fokus på at forebygge tilbagefald og overføre ny viden fra gruppebehandlingen til hverdagslivet.

De forskellige dele i forløbet er placeret efter en nøje udtænkt rækkefølge og med en forventning om, at deltagerne udvikler sig undervejs. Således avancerer behandlingen langsomt og flytter sig fra det psykoedukerende til i større grad at omhandle den enkelte deltager, deltagernes liv og relationer og spiseforstyrrelsens betydning heri. På denne måde bygges der oven på en grundviden, som undervejs sættes i spil på nye måder.

Behandlingen er prioriteret, så der i starten er særligt fokus på at reducere overspisningsepisoder og stabilisere spisemønsteret. Dette er valgt, da undersøgelser peger på, at adfærdsændringer i starten af et behandlingsforløb øger sandsynligheden for bedring (Safer & Joyce 2011; Fairburn et al. 2004). I hele forløbet fokuseres der naturligvis på at nedbringe overspisninger og dermed deltagernes psykiske ubehag, men der gøres langsomt mere plads til, at også andre centrale temaer behandles.

Der er dele i behandlingen, som hurtigt kan tages i anvendelse for at tilbyde lindring – dette vil typisk være mindfulness, redskaber til at håndtere overspisninger, føre kost- og følelsesjournal samt viden

om kost og ernæring. Disse dele kan give en følelse af, at det kan lade sig gøre at mindske spiseforstyrrelsen, og de kan på længere sigt fungere som let tilgængelige redskaber til at vedligeholde og udvide resultaterne fra behandlingen.

Ved femte gruppegang inviteres en rollemodel på besøg i gruppen. Denne er en person, som selv har haft BED, og som fortæller sin personlige historie og vej ud af spiseforstyrrelsen. Dette giver gruppe-medlemmerne mulighed for at få gode råd og konkret vejledning, men besøget fungerer også som en måde at styrke motivationen og troen på, at det kan lade sig gøre for deltagerne at slippe spiseforstyrrelsen og håndtere livet uden den. For en mere detaljeret gennemgang af behandlingens dele henvises til behandlingsmanualen, der er vedlagt som bilag.

I gruppebehandlingen er det prioriteret at inddrage deltagerens netværk. Forløbet starter med en informationsaften for deltagerne og deres netværk. Aftenens indhold er primært psykoedukation, så deltagerne og deres netværk har samme grundforståelse og tilgang til spiseforstyrrelsen. Derudover tilbydes gode råd og anbefalinger til netværket, som de kan anvende i samspillet med deres deltager. Slutteligt beskrives forløbet, hvad der forventes, og hvad de kan forvente af gruppelederen, ligesom netværket guides i, hvordan de kan støtte op om forløbet.

Undervejs i forløbet er der to netværkworkshops, hvor deltagerne frit kan invitere dem, de finder relevante at inddrage. Netværkworkshoppen har en flerfamilieterapeutisk tilgang, hvor netværk og gruppe-medlemmer gensidigt lærer af og støtter hinanden (Dawson et al. 2004). De to netværkworkshops er placeret halvvejs og til sidst i forløbet. Formålet er at bidrage til forståelse og støtte i den enkeltes netværk, at forebygge tilbagefald og at sikre overførsel af viden fra behandlingen til hverdagen. Derudover er det formålet at støtte de pårørende og imødekomme deres behov og eventuelle svære tanker og følelser.

Endvidere har der været et tema om relationer i behandlingsgrupperne, hvor de pårørende er blevet inddraget gennem et pårørendebrev. Her kunne hver gruppedeltager vælge op til tre pårørende, som de skulle skrive et brev til ud fra en fast skabelon, som efterfølgende læses højt i gruppen af gruppelederen og anvendes i behandlingen⁶.

Såfremt gruppelederen vurderer det nødvendigt, er det muligt at tilbyde gruppedeltagerne enkelte individuelle samtaler. Disse er typisk i forbindelse med særlige belastninger hos en gruppedeltager, hvor gruppelederen vurderer, at disse kræver ekstra støtte.

7.3. Afslutning og opfølgning på patienter

De tre sidste gruppegange forud for behandlingens afslutning har særligt fokus på at runde forløbet af, forebygge tilbagefald og reflektere over den udvikling, der er sket for gruppens deltagere. Her evalueres de individuelle mål, ligesom gruppedeltagerne reflekterer over hinandens udvikling. Således får deltagerne både deres eget såvel som de andre gruppedeltageres perspektiv på deres behandlingsforløb. Ligeledes tales der om, hvordan den nye viden og udvikling kan fastholdes, når behandlingen afsluttes. Derudover er der fokus på advarselstegn og risikosituationer, som deltagerne skal være særligt opmærksomme på for at undgå tilbagefald.

Alle grupper opfordres til at fortsætte som gruppe uden gruppeleder efter endt behandling, hvor de fortsat kan mødes og yde støtte til hinanden. Gruppelederen hjælper med at sætte nogle rammer for

⁶ Brevene er en besvarelse af tre spørgsmål, som er de samme for alle grupperne og omhandler gruppedeltageres ressourcer og værdier set fra den pårørendes vinkel, se bilag 1. Teoretisk trækker de på narrativ teori og fungerer som en bevidning af den enkelte.

fortsættelsen, og grupperne får udleveret en skriftlig procedure for, hvordan en gruppegang kan forløbe. LMS stiller lokaler til rådighed for dem, der måtte have behov for det.

Efter behandlingens afslutning følges der op på deltagerne ved et EDE-interview. Opfølgningen gentages et år efter, at behandlingen er afsluttet. Ved EDE interviewene bliver de deltagere, der måtte have behov for det, gjort opmærksom på muligheden for at kontakte LMS for rådgivning eller støtte. Alle deltagere er velkomne til at kontakte LMS, efter behandlingen er afsluttet, og de har mulighed for at deltage i andre støttetilbud, hvis de har behov for dette. Nedenstående tilbud fra LMS kan have relevans for målgruppen efter endt behandling:

- Støttegrupper særligt for personer med BED
- Støtte-Kontakt-Personsordningen, hvor deltageren matches med en person, der tidligere har haft en lignende spiseforstyrrelser. Kontakten foregår telefonisk.
- Mentorordningen, hvor deltageren matches med en mentor, som kan støtte vedkommende i fx sociale aktiviteter
- Bisidderordningen, hvor deltageren får en bisidder, som kan deltage i møder med fx kommunen, lægen og jobcentret
- Aktivitetshuset, hvor deltagerne kan deltage i sociale aktiviteter eller kurser i LMS' aktivitets-hus

8. Resultater

På baggrund af den omfattende rekrutteringsindsats modtog LMS knap 200 henvendelser fra personer, der ønskede at deltage i behandlingsforløbet. Efter at have været igennem den udredende fase vurderedes 157 deltagere for egnede, og disse blev tilbudt at deltage. Heraf faldt 22 fra i løbet af behandlingen, mens 134 gennemførte. Frafaldsanalysen gennemgås senere i rapporten. I skemaet nedenfor er angivet, hvor mange af deltagerne, der har svaret på spørgeskemaerne og medvirket i interview og dermed indgår i analyserne.

Tabel 1: Antal besvarelser i dataindsamlingen

Dataindsamling	Antal besvarelser		
	Opstart	Afslutning	Et år efter
EDE	141	106	84
ViOSS spørgeskema	148	117	96
Kvalitative interview	15	14	20

For spørgeskema og EDE-interview faldt svarprocenten forventeligt med tiden. Det kan ikke udelukkes, at de personer, der har svaret ved afslutningen og et år efter, også er dem, der har det bedst, hvorfor resultaterne kan fremstå mere positive, end de ellers ville have gjort, hvis alle havde deltaget.

8.1. Beskrivelse af deltagerne

Følgende afsnit har til formål, gennem en beskrivelse af behandlingens deltagere, at øge indsigten i centrale karakteristika for personer med BED i Danmark. Indledningsvis rettes fokus mod deltagernes socio-demografiske profil, hvorefter centrale aspekter vedrørende spiseforstyrrelsen introduceres. Endvidere fokuseres på deltagernes opvækst og de forhold, som kan have haft betydning for udviklingen af spiseforstyrrelsen, ligesom patientgruppens generelle sundhed og sygdom belyses.

Personlige karakteristika

I tabel 2 præsenteres deltagerne med fokus på køn, alder, uddannelse, boform samt civilstatus.

Tabel 2: Personlige karakteristika

	% (N)
Køn	
Mand	8 (12)
Kvinde	91 (135)
Alder	
17-29 år	21 (31)
30-39 år	29(43)
40-49 år	27 (40)
> 50 år	23 (33)
Uddannelse	
Folkeskole eller tilsvarende	4 (6)
Gymnasial uddannelse	9 (13)
Erhvervsfaglig uddannelse	12 (18)
Kort videregående uddannelse	8 (12)
Mellemlang videregående uddannelse	45 (67)
Lang videregående uddannelse	22 (32)
I beskæftigelse	66 (97)
Boform	
Alene	35 (52)
Med partner	45 (67)
Med andre	20 (29)
Skilsmisse	26 (38)

Som det fremgår, er langt størstedelen af deltagerne kvinder (91 %). Alderen er jævnt fordelt fra 17 år til 67 år, hvorfor gennemsnitsalderen er cirka 41 år. To ud af tre er i beskæftigelse, og knap halvdelen har en mellemlang videregående uddannelse, mens lidt over hver femte har en lang videregående uddannelse. Sammenligner man uddannelsesniveaet blandt deltagerne med uddannelsesniveaet i

den danske befolkning generelt, så er der en overrepræsentation af veluddannede mennesker blandt dem, der har deltaget i behandlingen (Danmarks statistik 2015). En årsag til dette kan være, at behandlingen er centreret omkring de større byer i Danmark, hvor uddannelsesniveaut generelt er højere. Det kan dog også have haft betydning, at personer med en højere uddannelse har et større overskud til at søge viden og dermed opsøge behandlingsforløb sammenlignet med personer med et lavere uddannelsesniveau. Hvorvidt dette er tilfældigt kan være relevant at undersøge yderligere, da der muligvis skal gøres en ekstra indsats for at nå BED-patienter med færre ressourcer og mindre overskud.

To ud af tre deltagere bor sammen med andre, heraf størstedelen sammen med en partner (45 %). Ca. en fjerdedel af deltagerne har gennemgået en skilsmisse, hvilket deltagernes alder taget i betragtning vurderes som svarende til den øvrige danske befolkning.

BED

I det følgende behandles centrale aspekter vedrørende deltagernes spiseforstyrrelse.

Tabel 3: BED

	% (N)
Lever op til diagnosekriterierne for BED ved behandlingsopstart	
	74 (98)
Alder ved BED-debut	Gennemsnit
	16,4 år
	% (N)
Varighed af BED	
0-15 år	29 (42)
16-25 år	33 (47)
>26 år	38 (55)

Af tabel 3 fremgår, at knap tre ud af fire lever op til diagnosekriterierne for BED ved behandlingsopstart. Således er der 26 %, som ikke lever op til diagnosekriterierne ved behandlingsopstart. Det har været ambitionen, at LMS skulle fokusere på de mildere BED-tilfælde, hvorfor der i behandlingsgrupperne også har været inkluderet deltagere med atypisk BED, og som derfor ikke lever op til alle diagnosekriterierne for BED⁷. Tabellen viser ydermere, at deltagerne generelt var unge, da de begyndte at tvangsoverspise. Deltagerne har kæmpet med BED i en lang årrække, hvor den gennemsnitlige patient har haft sygdommen i ca. 24 år, mens den for 25 % af deltagerne har været i mere end 30 år. Eftersom BED har udviklet sig gradvist hos de fleste deltagere, er det svært for dem at svare på, hvornår det begyndte. Mange mener, at de udviklede BED allerede i barndommen, hvilket vil blive beskrevet senere i rapporten.

Deltagernes egne beskrivelser af BED

For at få en bedre forståelse for sygdommen er det interessant at se på, hvordan deltagerne selv beskriver BED. Nedenstående citat er et eksempel herpå:

"Jeg spiser mere, end hvad jeg har godt af. Jeg er for fikseret på maden. Hvis der mangler en løsning, finder jeg det gennem maden. Jeg kan slet ikke forstå, at folk kan have et normalt forhold til mad. Skammen er meget stor i forhold til maden. Jeg føler mig ansvarsløs og føler, at jeg burde kunne tage vare på mig selv og mit liv. Jeg har ødelagt så meget i mit liv på grund af tvangsoverspisning." (Kvinde, 60 år)

Som det fremgår af citatet, medfører tvangsoverspisningen et meget stort fokus på mad. Foruden at spise meget bruger deltagerne meget tid på at tænke over mad og måltider - også når de ikke spiser. Derfor kan tanker om mad, krop og vægt optage u hensigtsmæssigt meget energi og overskud hos deltagerne, ligesom det er tilfældet med andre spiseforstyrrelser. Dernæst er det karakteristisk, at maden

⁷ Atypisk BED indgår under 'Other Specified Feeding or Eating Disorder' i DSM-IV.

fungerer som en coping-strategi. Når deltagerne oplever udfordringer i livet af forskellig karakter, er det maden, der bliver midlet til at håndtere disse. Det kan fx være, at overspisningerne tager til, når deltagerne føler sig stressede eller pressede. Det kan også være en kritisk kommentar på arbejdet, eller at de har glemt at give barnet gummistøvler med, som kan starte selvbeprejdelserne, der ofte ender i en overspisningsepisode. BED er for deltagerne forbundet med stor skam, da de tænker meget på, hvad andre tænker om dem, deres krop og deres liv. De skammer sig over at miste kontrollen over spisningen, og de skammer sig over deres krop, hvilket fører til, at de også skammer sig over at spise almindelige portioner mad. Mange deltagere bebrejder sig selv for, at de ikke er i stand til at kontrollere deres madindtag og tage bedre styring over deres liv generelt. Der er således en indbygget negativ spiral i BED, hvor negative oplevelser bliver til selvkritik, som fører til kontroltab og overspisninger, som igen medfører skyld, skam og lavt selvværd, der igen kan føre til nye overspisninger.

Overspisningerne

En væsentlig del af diagnosekriterierne for BED er episoderne med tvangsoverspisninger. Vi dykker her ned i tvangsoverspisningerne for at give en bedre forståelse af, hvad de indebærer, hvorfor de opstår, og hvordan deltagerne har det med deres tvangsoverspisninger.

Overspisningerne kan have meget forskellig karakter. For at give en fornemmelse af, hvordan overspisningerne foregår, og hvilket omfang de har, gives her et par forskellige eksempler. En deltager fortæller, at hun ofte på vej hjem fra byen bliver ked af det og lige vil spise noget mad på vejen. Dette resulterer i, at hun går fra det ene spisested til det næste, og når hun kommer hjem, har hun fx både spist en burgermenu, 2 pizzaer, en kebab og en bagel. En anden deltager fortæller, hvordan en overspisning kan starte med, at han bare bliver ved med at spise rugbrødsmadder. Han kan spise 8-10-12 stykker rugbrød med pålæg. Så ved han, at det er gået galt og spiser resten af pålægget. Herefter går han over til søde ting, ofte kiks og kager, som han har liggende. Herefter spiser han slik og chokolade, som han dog forsøger at undgå at have i lejligheden. Der er også flere deltagere, som i højere grad planlægger

deres overspisninger. De ved, hvornår de er alene og glæder sig til endelig at kunne give slip og bare spise. Overspisningen er således ikke noget, der sker, uden at de er bevidste om det. En deltager fortæller, at hun køber flødeboller, slik og is og gør klar, før hun bestiller take-away hos Just Eat til 3-4 personer. Hun glæder sig og føler sig lykkelig, mens det står på. Bagefter skammer hun sig og forsøger at skjule sine spor og fortæller sin kæreste, at hun er syg og går i seng med store fysiske smerter, had til sin krop og en enorm skam. Hun lover igen og igen sig selv, at det ikke skal ske mere.

I nedenstående citat fortæller en anden kvindelig deltager om sine tvangsoverspisninger:

”Det er en brist, man har. En uhensigtsmæssighed, man har i hjernen. Det er en form for forstyrrelse, hvor man ikke kan styre sit madindtag en gang imellem og nogle gange hele tiden. Man taber fatningen og evnen til at sige stop. Jeg tror, at jeg kan sige stop, og så rejser jeg mig op og tager en småkage. Det gør jeg måske to til tre gange, og så tænker jeg, at nu er det gået galt for mig, og nu kan jeg ligeså godt fortsætte. (...)

Så planlægger jeg og veksler mellem noget fedt, noget sødt og så videre. Nogle gange er det sund mad. Jeg tager små portioner, men bliver ved og ved, indtil jeg ikke kan bevæge mig. Så venter jeg lidt, og så mærker jeg, at jeg kan tage mad ind igen. Jeg kan godt se tv eller læse dameblade, men ikke noget fagligt, fordi det fylder alt i tankerne. Jeg kan sagtens tage en dag eller en weekend på den måde. Jeg har prøvet én gang at få det sådan på arbejde. Så kan jeg ligeså godt tage hjem. (...)

Jeg har ubevidst planlagt mine overspisninger ved altid at have en masse mad i huset, hvor man ikke lægger mærke til, at noget mangler. Man kan ikke styre det. Man har det fysisk dårligt. Jeg føler mig proppet en eller to dage efter.” (Kvinde, 48 år)

Som det fremgår af de forskellige eksempler, er overspisningerne karakteriseret ved indtag af store mængder mad. Det kan både være mad, som deltagerne kan lide, men det kan også være mad, som deltagerne normalt ikke bryder sig om, eller som ikke er tilberedt. Eksempelvis er der deltagere, som spiser frossen mad. Dernæst er overspisningsepisoderne forbundet med et kontroltab. Som citatet indikerer, kan deltagerne opleve, at de ikke kan stoppe igen, og nogle kan opleve deciderede black

outs under overspisningerne. Derudover er overspisningerne forbundet med følelsen af stor skam. Skam over at miste kontrollen over madindtaget og skam over egen krop. Deltagerne forsøger at undgå overspisningerne, hvorfor det opleves som et personligt nederlag, når det ikke lykkedes. Selvleden ved egen krop bliver for mange også større efter overspisningerne, da kroppen føles 'ulækker', og deltagerne får det fysisk dårligt. Samtidig tænker deltagerne ofte meget over, hvad andre tænker om deres overspisninger. Deltagerne er meget bevidste om at skjule deres overspisninger for omverden. De overspiser kun, når de er alene, og de handler i forskellige butikker, så ansatte i supermarkederne og andre kunder ikke fatter mistanke om deres overspisninger. Nogle lyver over for deres nærmeste omgangskreds for at få tid alene til at overspise, eksempelvis ved at lyve sig til at få tidligere fri fra arbejde, så de kan komme hjem og overspise.

Nogle af deltagerne sammenligner sig selv og deres overspisninger med stofmisbrugere og deres fix. De bruger meget energi på at tænke på og planlægge overspisningerne. Mens overspisningerne står på og kort efter, kan de give deltagerne en ro og glædesfølelse, hvor de oplever, at alt andet kan lukkes ude og er ligegyldigt. Efterfølgende kommer skammen og de negative tanker og følelser, som kan lede til, at overspisningerne gentages igen samme dag eller dagen efter.

Overspisningerne udløses af en række forskellige forhold som eksempelvis sygdom i den nærmeste familie, stress, angst, fysiske smerter, sorg, oplevelsen af, at andre tænker nedværdigende om dem med videre. Fælles for disse forhold er, at de sætter deltagerne i en følelsesmæssig vanskelig situation, som de håndterer ved at overspise. Overspisningerne giver således deltagerne en midlertidig følelse af ro og trøst. De dulmer svære følelser og udfylder et tomrum. Nogle deltagere fortæller også, at overspisningerne er meget lystbetonede og opstår, fordi de har lyst til at spise store mængder mad, som de synes smager godt, samtidig med, at de har behov for at give slip på kontrollen. Endelig er det for nogle deltagere uklart, hvad der udløser overspisningerne.

Forholdet til egen krop

En væsentlig del af dét at lide af BED er et meget anstrengt forhold til egen krop. Deltagerne har ofte en meget negativ opfattelse af deres krop, hvilket fylder uhensigtsmæssigt meget i deres dagligdag og er styrende for deres liv generelt. De tænker meget over, hvordan deres krop ser ud, og hvordan den adskiller sig fra andres kroppe. Som det vil fremgå senere, lider størstedelen af deltagerne af overvægt, hvilket kan have betydning for deres kritiske selvbillede og omfanget heraf.

Nedenstående citat giver et indblik i, hvordan deltagerne ofte tænker om og har det med sig selv og deres egen krop.

”Jeg kigger aldrig mig selv i spejlet og kan ikke lide at være nøgen. Det er et deprimerende syn. Først og fremmest tænker jeg, at det ville være fedt, hvis jeg ikke skulle bruge alt den energi på det her. Hvis mad og størrelse ikke fyldte så meget, hvis jeg kunne kigge mig selv i spejlet. Jeg straffer mig selv og har ikke lyst at smøre mig ind i creme, når jeg har overspist med min blævrede krop. Bare det at kunne slippe for alle de tanker, og dernæst at få en stabil vægt, se sig selv i spejlet og tænke, at man ser okay ud.” (Kvinde, 48 år)

Så vidt muligt forsøger deltagerne at undgå at forholde sig til deres egen krop enten ved at undgå at se på sig selv eller ved at forsøge at fortrænge, at den overhovedet eksisterer. Flere fortæller, hvordan de føler, at alle andre kigger på dem og deres krop og dømmer dem. De oplever ubehag ved at møde nye mennesker og ubehag ved at gå på gaden eller tage bussen, fordi de føler, at alle omkring dem tænker negativt om dem. At dyrke sport, gå på stranden og bade sammen med andre er for mange fuldstændigt udelukket. På den måde fylder det ekstremt meget i deltagernes hverdag, at de ikke trives med deres krop, og det begrænser dem i at leve deres liv på normal vis.

At blive diagnosticeret

Ét er at have et anstrengt forhold til mad - noget andet er at få en spiseforstyrrelse som diagnose. For størstedelen af deltagerne har det at få diagnosen BED gjort en positiv forskel i deres liv. Tendensen fremgår af nedenstående citat:

”Det gjorde mig til et mere åbent menneske over for andre. Da jeg fik diagnosen, begyndte jeg at få en omgangskreds. (...) Jeg har altid troet, at jeg var voldsomt introvert, men det er ikke så simpelt. Forståelsen af at jeg har en spiseforstyrrelse, som ikke bare er mig, men som er et kendt og generelt problem, har ændret noget. Jeg tror, at det satte tingene i perspektiv. Jeg kunne tage det og sige: ’Det her er noget, jeg har, og det kan tages væk fra mig, og så kan jeg være et helt menneske ved siden af’. Det ejer mig ikke længere på samme måde. Så forståelsen af, at jeg har en diagnose, det gør, at det kan adskilles fra mine generelle evner som menneske. Det behøver ikke at styre mit sociale liv, og det gør det heller ikke længere på samme måde.” (Mand, 41 år)

For flere af deltagerne har det, at de har fået en diagnose, gjort, at de i højere grad kan adskille spiseforstyrrelsen fra sig selv som personer. Dette er særligt afgørende for, at de kan få troen på, at deres situation kan ændres. Samtidig har diagnosen for mange ændret relationen til andre. Det kan være vanskeligt for udenforstående at forstå, hvorfor andre mennesker har et så ukontrolleret forhold til mad, men diagnosen kan gøre det nemmere for deltagerne at forklare det til omverdenen samtidig med, at den kan være nemmere for omverdenen at forholde sig til. Herudover har det betydet, at deltagerne i højere grad tør tale med andre om deres problemer.

For andre deltagere er det vanskeligt at forholde sig til, at de har fået en diagnose. Dette kan hænge sammen med, at det, at få en diagnose samtidig er et udtryk for, at man er ’syg’ eller ’fejler noget’, hvilket kan føles stigmatiserende. Samtidig oplever en del af deltagerne, at selvom de har fået en diagnose, som de kan fortælle andre om, så har omverdenen fortsat svært ved at forstå og forholde sig til deres tvangsoverspisning.

En svær barndom

Dysfunktionalitet i barndomshjemmet er en velkendt risikofaktor i forhold til udvikling af en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen 2005; Lunn et al. 2010). Dette gør sig gældende blandt flere af behandlingens deltagere, der beskriver deres barndom som meget problemfyldt både i og uden for hjemmet:

”Jeg følte, at jeg var havnet i en forkert familie. Jeg kan se allerede i min dagbog fra 11-12 års alderen, at jeg ikke passede ind i familien. Jeg fik også tæv af mine forældre. Hvis man sagde et eller andet, så kunne min far komme i tanke om at smide noget efter mig. Der var ingen connection mellem os. De sagde altid, at jeg var et provokerende barn. De sagde altid: ’Tror du virkelig, at du er noget?’ Jeg blev pillet ned hele tiden.” (Kvinde, 48 år)

Dette ses også af spørgeskemabesvarelserne om oplevelser i opvæksten.

Tabel 4: Forhold i opvæksten

	% (N)
Har oplevet...	
... mobning	49 (72)
... forældres skilsmisse	39 (58)
... skoleskift mere end tre gange	10 (15)
... seksuelt overgreb	25 (37)
... andre traumatiske oplevelser	47 (69)

Som det fremgår af *tabel 4*, gælder det for en stor del af deltagerne, at deres forældre er blevet skilt (39 %). Barndommen bærer ydermere præg af konflikter forældrene imellem, og mange fortæller om ustabilitet i familien og manglende overskud fra forældre. Der er tale om barndomshjem, hvor en fjerdedel af deltagerne har oplevet seksuelle overgreb, mens næsten halvdelen har haft andre traumatiske oplevelser såsom dødsfald, vold eller psykisk mishandling i familien (47 %). Flere deltagere oplever, at der i barndommen ikke blev taget tilstrækkeligt hånd om deres problemer samtidig med, at der hverken er blevet talt om disse eller om de konflikter,

som er i hjemmet. Generelt har deltagerne manglet omsorg, opmærksomhed og bekræftelse af eget værd gennem barndommen og teenageårene.

I relation til skolelivet har flere deltagere været udfordret. En ud af ti har haft tre eller flere skoleskift, og flere har haft vanskeligt ved at følge med i skolen. Endvidere har deltagerne haft det svært socialt i skolen. Næsten halvdelen af deltagerne er blevet mobbet (49 %), og flere har haft få, ingen eller de 'forkerte' venner. Nogle har forsøgt at håndtere problemerne i skolen ved at agere som 'klassens klovn' eller mobbe andre.

For mange deltagere har overvægt været et problem siden barndommen. Deltagerne er blevet kaldt tykke og mobbet med deres vægt og spisevaner af både familie og venner, som samtidig har været uforstående overfor, at deltagerne ikke har haft mere kontrol over deres spisning. Deltagerne har accepteret omgivelsernes fremstilling af den tykke pige eller dreng, og det er blevet den fortælling, som flere af dem har taget med sig ind i voksenlivet.

Sundhed og sygdom

Foruden at lide af BED, findes samtidig en høj forekomst af andre fysiske og psykiske lidelser blandt deltagerne. Nedenstående tabel viser centrale aspekter vedrørende deltagernes generelle sundhed og sygdom.

Tabel 5: Sundhed og sygdom

	% (N)
Tidligere anden spiseforstyrrelse	
Ja	14 (21)
Nej	86 (127)
Fedmeopereret (Gastric bypass)	
Ja	5 (8)
Nej	94 (139)
BMI	
<24	4 (5)
25-29	17 (23)
30-34	18 (24)
35-39	24 (32)
40-44	19 (25)
45-49	12 (16)
50-54	6 (8)
>55	1 (1)
Har oplevet...	
... selvmordstanker	59 (87)
... alkohol- og stofmisbrug	12 (18)
Bekymret for helbred	
Ja	91 (136)
Nej	8 (12)
Andre alvorlige sygdomme	
Ja	43 (63)
Nej	57 (85)

Som det fremgår af *tabel 5*, har en mindre del af deltagerne (14 %) tidligere haft en anden spiseforstyrrelse end BED, og kun ganske få har fået foretaget en gastric bypass operation (5 %). Over halvdelen af deltagerne har haft selvmordstanker (59 %), mens flere har kæmpet med alkohol- eller stofmisbrug (12 %). Samlet set er der en meget høj forekomst af både fysisk og psykisk sygdom samt tegn på, at deltagerne ikke trives særlig godt.

Det er udbredt at lide af minimum to sygdomme blandt deltagerne. Ser man på danske kvinder generelt, viser tal fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013, at der blandt disse kun er 29 %, der har to sygdomme eller mere. Multisygdom er forbundet med lav livskvalitet, dårligt mentalt helbred og nedsat fysisk funktionsevne (Christensen et al. 2014). Det kan derfor i det fremadrettede arbejde med BED-patienter være et relevant opmærksomhedspunkt, at mange tilsyneladende kæmper med dette.

Ser man på deltagernes BMI, er kun 4 % normalvægtige, mens 17 % er overvægtig (BMI>25<30), og 42 % er svært overvægtige (BMI>30). For ca. en tredjedel af deltagerne ligger BMI over 40, og de kan dermed karakteriseres som meget svært overvægtige, mens en gruppe på 7 % ligger over et BMI på 50 og er ekstremt svært overvægtige. Således er deltagerne markant mere overvægtige end den almene befolkning, hvor 44,7 % er normalvægtige, 40 % er moderat overvægtige og 14,3 % er svært overvægtige (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Næsten samtlige deltagere (91 %) er bekymrede for deres helbred, og mange af bekymringerne handler om konsekvensen af deres overvægt. Deltagerne bekymrer sig om følgesygdomme og om, hvor længe kroppen kan holde til overvægten. Lidt under halvdelen har andre alvorlige sygdomme ud over deres spiseforstyrrelse (43 %). Typen af sygdom fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 6. Andre alvorlige sygdomme end spiseforstyrrelsen

	% (N)
Angst	21 (24)
Depression	31 (36)
OCD	3 (4)
ADHD	2 (2)
PTSD	2 (2)
Personlighedsforstyrrelse	5 (6)
Aspergers syndrom	2 (2)
Diabetes	2 (3)
Kræft	1 (1)
Muskel og skelet sygdomme (fx osteoporose eller gigt)	5 (6)
Hjertekarsygdomme	2 (2)
Tarmsygdom	2 (2)
Andre	22 (26)

Tabel 6 viser, at størstedelen af deltagerne har en depression eller lider af angst. Ser vi på de somatiske sygdomme, lider nogle af deltagerne af diabetes, kræft, hjertekarsygdomme, tarmsygdomme samt muskel- og skeletsygdomme såsom knogleskørhed eller gigt. Derudover har andre lidelser såsom epilepsi, gigt, astma, diskusprolaps, højt blodtryk med videre.

Sygdom i familien

Mens fokus ovenfor rettedes mod deltagerens egen sundhed og sygdom, vender vi i det følgende fokus mod deltagerens familier. Nedenstående tabel 7 viser centrale aspekter vedrørende sundhed og sygdom blandt deltagerens familiemedlemmer. Som det fremgår, kæmper deltagerne i høj grad med problemstillinger, der samtidig findes blandt deres familiemedlemmer.

Tabel 7: Sundhed og sygdom i familien

	% (N)
Har familiemedlemmer der...	
... er undervægtige	9 (13)
... er overvægtige	73 (108)
... har psykiske lidelser	40 (59)
... har et alkohol- eller stofmisbrug	30 (44)
... er alvorligt syge	14 (20)

Næsten tre ud af fire deltagere har familiemedlemmer, der er overvægtige (73 %). Der er tale om familier, hvor forholdet til mad har fyldt meget enten som et vigtigt element, når der skulle 'hygges' eller som noget, man skulle holde sig fra, hvorfor dele af familien ofte har været på slankekur. Der er hos flere tale om uhensigtsmæssige spisemønstre, som er blevet overført fra forældrene til deltagerne:

"Min mor har altid været overvægtig, og jeg var også overvægtig. Vi har altid spist forkert. Nærmest kun grøntsager og gammeldags sovs og kartofler. Mor har givet spisemønstret videre, også overspisningerne. Især når far ikke var hjemme. Det hele skulle være i smug. Det var ikke kun is, men også kager, slik og alt muligt. (...) Far startede en klub oppe på skolen om aftenen i hverdage, så der var han meget væk. Der var jeg ca. 10 år, og der begyndte det. Hver gang han var væk, skulle der spises og hygges: 'Nu kommer far snart hjem. Kan du ikke lige gå hen og smide det ud i den store skraldespand og lægge noget over, så han ikke ser det?' Det var meget direkte."
(Mand, 45 år)

Således har mange af deltagerne haft et anstrengt forhold til mad lige siden barndommen. Ser man på andre problematikker i familien, har 40 % af deltagerne familiemedlemmer, der lider af en psykisk sygdom. Dertil har 30 % af deltagerne familiemedlemmer med et alkohol- eller stofmisbrug, og 14 % har familiemedlemmer, der er alvorligt syge. Der er således tale om, at mange af deltagerne kommer fra familier, hvor usund livsstil samt dårligt fysisk og psykisk helbred fylder meget.

Tidligere behandling for BED

En fjerdedel af deltagerne (25 %) har tidligere modtaget behandling for BED. Heraf har størstedelen gået til psykolog (23 personer). Herudover har 16 af deltagerne konsulteret en diætist. Flere af deltagerne fortæller, at det har været vanskeligt for dem at fortsætte det ændrede spisemønster efter endt behandling. Flere har også savnet et større fokus på de psykiske problematikker, som de kæmper med. Kun 13 deltagere har tidligere modtaget psykiatrisk behandling. Enkelte deltagere har oplevet, at de ikke har 'passet ind' i den psykiatriske behandling. Nogle af deltagerne har lidt af tvangsoverspisning i mange år, hvor der som bekendt ikke har været specialiserede tilbud til denne målgruppe. Der er derfor eksempler på, at deltagere har modtaget behandling henvendt til bulimi- eller anoreksipatienter, og som de ikke har profiteret af.

Flere deltagere oplever, at hjælpen er kommet alt for sent, og at de ofte selv har måtte sørge for at opsøge hjælpen. Flere har oplevelsen af, at egen læge ikke har været i stand til at hjælpe tilstrækkeligt, enten fordi vedkommende ikke har haft den nødvendige viden om tvangsoverspisning, eller fordi der ikke har været relevante tilbud at henvise til. Deltagerne oplever samtidig en generel berøringsangst fra deres netværk og fra omverdenen i forhold til deres sygdom. Der henvises til, at pårørende og netværk ikke har reageret på symptomerne og ikke har turdet spørge ind til deltagernes situation. For nogle har der dog også været tale om, at det har taget lang tid, før de har følt sig klar til at modtage hjælp.

Netværkets kendskab til BED

For mange er BED et meget følsomt emne, som kan være vanskeligt at involvere netværket i. I overensstemmelse hermed viser nedenstående tabel, at det er karakteristisk for en stor andel af deltagere, at netværket har kendt til deres spiseforstyrrelse i relativt kort tid.

Tabel 8: Netværkets kendskab til deltagerens BED

År	% (N)
<1 år	39 (42)
2-5 år	24 (26)
5<	37 (39)

I alt har 39 % kendt til BED under et år, 24 % har kendt til den mellem to til fem år, mens 37 % har kendt til lidelsen i mere end fem år. Der er altså en forholdsvis stor andel af netværket, som har kendt til spiseforstyrrelsen i relativt kort tid set i lyset af, at deltagerne har kæmpet med problematikken i mange år - den gennemsnitlige deltager har haft sygdommen i ca. 24 år. Dette tyder på, at BED er tabubelagt i familierne, eller at disse mangler viden om sygdommen. Flere af familiemedlemmerne har først fået viden om og kendskab til BED efter, at deltagerne er startet i gruppebehandlingsforløbet hos LMS.

8.2. Deltagernes motivation og forventninger

I det følgende rettes fokus mod deltagernes forventninger til at indgå i behandlingen.

Tabel 9: Deltagernes forventninger

Hvad forventer du at få ud af din deltagelse i gruppeforløbet?	% (N)*
Få redskaber til at modstå madtrangen	61 (90)
Komme helt af med overspisningerne	49 (73)
Få mere tro på mig selv	35 (52)
Komme af med de mange tanker om mad	31 (46)
Tabe mig	31 (46)
Nedsætte antallet af overspisninger	24 (36)
Finde årsagen til min spiseforstyrrelse	24 (36)
Få hjælp af en behandler, der forstår min spiseforstyrrelse	21 (31)
Møde andre med samme problemer som mig	18 (27)
Få viden om tvangsoverspisning	2 (3)

*Det var muligt at afgive mere end ét svar, hvorfor summen er større end 100 %

Som det fremgår af *tabel 9*, forventer størstedelen af deltagerne, at de vil få redskaber til at modstå madtrangen (61 %) og at komme helt af med overspisningerne (49 %) ved at deltage i behandlingen. Omkring en tredjedel forventer at få en større tro på sig selv, at komme af med de mange tanker om mad samt at tabe sig. Som nævnt tidligere er vægttab ikke en del af målet med behandlingen, men det fylder alligevel meget for deltagerne. Der er i forlængelse heraf eksempler på, at ønsket om vægttab hænger sammen med deltagerens ønske om at nedsætte risikoen for potentielle følgesygdomme i relation til deres overvægt.

Omkring en fjerdedel af deltagerne forventer, at de gennem behandlingen formår at nedsætte antallet af deres overspisninger, finde årsagen til deres spiseforstyrrelse samt at få hjælp af en behandler, der forstår deres spiseforstyrrelse. Få har forventninger til, at de kommer til at møde andre med samme problemer som dem selv (18 %) samt at få viden om tvangsoverspisning (2 %).

Der ses ydermere eksempler på, at deltagerne har en forventning om at opnå mere kontrol over deres dagligdag. Dette indebærer blandt andet at få et 'normalt' forhold til mad, hvor de kan nyde almindelig hverdagsmåltider og give sig selv lov til at spise en kage eller slik engang i mellem.

Nogle af deltagerne har ligeledes en række forventninger til behandlingen på det psykiske plan. En deltager fortæller eksempelvis:

"Mine forventninger er, at jeg får hjælp til både tvangsoverspisningerne, men også mange andre ting. Så jeg kan få fred og få lagt tingene på de rette hylder. Mere konkret vil jeg gerne lære at leve i nuet, elske mig selv, være den som jeg er, stå ved mig selv og acceptere mig selv." (Kvinde, 50 år)

Som det fremgår af citatet har deltageren her en forventning om at få øget selvværd og en forbedret livssituation. Som en anden deltager fortæller: *"At jeg lærer, at jeg er god nok"* (Kvinde, 32 år). I forlængelse heraf er der eksempler på, at nogle deltagere har en forventning om, at den skam, som de føler i forbindelse med deres spiseforstyrrelse, bliver mindre, når de starter i behandling. De forventer, at

de i højere grad tør stå ved deres egne følelser og holdninger og dernæst bliver bedre til at sige til og fra over for andre.

På det sociale plan italesætter nogle af deltagerne en forventning om, at deres sociale relationer styrkes. Det være sig i forhold til venskaber samt intime relationer.

8.3. Behandlingens resultater

I dette afsnit præsenteres behandlingens resultater. Vi vil belyse, hvordan deltagerne har det, efter behandlingen er afsluttet, samt et år efter, og i den forbindelse hvorvidt deltagerne lever op til diagnosekriterierne eller ej. Afsnittet vil også vise deltagernes selvvaluerede udbytte af behandlingen samt eventuelle adfærdsændringer. Afslutningsvis vil netværkets vurdering af behandlingen blive belyst.

Diagnosen BED

For at vurdere hvordan deltagerne placerer sig i forhold til diagnosekriterierne for tvangsoverspisning, fokuserer vi på udvalgte resultater fra de diagnostiske EDE-interview før og efter behandlingen samt et år efter. Som det fremgår af metodeafsnittet, er EDE et diagnostisk interview og den mest udbredte metode til diagnostisk afklaring af spiseforstyrrelser. På baggrund af EDE er det således muligt at afgøre, hvorvidt deltagerne lever op til BED-diagnosen ifølge diagnosesystemet DSM-IV.

Det vigtigste kriterium for diagnosen er tilstedeværelsen af tvangsoverspisningsepisoder. Sådanne episoder skal finde sted minimum to dage om ugen over seks måneder uden kompenserende adfærd som fx opkast eller faste. Nedenfor ses andelen af deltagere, som levede op til de diagnostiske kriterier under DSM-IV ved henholdsvis opstart, afslutning samt et år efter endt behandling.

Tabel 10: Fordelingen af deltagerne på diagnose ved opstart, afslutning og et år efter behandlingen

	Opstart	Afslutning	1 år efter
Lever op til diagnosen			
Ja	74 % (98)	32 % (29)	22 % (17)
Nej	26 % (34)	68 % (63)	78 % (60)

Som nævnt tidligere i rapporten lever 74 % af deltagerne op til diagnosekriterierne ved behandlingsopstart. De deltagere, der ikke lever op til diagnosekriterierne ved opstart, ligger lige på grænsen og opfylder således næsten diagnosekriterierne. Hvis vi ser på *tabel 10*, så opfylder 32 % af deltagerne de diagnostiske kriterier efter behandlingen er afsluttet. Der er altså tale om en markant forbedring, efter at deltagerne har deltaget i behandlingen. Et år efter behandlingen er afsluttet, lever kun 22 % af deltagerne op til diagnosekriterierne. Således er den positive udvikling også fortsat efter, at deltagerne er stoppet i behandling.

Tvangsoverspisningsepisoder

En tvangsoverspisningsepisode indebærer indtag af en ualmindelig stor mængde mad samtidig med en oplevelse af kontroltab.

Tabel 11: Deltagernes tvangsoverspisninger den seneste måned forud for interviewet

	Middelværdi		
	Opstart (N=140)	Afslutning (N=107)	1 år efter (N=84)
Antal tvangsoverspisningsepisoder	22,9	5,7*	5,8*
Antal dage med tvangsoverspisning	12,4	4,5*	4,5*

*Statistisk signifikant forskellig fra middelværdien ved opstart

Ser vi på episoder og dage med tvangsoverspisning i *tabel 11*, er der sket et markant og statistisk signifikant fald fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning. Antallet af tvangsoverspisningsepisoder

og antallet af dage med tvangsoverspisningsepisoder er i gennemsnit faldet med henholdsvis 75% og 65 %. Antallet af tvangsoverspisningsepisoder er steget fra behandlingsafslutning til et år efter med 0,1 procentpoint, mens antallet af dage med tvangsoverspisning er uændret.

Det kan altså konkluderes, at behandlingen har haft en markant positiv effekt på deltagernes tvangsoverspisninger fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning, og at disse resultater er stabile et år efter behandlingen er afsluttet.

Spiseforstyrrelsens psykiske symptomer

De psykiske symptomer på spiseforstyrrelser måles med EDE-skalaer og EDI-skalaer på baggrund af besvarelsene.

EDE-skalaer

På baggrund af spørgsmålene i EDE-interviewet kan der konstrueres fire skalaer (Restriktion, Vægtbetyrning, Figurbekymring og Spisebekymring), der dækker fire store områder af patologien forbundet med spiseforstyrrelser (Fairburn & Copper 1993). Deltagernes middelværdi på de fire skalaer ved opstart, afslutning samt et år efter fremgår af *tabel 12*. Som nævnt i metodeafsnittet går skalaen fra 0,1, der svarer til 'Ingen bekymring' til 6,0, der svarer til 'Svær bekymring'.

Tabel 12: 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*
Vægtbetyrning	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 *tabel 12*, er der på næsten alle skalaer sket en statistisk signifikant forbedring fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning. Både 'Restriktion' og 'Spisebekymring' er i gennemsnit reduceret signifikant med næsten 50 % fra før behandlingsopstart til behandlingsafslutning, hvilket også er det største fald. Deltagerne er altså i gennemsnit blevet halvt så symptomatiske på disse områder. Ser vi på de samme to skalaer et år efter behandlingens afslutning, er det lykkedes deltagerne at fastholde ændringerne, idet 'Restriktionsskalaen' ikke har ændret sig, mens 'Spisebekymringskalaen' er faldet en smule. Skalaen 'Figurbekymring' er i gennemsnit faldet signifikant med 33 % fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning, og dermed gået fra 'Moderat bekymring' til 'Let bekymring' samt faldet yderligere 17 % fra behandlingsafslutning til et år efter. I forhold til skalaen 'Vægtbekymring' så har deltagerne ligeledes rykket sig signifikant fra behandlingsopstart til et år efter, at behandlingen er afsluttet, men befinder sig fortsat inden for 'Moderat bekymring' før og efter behandlingen. Et år efter behandlingsafslutning er middelværdien for deltagerne dog faldet til 'Let bekymring'.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at deltagerne har udviklet sig positivt under behandlingen og ved opfølgning et år efter. Udviklingen er størst fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning, hvilket har været det primære mål for behandlingen. I forhold til resultaterne et år efter behandlingsafslutning har målsætningen været, at deltagerne som minimum har fastholdt denne ændring. Dette er opfyldt for samtlige skalaer, og således er deltagerne generelt fortsat i bedring et år efter, at behandlingen er afsluttet.

EDI skalaer

Ændringen i deltagernes psykiske symptomer kan vurderes ved hjælp af EDI-spørgsmålene som omtalt i metodeafsnittet. Scoren på de otte skalaer i EDI-skemaet før og efter behandlingen fremgår af *tabel 13*. Jo højere scoren er, desto værre har deltageren det.

Tabel 13: Sammenligning af scorer på de otte skalaer ved opstart, afslutning og et år efter behandlingsforløbet

	Middelværdi	Middelværdi	Middelværdi
--	-------------	-------------	-------------

	Opstart (N=148)	Afslutning (N=117)	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 *tabel 13*, 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.

På skalaen for 'Bulimi' er der sket et fald på 60 % fra opstart til afslutning, hvilket betyder, at deltagerne i gennemsnit har mere end halveret tanker om og/eller episoder med overspisning. 'Forstyrret impuls-kontrol' er reduceret med 52 %, og deltagerne er dermed også blevet bedre til at genkende og respondere på følelser. Tilsvarende er scoren på 'Vægtfobi', der vurderer trangen til at blive tyndere, faldet med 40 %, mens 'Lav selvfølelse' er reduceret med 45 %. Deltagerne har dermed også fået øget deres følelse af at være tilstrækkelige og af at have kontrol over eget liv, da det blandt andet er, hvad der skal forstås ud fra skalaen 'Lav selvfølelse'.

Den mindste reduktion ses ved 'Kropslig utilfredshed', som er på 15 %. Dette kan muligvis forklares med, at vægttab ikke har været et mål for behandlingen, og at deltagernes BMI generelt er relativt uændret efter forløbet (gennemsnitligt BMI før: 37,5, gennemsnitligt BMI efter: 37,4). Det er et positivt

resultat, at deltagerne er blevet mere tilfredse med deres krop, til trods for at de i gennemsnit fortsat er svært overvægtige. Ser vi på resultaterne et år efter behandlingsafslutning, så er den positive udvikling kun fortsat på fem ud af de otte skalaer, mens den på de andre er forholdsvis stabil.

For at give læseren en bedre forståelse af, hvad de beskrevne forbedringer på EDI-skalaerne betyder, sammenlignes deltagernes scorer ved afslutning med scorerne for personer uden en spiseforstyrrelse. Dette fremgår af *tabel 14* nedenfor.

Tabel 14: Sammenligning af scorer på EDI-skalaer med personer uden spiseforstyrrelse

	Personer uden spiseforstyrrelse (Clausen et al. 2009) (n=881)	LMS afslutning (n=116)
	Mean (\pm sd)	Mean (\pm sd)
Vægtfobi	3,76 (\pm 5,05)	8,1 (\pm 5,8)
Bulimi	0,81 (\pm 2,10)	4,3 (\pm 3,5)
Kropslig utilfredshed	8,78 (\pm 8,26)	19,1 (\pm 7,2)
Lav selvfølelse	2,22 (\pm 4,18)	6,5 (\pm 5,8)
Perfektionisme	2,81 (\pm 3,44)	5,1 (\pm 3,8)
Interpersonel mistillid	1,63 (\pm 2,75)	2,7 (\pm 2,1)
Forstyrret impuls kontrol	2,31 (\pm 3,82)	6,0 (\pm 5,0)
Frygt for voksenlivet	2,40 (\pm 2,99)	4,4 (\pm 3,3)

På trods af at deltagerne har udviklet sig positivt på næsten alle skalaer fra behandlingsopstart til behandlingsafslutning, ligger de fortsat højere på skalaerne end personer uden en spiseforstyrrelse. Således er der fortsat stadig mulighed for forbedring, hvis deltagerne i højere grad skal komme af med spiseforstyrrelsens psykiske symptomer. Det er imidlertid hverken forventeligt eller en målsætning for behandlingen, at deltagerne efter behandling skal være symptomfri.

Trivsel

Hvor ovenstående afsnit fokuserede på deltageres diagnostiske tilstand, vender vi i det følgende fokus mod deltageres generelle trivsel. Nedenstående tabel viser således deltageres trivsel ud fra WHO's standardiserede trivselsmål (WHO-5) og en skala for tilfredshed med eget liv.

Tabel 15: Deltagernes trivsel og tilfredshed med eget liv

	Middelværdi Opstart (N=145)	Middelværdi Afslutning (N=116)	Middelværdi 1 år efter (N=96)
Trivsel (WHO-5)	33,6	45,2 *	45,1*
Tilfredshed med eget liv#	5,6	6,7*	6,5*

#1=meget utilfreds, 10=meget tilfreds

*Statistisk signifikant forskellig fra middelværdien ved opstart

Af tabellen ses, at deltagernes gennemsnitlige trivsel er øget med næsten 35 % på WHO-5 skalaen, efter behandlingen er afsluttet. Forbedringen er statistisk signifikant. Selvom scoren er højere efter forløbet, ligger den stadig under grænsen for nedsat livskvalitet, der ifølge standarderne for skalaen skærer ved 50. Behandlingen har således ikke formået at bringe deltagerne ud af risikozonen på dette parameter, så deltagerne er fortsat i risiko for nedsat livskvalitet, om end der er sket en forbedring. Et år efter behandlingsafslutning er deltagernes trivsel i gennemsnit stabil.

Tilfredshed med eget liv er vurderet på en skala fra 1-10, hvor 10 angiver, at man er meget tilfreds med sit eget liv, og 1 angiver, at man er meget utilfreds. Tilfredsheden er øget med 1,1 procentpoint. Således er deltagerne mere tilfredse med deres liv efter behandlingen. Ser vi på middelværdien et år efter behandlingsafslutning, er denne faldet lidt, således at deltagerne i gennemsnit er lidt mindre tilfredse med deres liv end ved afslutningen.

De kvalitative interview peger på, at forbedringen i trivsel blandt andet dækker over, at deltagerne i højere grad oplever, at de er mere til stede i deres hverdag, har et større overskud og er i bedre humør. Det har betydning for deres sociale liv, hvor de i højere grad involverer sig i sociale relationer og aktiviteter end tidligere. På den baggrund vurderer flere at trives bedre efter behandlingen, end de gjorde før behandlingen.

Deltagernes selvvaluerede udbytte

I dette afsnit ser vi på deltagernes selvvaluerede udbytte af behandlingen både ved behandlingsafslutning og et år efter, at behandlingen er afsluttet. Det vil variere i de følgende underafsnit, hvorvidt resultaterne refererer til udbyttet ved afslutning, et år efter eller begge tidspunkter.

Overspisning ved behandlingsafslutning og et år efter

Nedenstående tabel viser deltagernes egen vurdering af deres overspisninger ved behandlingsafslutning samt et år efter.

Tabel 16: Deltagernes overspisninger efter endt behandling

	Afslutning % (N)	1 år efter % (N)
Jeg er kommet af med overspisningerne		
Helt enig/enig	20 (24)	21 (20)
Jeg har nedsat mængden af mad i overspisningerne		
Helt enig/enig	80 (93)	80 (75)
Jeg har fået redskaber til at modstå trangen til at overspise		
Helt enig/enig	76 (88)	70 (67)
Jeg har fået vished om, hvad der starter overspisningerne		
Helt enig/enig	82 (96)	-
Jeg oplever mindre grad af kontroltab under overspisningerne		
Helt enig/enig	74 (84)	75 (72)

Af *tabel 16* fremgår det, at cirka hver femte af deltagerne vurderer at være kommet helt af med deres overspisninger både ved afslutning og et år efter. Blandt deltagere, som ikke er kommet helt af med overspisningerne, gælder det, at 80 % har formået at nedsætte mængden af mad i overspisningerne både ved afslutning og et år efter. Dette kan hænge sammen med, at en stor del af deltagerne oplever, at de har fået redskaber til at modstå trangen til at overspise (afslutning: 76 %, 1 år efter: 70%), her

nævner deltagerne blandt andet mindful eating som et af de væsentligste redskaber. For nogle deltagere inkluderer det blandt andet, at de er blevet mere bevidste om, hvorfor de overspiser. Samtidig har deltagerne fået vished om, hvad der starter overspisningerne ved afslutning (82 %), som en af deltagerne fortæller:

”Nu er jeg endelig kommet dertil, hvor jeg har fundet ud af, hvorfor jeg overspiser. Jeg ved meget mere, hvad der foregår, og det gør det nemmere at styre mine overspisninger. Det vidste jeg ikke den dag, jeg startede i forløbet, men nu ved jeg det. Nu kan jeg bedre tage et informeret valg om, hvad jeg laver.” (Mand, 35 år)

De er blandt andet blevet bedre til at fokusere på, hvilke fysiske og følelsesmæssige behov, som de forsøger at tilfredsstille med overspisningerne.

Overspisningerne er forbundet med kontroltab hos mange BED-patienter. Det er derfor positivt, at en stor del af deltagerne oplever mindre grad af kontroltab under overspisningerne (74 %) ved afslutning af behandlingen, og at samme tendens forsætter et år efter (75%).

Deltagerne har ligeledes ved afslutningen vurderet deres udbytte af behandlingen mere generelt ved at angive i hvor høj grad, de var enige i en række udsagn. *Tablet 17* viser et uddrag af spørgsmålene.

Tabel 17: Udbytte af behandlingen

	Afslutning % (N)
Jeg har reduceret min spiseforstyrrelse	
Helt enig/enig	83 (97)
Jeg har lært at leve med min spiseforstyrrelse	
Helt enig/enig	68 (78)
Jeg har fået bedre selvværd	
Helt enig/enig	63 (73)
Jeg har tabt mig	
Helt enig/enig	21 (24)
Jeg har fået øget selvindsigt	
Helt enig/enig	96 (112)
Jeg er mere omsorgsfuld over for mig selv	
Helt enig/enig	86 (100)
Jeg er bedre til at sætte grænser	
Helt enig/enig	75 (85)

Som det fremgår vurderer størstedelen at have reduceret deres spiseforstyrrelse ved afslutning (83 %), mens 68 % har lært at leve med deres spiseforstyrrelse ved afslutning. En næsten ligeså stor andel angiver, at de har fået bedre selvværd (63 %) ved afslutning, hvilket er centralt i forhold til at komme ud af en spiseforstyrrelse. Selvom en ud af fem angiver at have tabt sig under forløbet ved afslutning, er det gennemsnitlige BMI for deltagerne uændret.

Ved afslutning oplever langt størstedelen af deltagerne, at de har fået mere selvindsigt (96 %), er blevet mere omsorgsfulde over for sig selv (86 %) samt bedre til at sætte grænser (75 %). Ydermere tilkendegiver flere deltagere at have fået et forbedret forhold til egen krop efter ved afslutning af behandlingen. Tendensen eksemplificeres nedenfor:

”Forholdet til min krop har ændret sig gevaldigt. Jeg er begyndt at acceptere min krop, som den nu en gang ser ud. I stedet for at veje mig flere gange om dagen, så har jeg ikke vejet mig længe. Jeg har valgt ikke at have en vægt, eksempelvis. Så et mere normalt forhold til mit kropsbillede. Og også bare fordi jeg spiser en is, det gør ikke, at jeg tager 3 kg på og bliver nødt til at træne det væk. Så det har ændret sig. Det er bedre, end det nogensinde har været.” (Kvinde, 22 år)

En af de ting, deltagerne særligt har taget med sig fra behandlingen, er blandt andet, at de ikke oplever så stor skyldfølelse, når de overspiser, og at de generelt er knap så hårde mod sig selv. En af deltagerne uddyber, hvad behandlingen har betydet for hende et år efter, at behandlingen er afsluttet:

”Det har betydet, at hele mit forhold til mad og min krop har ændret sig grundlæggende og radikalt. Jeg har ikke længere en oplevelse af at være styret af mad på samme niveau som tidligere og er slet ikke på nogen måde styret af den rigide side af spiseforstyrrelsen. (...) Jeg skammer mig ikke længere over at være mig og at se ud, som jeg gør med den størrelse, jeg har. Jeg kan stadig føle mig forkert i enkelte situationer, men det forsvinder ret hurtigt, når jeg får mærket efter og husker, hvem der elsker mig. Gruppeforløbet har på alle måder været med til at få mig ud af et slanke- og æde-helvede på en måde som jeg aldrig havde forestillet mig.” (Kvinde, 52 år)

Citatet ovenfor repræsenterer en generel tendens blandt deltagerne. Flere oplever således fortsat, at de har fået et positivt udbytte af behandlingen et år efter behandlingsafslutningen. Nogle af deltagerne oplever blandt andet, at de har fået mere ro på deres hverdag, herunder er de blevet bedre til at håndtere udfordringer og eventuelle konflikter i deres hverdag. Nogle oplever derudover, at de har større fokus på at leve sundt i stedet for at fokusere så meget på figur og vægt, samtidig med at deres selv-værd er forbedret.

I nedenstående tabel vises deltagernes vurdering af en række konkrete elementer i behandlingen.

Tabel 18: Udbytte af behandlingen, fortsat

	Afslutning % (N)
Jeg har fået mere viden om tvangsoverspisning	
Helt enig/enig	98 (113)
Jeg har fundet ud af mere om årsagerne til min spiseforstyrrelse	
Helt enig/enig	89 (104)
Jeg har mødt andre med samme problemer som mig	
Helt enig/enig	99 (116)
Jeg har fået hjælp af en behandler, der forstår min spiseforstyrrelse	
Helt enig/enig	96 (113)
Selvvrurderet udbytte på en skala fra 1-10*	
>6	79,5 (93)
≤6	20,5 (24)

*1=intet udbytte, 10=meget stort udbytte

Som det fremgår af *tabel 18*, har deltagerne fået en større viden om deres lidelse (98 %). De kvalitative interview viser, at deltagerne oplever, at det tidligere har været vanskeligt at få viden om BED af andre kanaler som eksempelvis egen læge, hvorfor de har fundet det givtigt at få viden herom i behandlingsforløbet. En deltager fortæller:

”Det har været helt vildt spændende. Det er også en rar følelse, at man ikke er helt unormal. Jeg har haft tankerne: ‘Det er sgu da for mærkeligt, at jeg ikke kan lade være’. Men at der i stedet er en fysiologisk grund til, at man gør, som man gør. Det har været en lettelse, så man ikke er sådan et mærkeligt rumvæsen.” (Kvinde, 32 år)

Deltagerne har, i kraft af at de har fået mere viden om BED, først og fremmest fået en forståelse for, at den tilstand, de befinder sig i, kan karakteriseres som en lidelse, og at de ikke er de eneste, som lider heraf. Deltagerne oplever dernæst, at de har fået mere teoretisk viden om sygdommen i forhold til både de fysiske og psykiske processer. For det tredje henviser deltagerne til, at det er givtigt at høre

om de andre deltageres oplevelser og erfaringer, da det giver viden om BED fra en anden synsvinkel. For nogle deltagere er det dog fortsat udfordrende at overføre den viden, som de får i grupperne, til deres dagligdag. For nogle er krop og tanker fortsat adskilte, hvorfor det ikke er lykkedes dem at koble viden om BED til sig selv og egen krop.

En stor del af deltagerne har ligeledes fået en større viden om årsagerne til, at deres lidelse er opstået (89 %). Som nævnt udtrykker en stor del af deltagerne, at traumatiserende oplevelser er en væsentlig årsag til deres spiseforstyrrelse. Nogle har været udsat for seksuelle og fysiske overgreb, og flere udtrykker, at de har haft en dysfunktionel familie med omsorgssvigt og manglende anerkendelse. Mange af deltagerne har også været udsat for mobning, der har resulteret i dårligt selvværd, stort selvhad og ensomhed. Igennem behandlingsgrupperne har de mødt andre som står i samme situation (99 %) samt mødt en behandler, som forstår dem og deres problemer (96 %).

Det samlede udbytte vurderes generelt til at være højt, og knap 80 % scorer højere end seks på en skala, hvor ti angives ved et meget stort udbytte. Derved har behandlingen medført positive forandringer for langt størstedelen af deltagerne.

Det sociale

Nedenstående tabel viser deltagernes egen vurdering af det sociale udbytte af behandlingen et år efter.

Tabel 19: Kontakt til andre gruppedeltagere

	1 år efter % (N)
Har kontakt til andre gruppedeltagere	62 (59)
Hvordan bruger I hinanden?	
Jeg har fået en eller flere venner i forbindelse med forløbet	50 (18)
Vi har kontakt over Facebook-gruppe	33 (12)
Vi mødes i gruppen	50 (18)
Vi støtter hinanden i svære perioder	25 (9)
Andet	6 (2)

Som det fremgår af *tabel 19*, tilkendegiver 62 % af deltagerne et år efter afsluttet behandling, at de i varierende grad stadig har kontakt til nogle af de mennesker, som de lærte at kende i forløbet. Heraf har 50 % af deltagerne fået en eller flere venner i forbindelse med forløbet. Halvdelen mødes i gruppen, en tredjedel har kontakt over Facebook, mens en fjerdedel støtter hinanden i svære perioder.

Ændret sundhedsadfærd

Nedenstående *tabel 20* viser deltageres sundhedsadfærd i form af fysisk aktivitet ved behandlingsopstart, ved behandlingsafslutning samt et år efter endt behandling.

Tabel 20: Fysisk aktivitet blandt deltagerne

Hvor ofte er du fysisk aktiv i mindst en halv time?	Opstart % (N)	Afslutning % (N)	1 år efter % (N)
Dagligt	10 (15)	12 (14)	14 (13)
Flere gange om ugen	39 (58)	47 (55)	48 (46)
Én gang om ugen	20 (30)	16 (19)	19 (18)
Sjældnere end en gang om ugen	30 (45)	25 (29)	20 (19)

Ved sammenligning af, hvor ofte deltagerne er fysisk aktive i mindst en halv time ved behandlingsopstart med deres aktivitetsniveau ved behandlingsafslutning samt et år efter, ses en stigning i andelen

af deltagere, som er fysisk aktive dagligt og flere gange om ugen. I forlængelse heraf er der sket et fald i andelen af deltagere, som 'kun' er fysisk aktive én gang om ugen eller sjældnere ved afslutning, som dog er steget en anelse igen et år efter. Samlet set er deltagerne blevet mere fysisk aktive efter behandlingsafslutning, uden at dette har været en del af behandlingens formål. Ved interviewene fortæller flere deltagere, at de har fået mere overskud til at være fysisk aktive og fået mere lyst til at bevæge sig, fordi de har det bedre med sig selv.

Netværkets vurdering af behandlingen

I dette afsnit analyseres netværkets vurdering af behandlingsudbyttet. Det er ikke kun deltagerne selv, som mærker en ændring efter behandlingen. Resultaterne viser, at 71 % af netværket omkring deltagerne oplever, at deltagerne har fået det bedre efter, at have været en del af behandlingsgrupperne. En pårørende fortæller således:

"(...) Hun tør i højere grad være i sin krop. Hun har fået en bevidsthed om, at hun ikke løser sine problemer ved at gå på slankekur, men at det handler mere om at acceptere sig selv og kunne sige fra. Hun har ændret sit forhold til det at spise - hun smager mere på maden og spiser langsommere. Og hun er mere bevidst om, hvilke strategier hun kan bruge i forhold til mad for at undgå overspisningerne (...)" (Pårørende, 55 år)

Som det fremgår af citatet, er der sket positive ændringer på en række områder. Netværket oplever, at deltagerne i højere grad forliger sig med deres krop. Det handler blandt andet om, at deltagerne i højere grad accepterer dem selv og deres situation. I forlængelse heraf oplever netværket, at flere af deltagerne er blevet bedre til at mærke efter, at sige fra og sætte grænser, både over for dem selv, men også i forhold til andre.

Generelt oplever netværket, at deltagerne har fået en anden bevidsthed omkring deres sygdom og deres uhensigtsmæssige adfærd. I den forbindelse har nogle af deltagerne fået en større be-

vidsthed om, hvorfor sygdommen er opstået, og nogle har fået mod på at arbejde med de problemer, der ligger til grund herfor. Netværket oplever, at flere af deltagerne har fået et mere afslappet forhold til mad, som dermed fylder mindre i dagligdagen. Deltagerne er blevet mere bevidste om, hvad de spiser, og de har accepteret, at det er okay at nyde maden.

Flere fra netværket fremhæver endvidere, at deltagerne nu tør fortælle andre om deres sygdom samt perioderne med overspisninger samtidig med, at deltagerne generelt er blevet gladere og har fået mere energi, selvom det for flere har været en stor udfordring at acceptere, at de lider af en sygdom.

Resultaterne viser ydermere, at 68% af deltagerne et år efter, at behandlingen er afsluttet, vurderer, at de i høj eller nogen grad er blevet bedre til at åbne op for personer i deres netværk sammenlignet med før behandlingsforløbet.

8.4. Prædiktorer for positive behandlingsresultater

I dette afsnit vil vi sætte fokus på, hvem der opnår effekt af behandlingsforløbet. Dette kan gøres ved at identificere faktorer, der har betydning for, hvorfor nogle deltagere opnår positivt udbytte af behandlingen, mens andre ikke gør (Lammers et al. 2015). Behandlingsforløbet betragtes i det følgende som værende en succes, hvis deltageren efterfølgende ikke længere lever op til diagnosekriterierne for tvangsoverspisning. I analysen er følgende faktorer udvalgt og undersøgt som mulige prædiktorer for behandlingssucces:

- Køn
- Alder
- Familie- og boligforhold
- Uddannelsesniveau
- Livsstil, herunder rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet

- Komorbiditet
- Mental trivsel
- Traumatiske oplevelser, fx mobning, seksuelle overgreb, selvmordstanker og hyppige skoleskift
- Forhold omkring vægt
- Spiseforstyrrelshistorik, herunder debut for BED og tidligere andre spiseforstyrrelser⁸
- EDI- og EDE score
- Større ændringer i deltagernes liv (fx skilsmisse, dødsfald, alvorlig sygdom med videre)⁹
- Tidligere behandling for BED¹⁰
- Anden behandling samtidig med behandlingsgrupperne (fx psykiatrisk behandling, diætist, alternativ behandling med videre)¹¹

Flere af faktorerne er statistisk signifikant associerede med sandsynligheden for at være fri af diagnosen efter behandlingsforløbet. Lav hyppighed af vejning og positiv vurdering af egen vægt øgede sandsynligheden for at blive diagnosefri. Det samme var tilfældet for en lavere score på EDI skalaerne 'Bulimi', 'Lav selvfølelse' og 'Forstyrret impuls kontrol'. Omvendt var forekomsten af selvmordstanker associeret med en lavere sandsynlighed for at være sluppet af med diagnosen. I forhold til EDE var en lavere score på tre ud af de fire subskalaer prædikerende for behandlingssucces – 'Figurbekymring', 'Vægtbekymring' og 'Spisebekymring'. Det samme gjorde sig gældende for en lavere score på den samlede 'Global score'. Færre tvangsoverspisningsepisoder øgede ligeledes sandsynligheden for at være diagnosefri efter behandlingsforløbet. Disse sammenhænge er alle udtryk for, at et højere niveau af

⁸ Det kan være: anoreksi, bulimi, ortoreksi, megareksi eller andet

⁹ 56 % af deltagerne har oplevet større ændringer i deres liv, efter at de er startet i behandling. Heraf har størstedelen fået nyt job, oplevet alvorlig sygdom eller dødsfald.

¹⁰ 25 % af deltagerne har modtaget behandling for BED tidligere.

¹¹ 18 % af deltagerne har påbegyndt anden behandling, efter de startede i behandlingsgrupperne

de ovennævnte spiseforstyrrelsessymptomer gør det mindre sandsynligt, at man ved hjælp af behandlingsforløbet kan blive diagnosefri. Man kan derfor overveje, om bestemte symptomer eller et vist niveau heraf skal medføre mere eller anden behandling i arbejdet med denne målgruppe. De øvrige parametre kunne ikke forudsige behandlingens succes. Det er således interessant, at faktorer såsom fx vægt, trivsel eller traumatiske hændelser ikke umiddelbart kan forudsige behandlingens succes. Derimod tyder det ikke overraskende på, at jo mindre alvorlig spiseforstyrrelsen er ved opstart, jo større sandsynligheden for at være diagnosefri ved afslutning.

8.5. Deltagernes vurdering af behandlingselementerne

I det følgende rettes fokus mod de kvalitative interview og deltagernes vurderinger af en række konkrete elementer fra behandlingsforløbet. Indledningsvis beskrives deltagernes vurdering af kostdagbogen, som er anvendt i behandlingen. Dernæst fokuseres på mindfulness og mindful eating efterfulgt af brugen af rollemodeller i behandlingen. Endelig rettes fokus mod deltagernes vurdering af ernæringseksperter, som var en del af behandlingen.

Kostdagbog

Formålet med brugen af kostdagbogen er at skabe en forståelse af sammenhængen mellem spising og følelser, og give deltagerne mulighed for at undersøge, hvordan spising og følelser gensidigt påvirker og forstærker hinanden. Sammen med besøg fra ernæringseksperter betyder dette, at deltagerne kan få øje på, at der er mønstre i deres spising, og at det er muligt at ændre disse til det bedre og dermed regulere antallet af overspisningsepisoder.

Det varierer, hvorvidt deltagerne oplever kostdagbogen som et brugbart redskab. De deltagere, som oplever, at de har udbytte af den henviser til, at kostdagbogen er særligt anvendelig til at give et overblik over, hvad de reelt spiser i løbet af dagen. Den er således et redskab, deltagerne kan anvende til at opnå indsigt i egne spisemønstre, som fx hvornår en overspisning opstår, ligesom mange indser, at de faktisk ofte sulter sig selv i løbet af dagen. Når kostdagbogen gennemgås i gruppen, har deltagerne

ligeledes mulighed for at realitetstjekke den mængde af mad, som de indtager. Flere deltagere henviser til, at de selv oplever, at de indtager unaturligt store mængder mad i løbet af dagen, men at der i virkeligheden er tale om helt almindelige mængder set med de andre deltageres og gruppelederens øjne. Ud over hvad de spiser, skal deltagerne i kostdagbogen også notere deres følelser, hvilket gør det muligt for dem at koble følelser direkte til deres spisemønster. Flere deltagere fremhæver, at de her ved er blevet opmærksomme på, hvordan deres følelsesmæssige tilstand direkte påvirker deres overspisninger.

Nogle deltagere oplever dog ikke, at kostdagbogen er brugbar for dem. De føler, at kostdagbogen stresser dem mere, end den gavner, og de glemmer at skrive måltiderne ned i dagbogen. De fleste deltagere har dog fundet kostdagbogen brugbar, mens de gik i behandlingsgrupperne, men har ikke overført den til deres dagligdag efter endt behandling. Et år efter behandlingen er afsluttet anvender 10 % af deltagerne forsat kostdagbogen.

Mindfulness og mindful eating

Som en del af gruppeforløbet har deltagerne afprøvet mindfulness og mindful eating. Langt de fleste deltagere har været glade for begge dele:

"Både mindfulness og mindful eating synes jeg også var ret spændende. Det er noget, jeg prøver at bruge. Mindfulness gør, at jeg falder fuldstændig ned. Jeg føler, at jeg kan klare en hel dag uden nogen problemer. Det giver mig afstressning. Mindful eating har vi brugt herinde (i behandlingsgruppen, red.), og det har gjort, at jeg op til flere gange har ladet noget stå, fordi jeg ikke har syntes, at det smagte godt. Det var en meget anderledes oplevelse at prøve at spise sådan. Det er sjovt, at det kan være så forskelligt." (Kvinde, 32 år)

Som det fremgår af citatet, bruger en række deltagere mindfulness til at mærke efter, hvordan de har det, og hvordan deres krop føles og fungerer. Deltagerne har en tendens til at negligere

egen krop og ikke mærke efter, hvordan den føles, og hvad den fortæller dem. Her er mindfulness en hjælp, som giver deltagerne en bedre føling med sig selv og deres krop. Mindfulness hjælper ydermere deltagerne til at fokusere på de positive ting i deres hverdag.

Mindful eating er nyt for mange af deltagerne og giver dem en helt ny tilgang til det at spise. Mange af deltagerne er ofte på kur og har fokus på, hvad de ikke må spise, og når de spiser usundt, bebrejder de ofte sig selv. Med mindful eating er det legitimt for deltagerne at nyde maden, hvilket giver dem en helt anden oplevelse i forhold til at spise på almindelig vis. Enkelte deltagere nævner i forlængelse heraf, at mindful eating har åbnet deres øjne for, at hvis de i højere grad mærker efter, hvorvidt de er mætte eller ej og spiser derefter, så kan de undgå at være på slankekur hele tiden. For enkelte deltagere føles mindful eating dog mærkeligt og en anelse fjollet, hvorfor de ikke bruger det uden for behandlingen. Et år efter at behandlingen er afsluttet, bruger 42 % af deltagerne i høj eller nogen grad mindful eating. Der er altså tale om et redskab, som forsat er brugbart for mange.

Rollemodeller

Flere af deltagerne finder rollemodellerne inspirerende. De viser, at man kan komme af med sin spiseforstyrrelse og giver på den måde giver rollemodellerne håb for deltagerne.

Flere fremhæver, at én af rollemodellerne har valgt en helt anden vej, nemlig at forlige sig med sin overvægt, hvilket mange af deltagerne ikke føler sig i stand til eller ønsker at gøre. De oplever det dog som inspirerende med en helt anden tilgang. For enkelte deltagere er rollemodellerne dog for langt fra dem selv til, at de kan hente inspiration i dem og deres liv. Dette er blandt andet influeret af, at rollemodellerne adskiller sig på parametre som køn og alder i forhold til nogle af deltagerne, ligesom deres strategi, særligt i forhold til at håndtere overvægtsproblematikken, ligger for langt fra deltagerne selv.

Ernærings ekspert

Som en del af behandlingen har deltagerne haft besøg af en ernæringsekspert, hvilket mange har oplevet som yderst lærerigt. Deltagerne har fået en bedre forståelse for, hvad der sker fysisk og psykologisk, når de spiser. Derudover har ernæringseksperter givet deltagerne en forståelse for vigtigheden af at følge almene kostråd i stedet for konstant at være på slankekur. Deltagerne påskønner endvidere, at de har fået små tips til, hvordan de kan leve sundere i hverdagen. Som kontrast hertil oplever enkelte deltagere dog, at ernæringseksperterens råd er for abstrakte og overordnede til, at det kan hjælpe dem i deres hverdag.

Et år efter at behandlingen er afsluttet, anvender flere af deltagerne forsat elementer fra behandlingen i deres dagligdag.

8.6. Deltagernes vurdering af rammerne for behandlingen

Behandlingen foregår i foreningsregi og dermed uden for psykiatrien. Derfor er det interessant at se på, hvad deltagerne selv mener, dette betyder. Over halvdelen (57 %) vurderer, at det ikke har en betydning, at behandlingen foregår uden for psykiatrien, mens det for lidt under halvdelen (43 %) har en betydning. Der er eksempler på, at deltagerne betragter psykiatrien som et sted, hvor personer med meget alvorlige psykiske lidelser behandles, hvorimod de i højere grad betragter LMS som et sted, hvor personer, der 'blot' er 'adfærdsmæssigt udfordret', behandles. Det er således tydeligt, at disse deltagere ikke betragter sig selv som syge nok til at modtage behandling i psykiatrien samtidig med, at der er eksempler på, at deltagerne har en forestilling om, at de vil blive mere sygeliggjorte og stigmatiserede af omverden, hvis de modtog behandling i psykiatrien. Disse deltagere beskriver LMS som et neutralt sted.

I forlængelse heraf fremhæver andre, at behandlingen potentielt godt kunne være i psykiatrien, men at det er mindre tabubelagt for dem, at det foregår i en forening. Helt konkret nævner enkelte, at de ikke ville fortælle deres netværk, at de modtog behandling og slet ikke invitere dem til netværksarrangementer, hvis behandlingen foregår i psykiatrien. Det har således haft en positiv betydning for

knap halvdelen, at behandlingen foregår i forenings regi. Dette er i høj grad influeret af deres forestillinger om omgivelsernes opfattelse af dem og deres behandling.

Nedenstående tabel viser deltageres vurdering af en række øvrige faktorer, som påvirker rammerne for behandlingen.

Tabel 21: Deltageres tilfredshed med rammerne for behandlingen

	% (N)
Kønsfordelingen i gruppen	
Helt enig/enig	86 (100)
Aldersfordelingen i gruppen	
Helt enig/enig	88 (103)
Længden af møderne	
Helt enig/enig	84 (97)
Hyppigheden af møderne	
Helt enig/enig	72 (83)
Tidspunktet for møderne	
Helt enig/enig	80 (93)
Gruppelederens forberedelse	
Helt enig/enig	97 (113)

Som nævnt tidligere er der blandt deltagerne en stor overrepræsentation af kvinder. Af *tabel 21* fremgår det, at størstedelen af deltagerne er tilfredse med kønsfordelingen i behandlingsgruppen på trods af den meget homogene fordeling. De deltagere, der er utilfredse med kønsfordelingen, er primært mænd, som ønsker en mere lige kønsfordeling. Enkelte mænd foreslår, at man med fordel kan lave rene mandegrupper, da netop forhold til mad og krop ifølge dem er forbundet med ens køn.

I forhold til aldersfordelingen i gruppen er langt størstedelen ligeledes tilfredse. Behandlingsgrupperne er ikke aldersinddelte, hvilket ellers var en overvejelse, før behandlingen startede. Overvejelserne gik særligt på, hvorvidt alder kunne være en barriere for deltagerne i forhold til at åbne op over for de

andre deltagere. Der er eksempler på, at nogle deltagere ligefrem fremhæver aldersfordelingen som en fordel.

Deltagerne er generelt tilfredse med tidspunktet for møderne samt varighed pr. gruppegang. Størstedelen udtaler, at 2,5 time pr. gruppegang er passende, eftersom det er muligt at nå omkring alle deltagere, uden at de bliver for trætte. Herunder er der flere, som ønsker, at gruppegangene i starten varer lidt længere, fordi der er meget at fortælle ved gruppeopstart. Omvendt fremhæver flere, at det er hårdt at være til behandling, og at tre timer er for længe at 'være på'.

Derudover ønsker størstedelen af deltagerne, at forløbets varighed på syv måneder er længere. De fleste ønsker, at forløbet skal strække sig til 12 måneder, hvor hyppigheden mellem sessionerne kunne blive mindre med tiden. Flere foreslår, at den sidste del af forløbet kunne være med månedlige møder, men at der er behov for, at forløbet strækker sig længere, så gruppen fortsat er et sikkerhedsnet under deres positive udvikling. Et år efter behandlingen er afsluttet er ønsket om, at behandlingsforløbet varede længere, endnu større. Flere efterspørger forsat en form for tilknytning eller deltagelse i andre tilbud efter behandlingen er afsluttet.

Der er også en generel tilfredshed med gruppeledernes forberedelse til møderne og stor tilfredshed med deres indsats. Deltagerne udtaler, at gruppelederne er meget rummelige, giver god feedback og skubber deltagerne lige til grænsen for, hvad de kan klare.

Før behandlingen mente 16 %, at de helst ville modtage individuel behandling. Efter at have modtaget gruppebehandling er næsten alle positive i forhold til dette. Flere udtaler, at det er en stor fordel at kunne spejle sig i andre, få udvidet sit perspektiv og få forståelse fra andre, som deler samme problematik:

"Gruppen giver mulighed for at høre andre og spejle sig i andre og finde ud af, at man ikke er alene om det her. Det er meget værdifuldt. Gruppen giver også mulighed for at fortælle, hvordan man har det. Det der med at forklare, hvordan man har det og reflektere over andre. Det er rigtig værdifuldt." (Kvinde, 34 år)

Antallet af deltagere pr. gruppe var omkring syv til otte og for størstedelen af deltagerne ville den optimale gruppestørrelse være 6-8 personer, da flere udtaler, at gruppedynamikken og diversiteten ville forsvinde, hvis der var færre, mens det ville være for presset, hvis der var flere i en gruppe. Flere fremhæver også, at der efter frafald i gruppen har været bedre plads til, at alle kunne komme til orde.

Inddragelse af netværket

Som beskrevet, har netværket været inddraget i behandlingen. Deltagerne selv har generelt været tilfredse med inddragelsen af netværket (89 %) og oplever, at deres pårørende har fået en bedre forståelse for de problemer, som de kæmper med. Deltagerne oplever, at de pårørende nu bedre forstår deres tanker, og generelt oplever de, at det er blevet nemmere for dem at tale med de pårørende om BED. Herunder mener en række deltagere, at netværket er blevet mere opmærksomme på, hvad der kan være positivt og negativt at tale om i forhold til spiseforstyrrelsen. Det være sig eksempelvis slankekure og velmenende råd fra netværket om, hvordan deltagerne bør leve deres liv.

Flere deltagere henviser til, at det kan være svært at forklare andre, hvad BED indebærer, og at forklare alvorligheden af lidelsen. I workshoppen har netværket fået forklaret dette af professionelle, hvilket har været givtigt. Samtidig oplever deltagerne, at deres netværk har haft glæde af at tale med andre pårørende i samme situation. Et år efter at behandlingen er afsluttet, vurderer 68 %, at de er blevet bedre til at åbne op for netværket sammenlignet med før behandlingens opstart.

For enkelte deltagere har netværkworkshoppen ikke fungeret optimalt. Dette skyldes primært, at der i forvejen var en dårlig dynamik i den pågældende behandlingsgruppe, hvilket smittede af på netværkworkshoppen. Andre deltagere nævner, at workshoppen var givtig for dem og deres netværk, men at det fortsat er vanskeligt for netværket at tale med deltagerne om deres tvangsoverspisning.

Resultaterne peger ligeledes på, at netværket har været tilfredse med at blive inddraget. *Tabel 22* viser netværkets vurdering af de 'Netværks Workshops', som har været en del af behandlingsforløbet.

Tabel 22: Netværkets vurdering af Netværks Workshop

	% (N)
Oplysningerne var nye for mig	
Helt enig/enig	67 (71)
Oplysningerne gav mig en bedre forståelse for tvangsoverspisning	
Helt enig/enig	91 (98)
Oplysningerne har været brugbare for mig	
Helt enig/enig	88 (94)
Hvordan oplevede du længden af Netværks Workshopen samlet set?	
For kort	28 (30)
Tilpas	71 (76)
For lang	1 (1)

Tabel 22 viser, at workshopsene henvendt til netværket har bidraget med ny viden for en stor del af netværket (67 %). Stort set alle i netværket oplever, at oplysningerne giver dem en bedre forståelse for BED (91 %), og at oplysningerne er brugbare (88 %). Størstedelen af netværket oplever længden af workshopen som passende (71 %). I følgende citat fortæller en pårørende, hvad vedkommende har fået ud af at deltage i netværksworkshopen:

"Jeg fik en større indsigt i og forståelse for, hvorfor og hvordan en spiseforstyrrelse fungerer. Primært var det rigtig godt at høre fra de andre med spiseforstyrrelse og deres pårørende, og dermed blandt andet få konkrete råd til, hvad man kan gøre for at hjælpe bedst muligt." (Pårørende, 48 år)

Citatet ovenfor repræsenterer en generel tendens blandt flere pårørende, som fortæller, at de har fået en bedre forståelse for BED og mekanismerne bag. Netværket har fået et større indblik i, hvad deltagerne kæmper med, og hvor indgribende sygdommen kan være. For flere har dette været en 'aha'-oplevelse, da deres viden omkring BED for mange var begrænset på forhånd.

Samtidig oplever netværket, at de har fået et bedre udgangspunkt for at tale med deltagerne om deres sygdom. Nu ved de i højere grad, hvad de skal sige og ikke skal sige, samtidig med at berøringsangsten i forhold til sygdommen, som mange har oplevet, er forsvundet. Dét, at netværket har fået indsigt i, hvad behandlingen indeholder, har også gjort, at de bedre kan tale med deltagerne om det forløb, som de er i gang med. Endvidere er der blevet åbnet op for, at netværket og deltagerne kan tale om de problematikker, der ligger til grund for spiseforstyrrelsen. For nogen drejer det sig om problematikker, der stammer helt tilbage fra barndommen, men som aldrig er blevet talt om.

Flere fra netværket fremhæver det også som givtigt, at de har fået mulighed for at høre andres historier. Det være sig både andre, som lider af BED, men også andre pårørende. Det har her været muligt for netværket at dele deres erfaringer og frustrationer og få gode råd fra andre i lignende situationer. Enkelte fra netværket henviser dog også til, at de oplever, at indholdet i workshoppen er gentagende. Dette hænger sammen med, at disse personer har deltaget i flere af netværksarrangementerne. Oprindeligt var det meningen, at deltagerne kunne tage forskellige personer fra deres netværk med til de forskellige arrangementer, således at en pårørende kun deltog i ét af netværksarrangementerne. Det er værd at tage med i overvejelserne fremadrettet, hvorvidt indholdet i netværksarrangementerne skal varieres, så det er interessant for samme person fra netværket at komme flere gange, eller om indholdet skal være det samme, og personerne fra netværket derfor skal opfordres til kun at deltage en gang.

9. Frafald

I alt er 22 personer faldet fra i løbet af behandlingen, hvilket giver en frafaldsprocent på 14. Samlet set vurderes frafaldet at være acceptabelt og forventeligt. Enkelte er faldet fra næsten før behandlingen er startet.

Ud af de 22 frafaldne er der oplysninger på 19 personer ved behandlingsopstart, mens 14 personer har besvaret et spørgeskema ved frafald. Disse personer adskiller sig ikke signifikant fra de andre deltagere på parametre som:

- Køn
- Alder
- Uddannelse
- Civilstatus
- Længde af deltagerens spiseforstyrrelse
- Hvorvidt deltagerne har andre spiseforstyrrelser
- Hvor ofte deltagerne har været på slankekur
- Hvorvidt deltageren lider af andre alvorlige sygdomme
- Undervægt, overvægt, psykiske lidelser og alkohol- eller stofmisbrug i den biologiske familie
- Hvorvidt deltagerne forventer at tabe sig i behandlingen
- Livstilfredshed
- Trivsel

De frafaldne personer har dog i signifikant højere grad alvorlig sygdom i deres biologiske familie end de resterende deltagere. Dette gør sig dog kun gældende blandt fire personer, hvorfor disse resultater bør tolkes med varsomhed.

Der er forskellige årsager til, at deltagerne har fravalgt behandlingen. Størstedelen ønsker i højere grad individuel behandling eller føler ikke, at de passer ind i behandlingsgruppen. For andre er opstart i gruppebehandling for stor en udfordring. Enkelte er utilfredse med gruppelederen, har ikke fået udbytte af behandlingen eller oplever ikke, at indholdet i møderne passer til dem.

Nogle har uddybet deres årsager til behandlingens ophør, og her er andre omstændigheder i deres liv en væsentlig faktor. En frafalden deltager udtaler:

”Jeg har undervurderet mit uddannelsesforløb, og der har været og er så mange projekter og eksamener, der har gjort, at jeg ikke har været i stand til at koncentrere mig om forløbet, og det har højnet mit stressniveau. Jeg vil rigtig gerne deltage på et tidspunkt, hvor jeg ikke er bundet op med skoleundervisning, gruppearbejde, osv. Det er vigtigt for mig at have lidt mere ro til at koncentrere mig om de ting, jeg er i gang med.”

Nogle af deltagerne oplever, at de enten er for pressede eller stressede til at koncentrere sig om behandlingen på grund af andre forhold i deres liv. Andre har det dårligere, end før de startede i behandlingen. Der er også tilfælde, hvor behandlingen sætter gang i nogle tanker og følelser, der er forbundet med andre problematikker end tvangsoverspisningen. I sådanne tilfælde kan der argumenteres for, at selvom vedkommende har stoppet forløbet, så har behandlingen alligevel haft en positiv effekt, idet den har fået vedkommende til at indse, at han/hun kæmper med andre problematikker, som der skal søges behandling for andetsteds. Nogle deltagerne oplever i forlængelse heraf, at det er hårdt for dem at lytte til andres problemer, hvilket også kan være en forklaring på, at de foretrækker individuel behandling.

Årsagen til behandlingens ophør er således forbundet med både individuelle og behandlingsrelaterede forhold. Deltagerne har samtidig forskellige forslag til, hvordan behandlingen kan forbedres. Der er blandt de frafaldne deltagerne blandt andet et ønske om et større fokus på den enkelte, herunder flere individuelle samtaler. Endvidere foreslås der, at det i højere grad bør overvejes, hvem der sættes sammen med hvem i grupperne. Nogle deltagerne efterspørger derudover, at grupperne skal være mindre,

så den enkelte bedre kan komme til. Derudover efterspørges der flere indlæg udefra, så andre kommer og holder oplæg for gruppen.

10. Diskussion af projektets resultater og indhold

I dette afsnit diskuteres projektets indhold og resultater. Der sammenlignes med internationale resultater og diskuteres, hvordan behandlingen med fordel kan tilrettelægges fremadrettet.

10.1. Behandlingens effekter sammenlignet med internationale resultater

Som beskrevet tidligere ses en forbedring på samtlige EDE-skalaer og på både antallet af dage med overspisningsepisoder og antallet af overspisninger. På flere af skalaerne er scoren halveret fra opstart til afslutning, ligesom antallet af overspisningsepisoder og dage med overspisningsepisoder ved afslutning er ca. en tredjedel af, hvad de var ved opstart. Dette virker umiddelbart som store forbedringer og som et tilfredsstillende resultat for behandlingen. Behandlingssuccessen vurderes dog bedst ved sammenligning med resultater fra tidligere undersøgelser, og derfor sammenholdes resultaterne med to andre studier, der ligeledes har undersøgt effekten af behandling af BED og også har brugt EDE som måleredskab. Det skal bemærkes, at der endnu ikke findes danske studier herom, hvorfor det følgende baseres på en sammenligning med to amerikanske studier. Disse undersøger to typer af behandling. Til sidst sammenlignes efter-målingen for behandlingsgrupperne i dette projekt med EDE-scoren blandt en gruppe af raske ikke-overvægtige personer.

Terapeutledet behandling: Peterson mfl. har undersøgt effekten af terapeutledet behandling på 60 BED-patienter. Forløbet bestod af 15 gruppesessioner af 80 minutters varighed over 20 uger, med ugentlige møder de første ti uger og herefter møder hver anden uge (Peterson & Mitchell 2009).

Kognitiv adfærdsterapi: Wilfley mfl. har set på effekten af gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi på 78 personer med BED. Den første tredjedel af behandlingen havde fokus på adfærdstrategier, anden tredjedel på kognitive færdigheder, mens tredje og sidste del handlede om forebyggelse af tilbagefald. Behandlingen bestod af tyve ugentlige sessioner á 90 minutters varighed og tre individuelle sessioner med specifikt fokus på den enkelte deltagers mål og progression (Wilfley et al. 2002).

Interpersonel psykoterapi: I studiet af Wilfley undersøges ligeledes effekten af interpersonel psykoterapi på 80 BED-patienter. Også denne behandlingsform bestod af 20 ugentlige sessioner á 90 minutters varighed samt tre individuelle sessioner med specifikt fokus på den enkelte deltagers mål og progression. Den interpersonelle psykoterapi havde fokus på problemløsning. Første fase havde fokus på patientens interpersonelle historie for at identificere problemområder. I anden del implementeres strategier, der skulle hjælpe deltageren til at lave ændringer inden for det identificerede problemområde, mens sidste del blev brugt til at evaluere forandring og lægge planer for fastholdelse (Wilfley et al. 2002).

Normal befolkning: Et tidligere studie af Wilfley fra 2000 undersøgte psykopatologien bag BED sammenlignet med anoreksi og bulimi og brugte i den forbindelse en gruppe af normalvægtige kontrolpersoner (Wilfley et al. 2000).

Tabel 23: Sammenligning af EDE resultater med andre studier

Middelværdi (±s.d.)									
Behandling	Terapeutledet behandling, N=60		Kognitiv adfærdsterapi, N=78		Interpersonel psykoterapi, N=80		LMS (2015), N=97		Normal befolkning N=42
	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter	
EDE-skalaer									
Restriktion	1,6 (±1,3)	1,1 (±1,0)	1,8 (±1,2)	0,9 (±0,9)	2,1 (±1,3)	1,5 (±1,1)	2,6 (±2,2)	1,3 (±1,3)	0,9 (±0,9)
Spisebekymring	2,1 (±1,2)	1,1 (±1,1)	2,4 (±1,2)	0,6 (±0,8)	2,3 (±1,5)	0,7 (±0,8)	2,6 (±1,5)	1,4 (±2,2)	0,2 (±0,3)
Figurbekymring	3,8 (±0,8)	3,0 (±1,1)	3,8 (±1,0)	2,3 (±1,4)	3,8 (±0,9)	2,4 (±1,1)	3,9 (±1,2)	2,6 (±1,3)	0,5 (±0,6)
Vægtbekymring	3,7 (±1,0)	3,1 (±1,3)	3,3 (±1,1)	2,0 (±1,2)	3,2 (±1,1)	2,1 (±1,2)	3,9 (±1,7)	3,3 (±3,2)	0,6 (±0,8)
Global score	2,8 (±0,8)	2,1 (±0,9)	-	-	-	-	3,2 (±1,0)	2,3 (±1,8)	-
Antal objektive bulimiske episoder	24,6 (±18,7)	6,3 (±12,3)	-	-	-	-	16,7 (±14,4)	5,9 (±9,9)	-
Antal dage med objektive bulimiske episoder	16 (±6,9)	4,4 (±7,3)	17,3 (±6,9)	0,6 (±1,6)	16,3 (±7,2)	0,9 (±2,0)	13,0 (±8,1)	4,5 (±6,6)	-

Når vi sammenligner resultaterne fra LMS' behandling med andre undersøgelser, så scorer patienterne i LMS' forløb generelt højere på samtlige EDE-skalaer før behandlingsopstart sammenlignet med deltagerne i de andre undersøgelser. For eksempel er den gennemsnitlige score på 'Restriktionsskalaen' 2,6 ved opstart i dette studie, mens den for de resterende ligger på henholdsvis 1,6, 1,8 og 2,1. Antallet af objektive bulimiske episoder og antal dage med objektive bulimiske episoder, er for deltagerne i LMS' behandlingsforløb dog generelt lavere end i de øvrige studier.

Ser vi på resultaterne efter behandlingen, er der sket et fald på samtlige skalaer for alle studier. Scoren i dette projekt er dog højere end scoren i de andre projekter. Dette er dog med undtagelse af restriktionsskalaen i studiet af interpersonel psykoterapi og figurbekymringskalaen i undersøgelsen af den terapeutledede behandling.

En årsag til, at deltagere i LMS' behandlingsgrupper ikke scorer ligeså lavt efter endt behandling på EDE-skalaerne som de øvrige studier, kan være, at de scorede højere i udgangspunktet. Ser man på 'Global score', der er et gennemsnit af scoren på de fire skalaer, ender deltagerne fra behandlingsgrupperne på 2,3. Dette er en anelse højere end ved den terapeutledede behandling, men forskellen er meget lille set i lyset af, at deltagerne i LMS' forløb havde et højere udgangspunkt.

I sidste kolonne i tabellen ses resultaterne på EDE-skalaerne for en stikprøve af normalbefolkningen. Med disse som sammenligningsgrundlag bliver det tydeligt, at ingen af de undersøgte behandlinger er i stand til at bringe patienterne ned på et niveau, der svarer til det, der ses blandt personer uden en spiseforstyrrelse.

I forhold til antallet af dage med objektive bulimiske episoder er forbedringen i LMS' behandlingsgrupper den mindste blandt de fire fremhævede studier. De to behandlingsforløb, der er undersøgt af Wilfley et al., formår næsten at eliminere de bulimiske episoder, mens den terapeutledede behandling og behandlingsgrupperne i LMS får antallet af dage ned på ca. 4,5.

Resultaterne sammenlignet med andre spiseforstyrrelser

Hvis man sammenligner resultaterne fra BED-behandlingen med behandlingsresultater fra de øvrige spiseforstyrrelser anoreksi og bulimi, er det tydeligt at der med BED-behandlingen er opnået gode resultater. Omfattende gennemgange af behandlingsresultaterne de seneste 50 år for de øvrige spiseforstyrrelser viser, at under halvdelen bliver raske (Steinhausen, 2002; Steinhausen, 2009).

10.2. Var deltagerne de rette?

Den indledende fase med screening og udredning har som beskrevet været grundig, og deltagerne i projektet opfylder eller er meget tæt på at opfylde diagnosekriterierne for BED, som beskrevet i DSM-IV, ligesom de opfylder inklusionskriterierne for gruppebehandlingen.

Flertallet af deltagerne har profiteret af behandlingen, hvilket peger på, at deres problemstilling har matchet forløbet. Overordnet tyder det derfor på, at de patienter, der har deltaget i forløbet, har været de rette.

I forhold til hvorvidt DSM-IV kriterierne for BED har givet de rette deltagere, så virker beskrivelsen af overspisningsepisoderne samt karakteristika herfor til at være retvisende og som nogen, deltagerne kunne genkende sig selv og deres spiseforstyrrelse i. I DSM-V er kravet til hyppighed og varighed indskrænket til én ugentlig tvangsoverspisningsepisode over en tre måneders periode mod DSM-IV's to ugentlige tvangsoverspisningsepisoder over en seks måneders periode. LMS har anvendt DSM-IV beskrivelsen, men oplever, at det ikke er nødvendigt med en seks måneders periode for at kunne stille en BED diagnose. Ved en fortsættelse af projektet vil det således være anbefalingen at overgå til DSM-V. De deltagere, der lå på grænsen til at have diagnosen ifølge DSM-IV, og som har profiteret af forløbet, vil med stor sandsynlighed leve op til diagnosen ifølge DSM-V, idet perioden og hyppigheden af overspisningsepisoder er mindre. Ved at bruge DSM-V vil man således kunne rekruttere de rette deltagere og næsten alle for, hvem behandlingen er relevant, vil leve op til diagnosekriterierne.

Hvor var mændene med BED?

En svaghed ved projektet er, at det ikke har formået at tiltrække et tilstrækkeligt antal mænd, idet det skønnes, at mænd udgør 40 % af alle, som rammes af BED. Dette tal går ikke igen i antallet af mandlige deltagere i gruppeforløbet. Det har altså vist sig lettere at rekruttere kvinder til forløbet. Dette kan have forskellige årsager. Dels kan tilgangen i rekrutteringen, herunder materialer, sprogbrug og generel omtale have haft betydning for, hvem LMS faktisk har henvendt sig til og dermed endt med at rekruttere. En pointe er, at langt flere kvinder end mænd allerede bruger LMS' eksisterende tilbud, og at LMS er vant til at rekruttere denne målgruppe. Muligvis er der ikke kommunikeret om BED og behandlingstilbuddet på en måde, der har appelleret til mænd. Det er ligeledes muligt, at gruppeformatet kan virke afskrækkende på nogle mænd, og at de derfor ikke har henvendt sig.

Derudover er der en gængs forestilling om, at spiseforstyrrelser er et 'kvindeproblem' og noget, som hører teenagealderen til. En overvejelse er derfor, at nogle mænd ikke genkender deres problem som en spiseforstyrrelse, og derfor ikke henvender sig til LMS (Bulik, 2013). Det kan også være at de måske vælger at lade være med at opsøge behandling af frygt for stigmatisering over at lide af en 'ung-pigesygdom'.

Fremadrettet kan tilbud og rekruttering med fordel designes, så det henvender sig mere til mænd. En overvejelse er, at mænd og kvinder ikke nødvendigvis responderer på samme type af information og materiale, og at det kan i højere grad målrettes begge køn. Der har fra nogle af de mandlige deltagere også været et eksplicit ønske om mandegrupper og alene at reklamere med dette ville potentielt kunne tiltrække flere mænd. Derudover forsøger LMS gennem foredrag, kurser og andet oplysende arbejde at afstigmatisere BED og bryde forestillingen om, at spiseforstyrrelser tilhører et bestemt køn og aldersgruppe. Det kan altså konkluderes, at der fremadrettet skal gøres en ekstra indsats for at rekruttere mænd med BED.

Ressourcesvage deltagere

Selvom oplevelsen hos gruppelederne er, at mange deltagere havde mange andre problemer end deres spiseforstyrrelse, eksempelvis sociale problemer og udfordringer med andre fysiske og psykiske lidelser, så tyder evalueringen alligevel på, at deltagerne eksempelvis har været mere veluddannede end den almene befolkning. Derfor kan der være en målgruppe af mere resourcesvage personer med BED, som har brug for en mere målrettet rekruttering og som evt. i højere grad skal henvises eller opsøges, før de kommer i behandling. Dette kan løses gennem et endnu tættere samarbejde med kommuner og praktiserende læger, som kan hjælpe de resourcesvage patienter til at deltage i behandlingsforløb. I den forbindelse kan det være værd at overveje, om der skal laves særlige grupper for denne målgruppe, da oplevelsen hos gruppelederne har været, at nogle deltagere med mange andre udfordringer har haft brug for mere støtte, end der er lagt op til i gruppeforløbet.

Særligt resourcesvage deltagere kan fx have en kontaktperson eller bostøtte med, der dog ikke deltager i gruppen, men som kan komme med til informationsmøder og netværkworkshop, og som kan følge deltageren frem og tilbage og have det overordnede overblik over forløbet. Derudover kan de fungere som en særlig støtte for deltageren undervejs i forløbet, dette især i forhold til at implementere ny viden og læring i dagligdagen. På den måde er der et professionelt bindeled mellem gruppen og hverdagslivet, som kan give ekstra støtte og opbakning.

Derudover er det relevant at overveje, om dele af behandlingsmanualen skal justeres, så den matcher en mindre resourcestærk gruppe. Her kunne det være væsentligt at nedsætte tempoet for behandlingen og forventningerne til, hvor hurtigt udvikling skal forekomme. Således at der er færre temaer i behandlingen, men at de enkelte temaer til gengæld fylder mere, og at der er endnu mere fokus på, hvordan viden fra gruppen kan overføres til en hverdag, som givetvis indeholder mange belastninger.

Overordnet må det konkluderes, at behandlingen har ramt den tiltænkte målgruppe, da langt størstedelen af deltagerne har fået udbytte af behandlingen. Dog er der fortsat behov for tiltag, der i højere grad kan tiltrække mænd med BED, som eksempelvis rene mandegrupper, anden markedsføring samt aflivning af fordomme om, hvem der rammes af BED. For at nå de mindre resourcesvage personer med BED kan det være relevant at foretage visse tilpasninger blandt andet med henblik på rekruttering af patienter og opbygning af behandlingen.

10.3. Hvordan kan behandlingen justeres?

Behandlingsmanualen har et bredt fokus, hvor flere forskellige teoretiske perspektiver anvendes, hvor deltagerne præsenteres for forskellige øvelser og tematikker, hvor psykoedukation og relationsarbejde prioriteres. Samtidig gives der plads til, at enkelte elementer kan tillægges mere vægt end andre afhængigt af gruppens behov og ønsker. Der er ligeledes indlagt gruppegange med åbne runder, hvor det er de enkelte deltagers historier og oplevelser, der udfoldes og arbejdes med. Inden for behandlingsmanualens rammer er der således mulighed for at justere. Dette gøres dog efter aftale og overvejelse med den pågældende gruppeleders supervisor, så der er en kvalitetssikring af prioriteringerne i gruppen.

Alligevel er erfaringen fra gruppelederne, at det kan være en udfordring at nå det hele og at give alle i gruppen nok taletid. En betragtning er, at det i gruppeterapi netop er en udfordring, at der er en begrænset mængde af tid til hver deltager, men at oplevelsen ved at dele og lytte kan opveje dette. En anden betragtning er, om behandlingsmanualen er for ambitiøs i forhold til tidsrammen, hvilket kan gøre det vanskeligt at udfolde alle delene tilstrækkeligt. Fremadrettet kan manualen med fordel indskrænkes, således at der bliver mere plads til at gå i dybden med de enkelte dele.

Eksempelvis har mindfulness været et element, som anvendes i 9 af de 18 gruppegange, og derudover benyttes mindful eating også i behandlingen. Begge elementer trækker på samme teoretiske ramme. Mindfulness er relevant i forhold til at genetablere en forbindelse til kroppen og lære at lytte til dens signaler. Dog kan omfanget af mindful eating begrænses, uden at det vil minimere de positive behandlingseffekter. Ligeledes kunne mindfulness introduceres og anvendes en enkelt eller to gange, hvorefter deltagerne kan lave mindfulness hjemme mellem gruppegangene. På den måde frigives der mere plads til de andre elementer.

Derudover kunne rollemodellens besøg flyttes fra at ligge i en gruppegang til en netværkworkshop, således at netværket også får mulighed for at høre rollemodellens historie. Erfaringer fra dette kan derefter inddrages i de efterfølgende gruppegange.

Endvidere kunne det være relevant at overveje, hvordan gennemgang af hjemmeøvelser skal foregå i gruppen. Her har det som oftest været praksis, at samtlige af gruppedeltagerne har fortalt om, hvad de har fået ud af at lave hjemmeøvelserne, hvilket er meget tidskrævende. I stedet kunne det udvælges, hvem der skal på med hvad, så ikke alle skal gennemgå øvelsen. Alternativt kan der være en fælles opsamling styret af gruppelederen.

Ved at prioritere anderledes i både manualen og i faciliteringen kan der altså frigives mere tid til at gå i dybden med de enkelte temaer og til at prioritere de særligt effektfulde elementer mere.

I forhold til afslutning af deltagerne vil det fremadrettet være en fordel at lave en procedure for, hvordan og på hvilken baggrund personer i et behandlingsforløb hos LMS kan afsluttes under forløbet, hvis det skønnes nødvendigt. Eksklusionskriterierne tager højde for diagnoser, som er diagnosticeret forud

for gruppeforløbet. Men det er ikke beskrevet, hvordan gruppelederen håndterer diagnoser, som stilles undervejs i forløbet. Det kan eksempelvis være, hvis gruppelederen vurderer, at en deltager skal udredes yderligere, eller hvis en deltagers deltagelse i gruppen bliver for problematisk for gruppen eller vedkommende selv.

Oplevelsen er, at det kan virke vanskeligt at afslutte deltagere undervejs, da det har været særdeles begrænset, hvor de ellers kunne få behandling for deres spiseforstyrrelse. Dette betyder, at der er enkelte personer, som undervejs i forløbet har vist sig uegnede til at deltage, men som ikke er blevet afsluttet, eftersom gruppelederen etisk har haft svært ved at afslutte deltageren uden at kunne henvise direkte til andre tilbud eller udredning. Et tættere samarbejde mellem LMS og fx Psykoterapeutisk Center Stolpegård ville kunne imødekomme denne problematik.

Deltagernes forslag til forbedringer

Deltagerne fremhæver særligt, at det er vigtigt, at LMS gør sig flere overvejelser i forhold til sammensætningen af behandlingsgrupperne. Her henviser deltagerne til, at man så vidt muligt bør sammensætte grupperne, så deltagerne ligner hinanden mest muligt. Det være sig i forhold til køn, hvor deltagerne er i livet, hvordan de har det med deres spiseforstyrrelse med videre. Derudover oplever nogle af deltagerne, at ikke alle er lige motiverede for at deltage i behandlingen og indstillet på at give andre plads. Det foreslås også af flere deltagere, at man, inden behandlingen starter, gør det klart for alle, at det er vigtigt at prioritere at komme til behandlingsgangene og at give plads til de andre deltagere. Gruppelederne må gerne lave nogle tydeligere rammer for behandlingen og fastholde disse gennem forløbet.

Nogle deltagere foreslår, at man som deltager får flere øvelser, som man skal øve sig på fra gang til gang. Andre efterspørger mere teoretisk viden om BED.

I forhold til inddragelse af netværket i behandlingen, så efterspørger deltagerne flere netværksmøder samt materiale om BED og behandlingsgrupperne, som de kan dele ud til netværket.

10.4. Tilføjelser til behandlingen

Individuelle samtaler

I behandlingsforløbet har der været begrænsede muligheder for at supplere gruppeforløbet med individuelle samtaler. Såfremt gruppelederen har vurderet det nødvendigt, har det dog været muligt at tilbyde gruppedeltagerne enkelte individuelle samtaler. Disse har typisk været i forbindelse med særlige belastninger hos en gruppedeltager, hvor gruppelederen har vurderet, at det har krævet ekstra støtte.

Gruppelederne og deltagerne udtrykker ønske om, at behandlingen i højere grad suppleres med individuelle samtaler. Der kunne fx være to faste individuelle samtaler i forløbet, hvor gruppelederen ville få mulighed for at dykke mere ned i den enkeltes problemstillinger. Samtidig skal der derudover være mulighed for, at gruppelederen efter behov kan indlægge individuelle samtaler.

I hele forløbet er gruppelederne opmærksomme på, at alle i gruppen får taletid og inddrages bedst muligt. Men da forløbet er manualiseret, er der en plan for hver gruppegang, således at der fokuseres på noget særligt. Det betyder, at det ofte er det planlagte tema, som bliver omdrejningspunktet for samtalen i gruppen. Derfor kan gruppemedlemmerne sidde med overvejelser, tanker og følelser, som ikke nødvendigvis berøres.

Derudover har gruppelederne flere gange oplevet, at en gruppedeltager har fået en vigtig erkendelse i løbet af en gruppegang. Altså at der har været et tema, som har gjort en afgørende forskel, og som deltagerne har brug for at få belyst mere, end forløbet muliggør. Her ville planlagte individuelle samtaler give plads til, at deltagerne kan udfolde temaer fra forløbet yderligere.

Fastlagte individuelle samtaler vil altså kunne give plads til fleksibel tid, hvor det er muligt at gå mere i dybden. Her kan gruppedeltageren mere frit definere, hvad det er vigtigt at få talt om. Dette kan være i forhold til gruppen, egen livshistorie, aktuelle situation, spisning og andet, som har en særlig betydning for deltageren, men som ikke nødvendigvis ville blive berørt i gruppen, eller som deltageren ikke ønsker at tale om i gruppen. Oplevelsen er, at samtalerne vil kunne støtte op om forløbet og øge udbyttet.

Større inddragelse af netværket

I behandlingen har LMS forsøgt at inddrage netværket, fordi det er her, at gruppedeltagernes levede liv foregår, og også her spiseforstyrrelsen ofte udspiller sig. Intentionen har været at sikre en god overgang mellem behandlingen og hverdagslivet, yde støtte til de pårørende, og at klæde de pårørende på til at bakke bedst muligt op om gruppedeltagerne. Behandlingen kan for flere betyde ændringer både adfærds- og tankemæssigt, og det kan være vanskeligt for deltagerne selv at skulle forklare, hvad der sker og hvorfor. De pårørende kan føle sig hægtet af og være uforstående overfor, hvorfor deltagerne gør, som de gør. Fx er en grundtanke i gruppeforløbet, at deltagerne skal slippe slankekur og restriktiv spisning, hvilket kan være vanskeligt for de pårørende at bakke op om, da de typisk bekymrer sig om farerne ved overvægt. En mulighed kunne være at introducere parterapi eller familierapi som et element i behandlingen og arbejde mere direkte med den enkelte og dennes nære relationer. Dette kunne være en tilføjelse til behandlingen, som kunne tilbydes de, det er relevant for.

Kropsterapi

I forløbet er der fokus på kroppen, særligt i form af mindfulness, hvor deltagerne opfordres til og guides i at forbinde sig mere til deres krop og til arbejde med at genkende og aflæse dennes signaler. Dette har været meningsfuldt, da en spiseforstyrrelse ofte forstyrrer den ramtes forhold til egen krop, hvilket kan medføre, at kroppens tegn på blandt andet overbelastning, stress, ubehag, sult og mæthed er blevet underkendt. En reetablering til og ny tolkning af disse signaler kan blandt andet betyde bedre spisemønstre, øget kendskab til egne følelser, bedre fornemmelse af energiniveau - alt sammen elementer, der kan forebygge tvangsoverspisningsepisoder og tilbagefald. En overvejelse er derfor, hvorvidt mere regulær kropsterapi eller kropsovelser i behandlingen kunne være relevant for at skabe en øget sammenhæng mellem psyke og krop.

Vægttab

Flere af deltagerne har udtrykt ønske om at forfølge et vægttab, når spiseforstyrrelsen er blevet stabiliseret. Dette har ikke været muligt at tilbyde i dette forløb. Men det kunne være relevant at undersøge nærmere, hvordan et eventuelt efterfølgende forløb med fokus på vægttab, kunne se ud. I forhold til følgevirkninger af BED i form af overvægt og de potentielle gener dette kan give, vil det i et forebyggelsesperspektiv være relevant at hjælpe deltagerne med et efterfølgende vægttab. Det er imidlertid vigtigt, at det ikke er en form for vægttab, som reaktiverer spiseforstyrrelsen, og derfor kan dette med fordel varetages af LMS eller med supervision fra LMS eller andre med solidt kendskab til BED.

Endvidere er det vigtigt at anerkende, at det for mange deltagere er et vigtigt succesparameter, at de taber sig. Flere deltagere oplever at stå i en vanskelig situation efter behandlingen, hvor de har formået at stoppe overspisningerne og reduceret de psykiske symptomer, men stadig er massivt overvægtige.

10.5. Behandlingens forløb i lyset af resultaterne

Behandlingens opbygning er inspireret af faseopdelt terapi, men er ikke direkte faseopdelt. Dog er der en nøje udtænkt rækkefølge, hvor starten af forløbet fokuserer på psykoedukation, introduktion og anvendelse af redskaber til nedsættelse af overspisningsepisoder og sammenhæng mellem følelser og kost. Dernæst breder forløbet sig ud og øger opmærksomheden på den enkeltes historie, relationer samt netværksinddragelse. Slutteligt handler forløbet særligt om tilbagefald og forebyggelse heraf, udslusning til andre tilbud og evt. at fortsættelse af gruppen.

Forløbet er designet sådan, at det avancerer undervejs. Elementerne kobles sammen og supplerer hinanden, således at den viden, deltagerne får fra start, sættes i spil og udvides undervejs, ligesom indsigten i spiseforstyrrelsens oprindelse og funktion forøges.

Opbygningen har som udgangspunkt fungeret godt, og det har virket fint at starte ud med at få indsigt i spiseforstyrrelsen, og at arbejde på at stabilisere og nedbringe overspisningsepisoder. Dette synes også at afspejle sig i slutevalueringen, hvor 83 % af deltagerne angiver, at de har færre overspisninger efter behandlingen. Deltagerne og deres netværk har været glade for den indledende psykoedukation, ligesom også fokus på sammenhæng mellem følelser og kost gennem kostdagbogen har haft en stor betydning for indsigten i eget liv og derfor er noget, som deltagerne understreger som vigtigt.

Dog har flere deltagere ønsket, at den afsluttende del af behandlingen spredtes ud, således at forløbet varer længere. Dette kunne give mulighed for en mere længerevarende udslusning

Et længere behandlingsforløb

Gruppeforløbene har været syv måneder, hvor første halvdel af gruppegangene er placeret med en uges mellemrum og den sidste halvdel med 14 dages mellemrum. Tanken har været at skabe et intensivt behandlingsforløb, der er overskueligt, og hvor deltagerne kan opretholde deres arbejds- og hverdagsliv. Men tanken har også været, at forløbet samtidig har en vis længde, så processen ikke presses, og deltagerne kan nå at følge med egen udvikling og afprøve deres nye viden. En overvejelse er, om det vil være relevant at strække den sidste del ud, så der går længere mellem sessionerne. På den måde kan deltagerne øve nye færdigheder i deres hverdagsliv over en længere periode, og samtidig vide, at gruppen er der til at reflektere over og håndtere mulige problemstillinger. Alternativt kunne der være et efterforløb eller en opfølgingsgruppegang nogle måneder, efter forløbet er afsluttet. Spørgsmålet er, om det ville betyde, at endnu flere ville kunne bevare deres resultater fra behandlingen over tid.

Det er dog værd at tage med i overvejelserne, at deltagerne faktisk i høj grad har været i stand til at fastholde deres positive udvikling et år efter behandlingens afslutning. Det er således ikke en nødvendighed at udvide behandlingsforløbet, men omvendt kan det heller ikke udelukkes, at der med få opfølgingsgange med en til tre måneders mellemrum kunne opnås endnu bedre resultater. Rent økonomisk ville dette ikke kræve mange ressourcer.

Der er ikke noget i evalueringen, der peger på, at behandlingsforløbet skulle være kortere. Det anbefales derfor at fastholde behandlingsforløbets længde på syv måneder, men at tilbyde enkelte (2-3) vedligeholdende gruppegange efterfølgende, således at forløbet samlet set varer et år, men med en langt mindre intensiv del i de afsluttende måneder.

10.6. Når behandlingen er slut

Flere grupper er efter behandlingen fortsat på egen hånd. Her har det været muligt at låne lokaler i LMS regi, og gruppelederen har hjulpet grupperne med at planlægge, hvordan de kan fortsætte på en god måde. Derudover har flere grupper valgt at holde kontakt enten ved at mødes igen eller gennem fx Facebook. På den måde har deltagerne hjulpet hinanden med at fastholde den positive udvikling og har haft velkendte støtter, som har indgående kendskab til dem og til BED.

I afslutningen af behandlingen er der blevet gjort meget ud af at forberede og gøre deltagerne klar til at afslutte behandlingen. Det er fx gjort ved at tale om i gruppen og øve mellem gruppegangene, hvordan hverdagen bedst håndteres efter forløbets afslutning, og ved at hjælpe deltagerne med at involvere og aktivere deres netværk, så de kan støtte op om deltagerne efter endt behandling. Viden fra forløbet er blevet opsummeret, og deltagerne har lavet deres egen værktøjskasse, der består af en oversigt med gode råd, redskaber og vigtige erkendelser, som kan hjælpe dem fremadrettet. Flere har efterfølgende udtrykt, at de gerne ville have afslutningen af forløbet spredt ud, så det er mindre intenst til sidst. Dette kan pege på, at kontrasten mellem at gå i gruppen og at skulle arbejde videre på egen hånd har været for stor på trods af særligt fokus herpå.

Ved det opfølgende EDE interview både efter behandling og et år efter har det været oplevelsen, at langt de fleste deltagere arbejder videre i den rigtige retning på egen hånd. Hos de deltagere, hvor interviewerens kunne fornemme, at udviklingen gik i den forkerte retning, er deltageren, som beskrevet tidligere, blevet henvist til LMS' rådgivning og øvrige støttetilbud. Det er lige som enkelte deltagere er blevet opfordret til at søge egen læge for her igennem at kunne blive henvist til yderligere udredning i psykiatrien. Således har samtalen ved afslutning og et år efter, ud over det evalueringsmæssige formål, været en effektiv måde at tage hånd om deltagerne og deres udvikling. Det kan dog overvejes,

om de deltagere, som ikke har ønsket at deltage i opfølgningen, har haft det værre og måske også har haft behov for yderligere hjælp.

10.7. Andre spiseforstyrrelser og komorbiditet

Der er klare grænseflader mellem BED og spiseforstyrrelserne anoreksi og bulimi. Mange af de psykiske symptomer omkring fx forholdet til vægt, figur og kost ligner hinanden. Alle tre spiseforstyrrelser er ofte forbundet med lavt selvværd, svære selvkritiske tanker og et forvrænget kropsbillede og forhold til egen krop. Ved anoreksi og bulimi oplever den ramte ofte kroppen anderledes, end den fremstår, således at en undervægtig eller normalvægtig krop opleves som fed og stor. Ved BED kommer dette også til udtryk. I behandlingsforløbet har flere deltagere udtrykt, at de oplever at have vanskeligt ved at vurdere størrelsen af egen krop, og at de ofte som udgangspunkt har indtrykket af, at de er kæmpestore og fylder alting.

Ved anoreksi og bulimi er det også velkendt, at tolkningen af kroppens signaler, fx om behov for mad og hvile eller emotionelle signaler, undertrykkes eller fejltolkes. Noget tilsvarende gør sig gældende for BED, hvor flere deltagere fortæller, at de har 'lukket ned fra halsen og ned efter', således at kroppen bliver en slags beholder for sindet, og dens signaler negligeres.

Anoreksi er kendetegnet ved stor selvkontrol og restriktion, hvilket leder til store vægttab. Dette deles i nogen grad af BED, hvor de berørte oplever at have restriktive perioder med diæter og store mængder motion. Derudover opdagede flere deltagere, gennem brug af kostdagbogen, som giver dem et overblik over deres faktiske madindtag, at de faktisk sulter sig i løbet af dagen, hvilket kan være med til at udløse overspisningsepisoder. Samtidig deler BED impulsiviteten og kontroltabet i overspisningsepi-

derne med bulimi, dog uden den efterfølgende compensation. Alligevel kan et ønske om at kompensere være tilstede ved BED, samt en erfaring med at prøve på det, uden at det er lykkedes. Eksempelvis forsøg på opkastning, faste og brug af laxantia. I stedet kommer ønsket ofte til udtryk ved hyppigere slankekuere, motion og restriktiv spisning.

Symptomerne ved anoreksi og bulimi fremstår som egosyntone, således at spiseforstyrrelsen opleves som noget, der harmonerer med den berørtes opfattelse af sig selv (Sundhedsstyrelsen, 2005). Dette kan give stor ambivalens og modvillighed mod behandling og har i nogen udstrækning også gjort sig gældende ved BED, idet ambivalensen i forhold til at slippe spiseforstyrrelsen har været tilstede i patientgruppe. Men samtidig har der været et udtalt ønske om at modtage behandling. Dette kan give overvejelser om, at BED måske ikke er egosynton i samme udstrækning som fx anoreksi. Dette understøttes af, at deltagerne typisk har udtrykt, at deres spiseforstyrrelse gør dem forkerte, hvor det ved anoreksi og bulimi ofte fremstår modsat – altså at spiseforstyrrelsen hjælper med at fjerne dem fra det forkerte.

I behandlingen har dette blandt andet betydet, at deltagerne typisk har været villige til at adfærdssænde og har haft et ønske om at flytte sig fra spiseforstyrrelsen, selvom de kan tvivle på, hvorvidt det kan lade sig gøre. Dette har betydet, at motivationsarbejdet har været anderledes, end det ofte kan være ved behandling af anoreksi og bulimi, hvor en stor procentdel takker nej til behandling eller springer fra, og hvor der kan være en stor modstand mod forandring (Sundhedsstyrelsen, 2005). Erfaringen fra BED-behandlingsforløbet er, at deltagerne generelt har været fremmødestabile, og at der har været relativt få frafald. Motivationsarbejdet har her mere handlet om at støtte deltagerne i at fastholde håbet om, at de faktisk kan opfylde deres ønske om at leve uden en spiseforstyrrelse eller leve bedre med den. Dette kan også være en central faktor i forhold til, at en stor del af deltagerne har formået

at vedligeholde deres resultater fra behandlingen, efter behandlingen er afsluttet, da de positive aspekter ved at slippe spiseforstyrrelsen har opvejet tabet heraf.

Som nævnt tidligere rapporterer en stor del af deltagerne, at de har været udsat for traumatiske oplevelser. Nogen af deltagerne har tidligere arbejdet med disse oplevelser, andre har talt med fortrolige herom, og andre igen har ikke delt deres traumatiske oplevelser med nogen. Det har i nogen udstrækning været muligt at arbejde med disse oplevelser i gruppeforløbet eller at afholde enkelte individuelle samtaler, hvis det har været nødvendigt at gå yderligere i dybden. Alligevel er det en overvejelse, at nogen af deltagerne har haft store ubearbejdede traumer, som det ikke har været muligt at tage hensyn til inden for rammerne af behandlingen, og som har begrænset deres udbytte af behandlingen. Til fremtidige behandlingsforløb kunne en mulighed være at screene mere indgående i forhold til traumer og evt. afslutte og hjælpe de deltagere videre, som har brug for yderligere traumebehandling. Alternativt kunne der være en gruppe for netop denne målgruppe, hvor forløbet tilpasses hertil, således at deltagerne kan inkluderes.

11. BED-behandling i fremtiden

Erfaringerne fra dette projekt peger klart i retning af, at der bør etableres permanente behandlingstilbud til personer med BED. Erfaringerne – og ventelisterne – peger også på, at behandlingstilbuddet bør etableres hurtigt, idet størsteparten af deltagerne opnår markante varige forbedringer (1 år efter). En fornuftig løsning både i forhold til patienterne og økonomisk vil være at fortsætte med en differentieret behandling og at skærpe differentieringen, således at de sværeste i målgruppen behandles i psykiatrien, mens de øvrige grader behandles hos LMS eller andre, der har den nødvendige viden og erfaring med at varetage denne behandling.

11.1. Dyre følgevirkninger

Ved at oprette permanente behandlingstilbud til personer med BED bliver det muligt at hjælpe en stor målgruppe til et bedre liv med langt højere livskvalitet. Jo tidligere i deres sygdomsforløb, det bliver muligt at hjælpe dem, jo færre følgevirkninger vil de få. En af de alvorlige følgevirkninger ved BED er overvægt og alle de øgede risici, der følger med. Her kan fx nævnes type 2 diabetes, forhøjet kolesterol, hjerteproblemer, belastningssymptomer fra led og udvikling af PCO (Polycystisk Ovarie Syndrom). Ubehandlede BED-patienter er således en målgruppe, som kan koste samfundet mange penge i forbindelse med behandling af deres følgelidelser. Hertil kommer fx fedmeoperationer af personer med BED, hvor spiseforstyrrelsen hurtigt vil bringe den opererede tilbage til udgangspunktet med stor overvægt, og operationen vil derfor oftest være uden effekt. Yderligere kan nævnes udgifter i forbindelse med sygdommelding samt udbetaling af overførselsindkomst. Samlet set er der således store besparelser at hente ved at behandle målgruppen med BED – jo før, jo bedre. Det er derfor centralt, at der findes tilbud til de hårdest ramte såvel som de, der har BED i mild grad.

BED bliver en diagnose

BED er nu en diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM, og alt tyder derfor på, at det også vil blive en officiel diagnose i det kommende ICD-diagnosesystem. Når BED er en anerkendt diagnose, vil der stilles krav til det danske behandlingssystem om at kunne give et tilbud til målgruppen. Derfor vil det give god mening at påbegynde BED-behandlingen som permanent behandlingstilbud nu.

På kort sigt vil etableringen af behandlingen og behandlingen af de mange, som har haft en ubehandlet BED i mange år, være forbundet med udgifter. Men på lidt længere sigt vil udgifterne til BED-behandling være givet godt ud. På lang sigt er der ingen tvivl om, at det er billigere at behandle lidelsen frem for alle følgevirkningerne.

11.2. Stor efterspørgsel

En stor udfordring har været, at der har været langt flere potentielle deltagere end LMS har kunnet tilbyde behandling. I København har det fx slet ikke været nødvendigt at reklamere for projektet, da så mange af deltagerne af sig selv har henvendt sig for at få hjælp. I maj 2014 startede projektets sidste gruppe op, og siden da er ventelisterne til gruppebehandlingen vokset. Således er der et stort behov for at starte nye grupper, så de mange patienter, som går med ubehandlet BED kan få hjælp. Al forskning i spiseforstyrrelser herunder BED viser, at jo tidligere i sygdomsforløbet patienten får hjælp, jo hurtigere kan personen igen blive rask, hvorfor en tidlig indsats er altafgørende (Fairburn et al. 2004; Safer & Joyce 2011).

Når kendskabet til BED øges hos fx praktiserende læger, vil mange flere blive henvist til behandling. Det samlede BED projekt hos både Psykoterapeutisk Center Stolpegård og LMS har behandlet under 400 patienter. Det vurderes, at der i Danmark er 40-50.000 med BED (Hecht & Schousboe 2012:27). Således vil mange af de økonomiske ressourcer, der i dag bruges på mislykket overvægtsbehandling

fra operationer til diverse slankeforløb samt motion på recept til personer, der egentlig lider af en spiseforstyrrelse, kunne bruges bedre. Det skal dog også understreges, at det langt fra forventes, at alle med BED har brug for eller er motiverede for behandling. Nogen med BED vil kunne klare sig uden behandling eller takke nej, og andre igen vil kunne profitere af mindre intense forløb af en mere rådgivende eller psykoedukerende karakter.

Et behandlingstilbud uden for psykiatrien

At behandlingen ikke foregår i psykiatrien har både fordele og ulemper. For mange patienter med BED er det positivt ikke at skulle i psykiatrien for at blive behandlet. De føler sig mindre syge og undgår i højere grad stigmatisering som 'psykisk syg'. Mange med BED har en oplevelse af ikke at være så syge, at de skal have hjælp i psykiatrien og takker måske nej til et nødvendigt behandlingstilbud i psykiatrien.

Ulempen ved at behandlingen ikke foregår i psykiatrien er, at det kan gå ud over de sværest ramte. Det har i projektperioden ikke været muligt at etablere et samarbejde om henvisning fra LMS til Psykoterapeutisk Center Stolpegård, idet Stolpegård er underlagt de generelle retningslinjer for henvisning i psykiatrien. Det har derfor ikke været muligt at finde en dispensationsordning trods velvillighed fra både Stolpegård og LMS. Der kan være patienter, som har brug for et mere omfattende tilbud end det som tilbydes i LMS, eller hvor man finder ud af, at der er anden alvorlig psykiatrisk komorbiditet efter behandlingsopstart. For disse personer er det vanskeligt at blive vist videre. Som det er nu, lægges det over på patienten selv gennem egen læge at blive henvist til anden behandling. Ikke alle patienter har ressourcerne til selv at tage initiativet – og ikke alle praktiserende læger har den nødvendige viden om BED til at få patienterne henvist til udredning i psykiatrien.

Det vil derfor fremadrettet være nødvendigt at indgå et stærkere samarbejde mellem de, der behandler BED i psykiatrien og de, der gør det uden for psykiatrien. Dette kan naturligvis løses gennem en dispensationsordning i forhold til henvisning, men hvis dette ikke er muligt, findes også andre løsninger.

LMS har fx gode erfaringer med bisidderordningen, hvor en bisidder fra LMS fx tager med patienten til lægen. Bisidderen skal sikre, at der bliver booket en konsultation hos lægen og tage med til denne, og hvor hjælpe med at forklare situationen for lægen. Et stærkere og mere etableret samarbejde mellem LMS og psykiatrien er dog at foretrække.

Landsdækkende behandling

Det er en stor fordel, at LMS' behandlingstilbud har været tilgængeligt i fem byer. Det betyder meget for målgruppen, at tilgangen til behandling er nem og lokal. Lokalerne, hvor behandlingen er foregået, ligger alle nemt tilgængeligt og centralt i byerne. Dette gør det nemmere for målgruppen at modtage behandlingen.

Antallet af behandlingssteder kan dog med fordel udvides således, at der kører behandlingsgrupper i de fleste større byer for personer med BED. Det vil være muligt for LMS at tilbyde behandling i flere byer i fremtiden. Samtidig bør psykiatrien også udvide antallet af behandlingssteder, således at transporttiden for de alvorligt syge med BED ikke bliver en hindring for at indgå i behandling.

11.3. Et omkostningseffektivt behandlingstilbud

LMS har udviklet et billigt behandlingstilbud som alligevel opnår gode resultater i forhold til at hjælpe målgruppen. Et gruppeforløb i sit nuværende format hos LMS koster 60.000 kr., altså knap 10.000 kr. pr. deltager, mens et behandlingsforløb på Stolpegård koster ca. syv gange så meget. En permanentliggørelse af behandlingstilbuddet vil derfor være en relativt billig måde at hjælpe især de mildere tilfælde af målgruppen. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2005 kræves det, at 50 % af BED-patienterne behandles inden for det specialiserede niveau, heraf 49 % som ambulant og 1 % som indlæggelse, mens de resterende behandles af egen læge. Vi vurderer, at omkring en fjerdedel af patienterne i målgruppen har behov for et omfattende behandlingstilbud i psykiatrien, fx på Stolpegårds, idet de ikke har profiteret tilstrækkeligt af den nuværende behandling. Samtidig er der også en meget stor andel af patienterne i psykiatrien, som med fordel kan benytte LMS' behandlingstilbud og profitere tilstrækkeligt heraf. Det giver derfor god mening at permanentliggøre både LMS' tilbud til de mindre alvorligt ramte og Stolpegårds tilbud til de mere alvorlige tilfælde. Permanentliggørelsen stiller imidlertid en række krav til afgrænsning og organisering, som vil blive gennemgået nedenfor.

Afgrænsning af målgruppen med BED

I tilfælde af at BED-behandlingen hos LMS gøres permanent, er det vigtigt, at målgruppen afgrænses således at de svære tilfælde af BED behandles i psykiatrien. I projektet er som nævnt afprøvet en række eksklusionskriterier. Det foreslås, at disse eksklusionskriterier fastholdes og udvides med yderligere eksklusionskriterier. Eftersom der ikke på nuværende tidspunkt er en læge tilknyttet behandlingen hos LMS, er det centralt at sikre, at alle patienter med somatiske komplikationer i relation til spiseforstyrrelsen udelukkes fra behandling hos LMS. Det gælder således type 1 diabetes, graviditet - herunder personer der planlægger eller forsøger at blive gravide, stofskiftesygdomme, PCO og misbrug. Ligeledes bør BED-patienter, som er indstillet til eller ønsker en fedmeoperation, behandles i psykiatrien.

Det er endvidere vigtigt, at alvorlig psykiatrisk komorbiditet behandles i psykiatrien i overensstemmelse med de nuværende eksklusionskriterier. Herudover skal der som nævnt være en nemmere overgang mellem LMS og anden psykiatrisk behandling, således at der ved mistanke om andre udiagnostiserede alvorlige psykiske lidelser efter opstart i gruppen kan henvises til udredning i psykiatrien.

Det anbefales, at der herudover sættes en øvre BMI-grænse for deltagerne i behandlingen hos LMS. Dette skyldes primært, at der ved meget svær overvægt kan være brug for, at der igangsættes andre tiltag end behandlingen for BED, hvilket bedre kan rummes i psykiatrien, hvor der også er større muligheder for fx individuel kostvejledning. Samtidig er meget svær overvægt også tegn på, at patienten enten har lidt af BED længe eller har rigtig mange overspisningsepisoder, og det kan således også være en indikation på lidelsens alvor. Forslaget er, at alle med en BMI over 45-50 altid behandles i psykiatrien. LMS har behandlet 25 patienter med en BMI over 45-50 i projektperioden.

11.4. Hvem skal udrede?

Når en patient henvises fra egen læge med mistanke om BED, skal lægen fortsat kunne henvise til LMS eller psykiatrien ud fra sin vurdering af patientens BED. Herefter starter udredningen, hvor det tættere samarbejde muliggør overflytning af patienter fra LMS til psykiatrien og vice versa.

LMS' behandlingstilbud bør fortsat også være åbent for selvhenvendelse, således at personer, der mener at lide af BED, kan komme til en indledende screening. Dette vil gøre, at langt flere bliver behandlet tidligere, hvilket øger både livskvaliteten for den enkelte, ligesom det sparer samfundet for store økonomiske ressourcer.

11.5. Anbefalinger til fremtidig behandling

På baggrund af LMS' erfaringer med behandling af BED foreslås:

- Grupperbaseret forløb med ca. 8 deltagere pr. gruppe
- To supplerende individuelle samtaler pr. deltager
- Varighed: 12 måneder fordelt på tre faser: Heraf tre måneder med ugentlige møder, herefter tre måneder med et møde hver 14. dag og slutteligt seks måneder med ét månedligt møde
- Reflekterende teams, som arbejder psykoedukerende og med redskaber, der kan indarbejdes i hverdagen
- Kostdagbog, der sætter fokus på sammenhæng mellem spisning og følelser
- Mindfulness, mindful eating og kropsterapi
- Inddragelse af netværket undervejs i forløbets tre faser, fx med et informationsmøde og to netværkworkshops

Den forlængede varighed af behandlingen vil kræve en opdatering og udbygning af det nuværende journaliseringssystem hos LMS, da der går længere tid mellem møderne. Derudover skal manualen revideres, så erfaringerne fra dette behandlingsforløb inkluderes. Der skal tages højde for forlængelsen af forløbet og de betydninger, dette kan have for temaer og indhold på gruppegangene. Forlængelsen foreslås, da flere gruppedeltagere ønskede længere tid til udslusning, mulighed for at afprøve ny viden i dagligdagen samt mulighed for at tale med gruppen herom. På den måde bliver gruppen en slags sikkerhedsnet, hvor tilbagefald, tvivl og andet kan håndteres.

11.6. Kvalitetssikring af behandlingen

En vigtig del af kvalitetssikringen af behandlingen består af supervision af gruppelederne. Det er således vigtigt, at alle gruppeledere superviseres af andre erfarne behandlere. Herudover er det vigtigt at afsætte tilstrækkelige ressourcer til oplæring af nye gruppeledere, således at disse føler sig sikre og forstår målgruppen, før de skal lede en gruppe. Derudover skal gruppesupervision og sparring gruppelederne i mellem prioriteres endnu mere, således at der er bedre mulighed for at dele oplevelser og lære af hinandens erfaringer.

Efter behandlingsforløbet har gruppelederne udtrykt ønske om mere fastlagt supervision undervejs i forløbet både for at kunne afklare spørgsmål i forhold til behandlingen, men også fordi flere oplevede, at en stor del af deltagerne i projektet havde meget svære problemstillinger og livshistorier, hvilket giver et øget behov for supervision.

Derudover er det vigtigt fortsat at efterspørge og anvende feedback fra gruppedeltagerne i forløbet, således at der spørges ind til udbytte af behandlingen, deltagernes oplevelse heraf samt deres forhold til gruppelederen. På denne måde afstemmes med deltagerne undervejs, så det er muligt at justere løbende.

National BED database

Det er centralt, at behandlingen fortsat monitoreres og evalueres. Det er vigtigt, at effekten af behandlingen dokumenteres, og jo flere patienter, der gennemgår behandlingen, jo mere præcist vil man kunne sige, hvem behandlingen virker for og hvordan. Dokumentation og evaluering af BED-behandlingen kan med fordel fortsat varetages af ViOSS, som har den nødvendige viden om BED og de uddannelsesmæssige kvalifikationer til at løse opgaven. ViOSS kan ligeledes varetage dokumentationen af behandlingen i psykiatrien, eftersom dette ofte nedprioriteres, fordi det ikke er dokumentation, men

behandling, der er i fokus. Således kunne ViOSS være ansvarlig for en national BED-database, som i mange år har været efterspurgt inden for de øvrige spiseforstyrrelser, men som der ikke har været national enighed om og opbakning til at oprette. En national database for BED-patienter vil give helt unikke muligheder for at arbejde evidensbaseret med behandlingen. Yderligere vil databasen give mulighed for at indsamle viden om målgruppen på tværs af geografi og behandlingssteder og kan placere Danmark i toppen internationalt i forhold til behandling og forskning i BED.

12. Hovedresultater

Det overordnede formål med det samlede BED-projekt har været at gennemføre 20 behandlingsgrupper med 160 deltagere. I forlængelse heraf har formålet været at foretage en kvantitativ og kvalitativ dataindsamling om målgruppen og dens behandlingsforløb samt at formidle resultaterne herfra.

LMS har i perioden 2012-2015 gennemført BED-behandling for 20 grupper med i alt 157 deltagere. Gennem hele projektet har ViOSS indsamlet, analyseret og dokumenteret viden om BED-deltagernes karakteristika samt viden om og effekten af gruppebehandlingen som metode. Resultaterne herfra er samlet i denne rapport, som dermed giver et indblik i behandlingsbehovet for BED-patienter i Danmark.

12.1. Deltagerne med BED

Blandt BED-deltagerne i projektet er der en stor overrepræsentation af kvinder, og gennemsnitsalderen er 41 år. Karakteristisk for gruppen er, at de har været forholdsvis unge, da deres spiseforstyrrelse startede, og at de har levet med denne i rigtig mange år – gennemsnitligt 24 år. Deltagerne er ligeledes karakteriseret ved, at de er overvægtige – heraf 79 % svært overvægtige – og at de har et meget anstrengt forhold til deres krop. Over halvdelen lider af andre alvorlige sygdomme end BED, og over halvdelen har haft selvmordstanker. Således er der altså tale om en meget belastet gruppe både fysisk og psykisk.

Deltagerne har generelt haft en barndom, som har været præget af seksuelt misbrug, traumatiske begivenheder, forældrenes skilsmisse, skoleskift og mobning. Samtidig kommer de fra familier, hvor der har været problematikker så som overvægt, psykiske lidelser og alvorlig sygdom.

Deltagerne har i høj grad været alene om at håndtere deres spiseforstyrrelse og de problematikker, som er forbundet hermed. Således har 75 % ikke tidligere modtaget behandling for deres spiseforstyrrelse, og det er begrænset, hvor længe deltagernes netværk har kendt til deres spiseforstyrrelse.

Hvorfor overspisninger?

BED er for deltagerne en coping-strategi til at håndtere svære følelser og samtidig forbundet med stor skam. De skammer sig over at miste kontrollen over spisningen, skammer sig over deres krop og over, at de ikke er i stand til at kontrollere deres madindtag og tage bedre styring over deres liv generelt. Der er således en indbygget negativ spiral i BED, hvor negative oplevelser bliver til selvkritik, som fører til kontroltab og overspisninger, som igen medfører skyld, skam og lavt selvværd, der igen kan føre til nye overspisninger.

12.2. Effekten af behandlingen

Behandlingen er gruppebaseret og teoretisk funderet i systemisk, narrativ og kognitiv teori. Det er i projektet sikret, at det tilknyttede fagpersonale arbejder ud fra et fælles etisk, teoretisk og metodisk afsæt. Dette er opfyldt ved, at behandlingen er manualbaseret, og at alle fagpersoner er oplært i denne. Derudover har det i projektet været prioriteret højt, at gruppelederne har modtaget løbende supervision.

Resultaterne viser, at behandlingen har haft en positiv effekt på deltagernes BED. Resultaterne viser, at behandlingen har haft en positiv effekt på deltagernes BED. Før behandlingen levede deltagerne op til eller lå på grænsen til diagnosen BED. Efter behandlingen lever 68 % ikke op til diagnosekriterierne, og den positive udvikling fortsætter et år efter, hvor ca. 78 % ikke lever op til diagnosekriterierne. Dette

afspejler, at antallet af tvangsoverspisningsepisoder er faldet markant blandt deltagerne. Ser vi på deltagernes psykiske symptomer, så har behandlingen samlet set haft en signifikant positiv effekt. Herudover er deltagernes trivsel og tilfredshed med eget liv steget, efter at de har deltaget i behandlingen.

Projektet har haft en meget ambitiøs målsætning om, at deltagerne umiddelbart efter gruppeforløbet og et år efter ikke længere opfylder diagnosekriterierne for BED. Det har ikke været muligt at opfylde dette succeskriterie, idet en tredjedel fortsat lever op til diagnosekriterierne ved behandlingsafslutning. Deltagere, som fortsat lever op til diagnosekriterierne ved behandlingsafslutning, har dog udviklet sig positivt på en række parametre. Eksempelvis oplever deltagerne et fald i antal overspisninger og sjældnere kontroltab i forbindelse med overspisninger. Således kan det konkluderes, at behandlingen har haft en positiv effekt for næsten samtlige deltagere i projektet, selvom det for en mindre gruppe ikke har været tilstrækkeligt til at sikre, at de ikke længere lever op til diagnosekriterierne for BED. Alvorlighedsgraden af deltagernes spiseforstyrrelse varierer, og det viser sig, at jo bedre deltagerne har det ved behandlingsopstart, jo bedre har de det ved behandlingsafslutning og vice versa. Således vil dette behandlingsforløb ikke altid være nok for de hårdest ramte.

Generelt har behandlingen givet deltagerne en bedre forståelse for, hvorfor deres overspisninger opstår og klædt dem bedre på til at modstå overspisninger. Yderligere viser resultaterne, at behandlingen har øget deltagernes selvværd, selvindsigt og egenomsorg.

Behandlingen har ikke haft til formål, at deltagerne skulle tabe sig, men at de skulle komme af med deres spiseforstyrrelse. Deltagerne har forventeligt ikke tabt sig, selvom mange havde dette som et af deres personlige mål med behandlingen.

Sammenlignes resultaterne samlet set af LMS' behandling med lignende international behandling, så er disse resultater på niveau med andre indsatser for målgruppen. Sammenligner man med behandlingsresultaterne for andre spiseforstyrrelser er resultaterne generelt bedre.

For knap halvdelen af deltagerne har det haft betydning, at behandlingen ikke foregik i psykiatrien. Disse deltagere har en forventning om, at behandling i psykiatrien betyder, at de ville føle sig mere sygeliggjorte og stigmatiserede. Generelt har deltagerne været tilfredse med rammerne for behandlingen, herunder inddragelsen af netværket.

I alt er 22 personer faldet fra behandlingen. De adskiller sig ikke signifikant fra de øvrige deltagere og er primært sprunget fra behandlingen på grund af et ønske om individuel behandling, eller at de ikke har følt sig klar eller har haft overskud til at modtage behandling.

12.3. Vidensdeling og anbefalinger

LMS og VIOSS har igennem projektet udbredt viden om BED til en lang række forskellige aktører og interessenter samt startet en nordisk interessegruppe vedrørende BED. Målsætningen om at opbygge regionale eller nationale netværk inden for området er dog ikke blevet opfyldt. Der har endnu ikke været interesse for nationale netværk, eftersom det primært er Stolpegård og LMS, som behandler målgruppen med BED. LMS har imidlertid startet nye samarbejder med OUH i forhold til fremtidig BED-behandling og har bl.a. gennem dette projekt fået et tættere samarbejde med psykiatrien i hele landet. Med resultaterne fra denne rapport åbnes der op for, at vidensdelingen kan øges betragteligt.

På baggrund af projektets resultater anbefales det, at der etableres permanente behandlingstilbud til personer med BED i Danmark, idet langt størsteparten af deltagerne opnår markante og varige forbedringer ved at deltage i behandlingsgrupperne. Det anbefales, at behandlingen differentieres, således at de sværeste i målgruppen behandles i psykiatrien, mens de øvrige grader behandles hos LMS, der har den nødvendige viden og erfaring til at varetage denne behandling. BMI kan sammen med andre parametre og eksklusionskriterier bruges til at differentiere behandlingen.

Behandlingen øger livskvaliteten for personer med BED markant. Herudover er det fra et samfundsøkonomisk perspektiv attraktivt at hjælpe målgruppen så tidligt i sygdomsforløbet som muligt, således at de ikke udvikler massiv overvægt, før de får hjælp. Overvægten, som er en følgevirkning af BED, fører ofte andre følgesygdomme med, som er dyre at behandle. Behandlingen hos LMS er omkostningseffektiv og landsdækkende, og der er stor efterspørgsel på behandling hos målgruppen. Således er behandlingsgrupperne for personer med BED et godt supplement til psykiatriens tilbud til de hårdest ramte.

13. Referencer

Andersen, T., 1994. *Reflekterende processer. Samtaler om samtaler*, Dansk psykologisk forlag.

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* fifth edit.,

Blaabjerg, A & Nyland, Holm T., 2011. *Kognitiv terapi. Spiseforstyrrelser*. Hans Reitzels forlag

Bruner, J., 1999. *Mening i handling*. Klim

Bulik, C., 2013. *Midlife Eating Disorders. Your Journey to Recovery*, Walker & Company.

Christensen, A., Davidsen, M. & Ekholm, O., 2014. *Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013*. Available at:

<http://forskningbasen.deff.dk/Share.external?sp=S948ff73e-dc20-456f-a76c-9bf90e9e8723&sp=Ssdu> [Accessed October 6, 2014].

Clausen, L., Rokkedal, K. & Rosenvinge, J.H., 2009. Validating the eating disorder inventory (EDI-2) in two Danish samples: a comparison between female eating disorder patients and females from the general population. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 17(6), pp.462–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19504471> [Accessed October 6, 2014].

Danmarks statistik, 2015. *Danmarks statistik bank*. Available at:

<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1680>.

Dawson, N., McHugh, B. & Asen, E., 2004. *Flerfamilieterapi. Nye veje i familiearbejdet*, Hans Reitzels Forlag.

Ellervik, C. et al., 2014. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(7), pp.507–12. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24476587> [Accessed October 7, 2014].

Elsass, P. et al., 2006. *Assessmentmetoder - håndbog for psykologer og psykiatere*, København: Dansk Psykologisk Forlag.

Fairburn, C. & Copper, Z., 1993. The Eating Disorder Examination (12th Edition). In *Approaches to Assessment and Management*. pp. 137–360.

Fairburn, C.G. et al., 2004. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), pp.2322–2324.

Fairburn, C.G. & Brownell, K.D., 2002. *Eating Disorders and Obesity*, The Guildford Press.

Garner, D.M., 1991. *Eating Disorder Inventory-2, Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Inc.

Kessler, R.C. et al., 2013. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), pp.904–914.

Kirkwood, B. & Sterne, J., 2003. Medical statistics. *Medical statistics*, p.513. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Medical+statistics#2>.

Lammers, M.W. et al., 2015. Predictors of Outcome for Cognitive Behaviour Therapy in Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 23, p.n/a–n/a. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/erv.2356>.

Lunn, S., Rokkedal, K. & Rosenbaum, B., 2010. *Frås og faste*, Dansk Psykologisk Forlag.

Lunn, Susanne & Bent Rosenbaum, 2010. "Introduktion til del 1". I: Lunn, Susanne, Kristian Rokkedal & Bent Rosenbaum (red.): *Frås og faste – Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel betydning*. København. Dansk Psykologisk Forlag

Peterson, C. & Mitchell, J., 2009. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *American Journal of ...*, (December), pp.1347–1354. Available at: <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=101396> [Accessed October 6, 2014].

Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Center for Mental Health Frederiksborg General Hospital, 1998. WHO-Fem Trivselsindeks. Available at: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>.

Safer, D.L. & Joyce, E.E., 2011. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), pp.339–345. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.001>.

Schødt, B. & T.A. Egeland, 1992. *Fra systemteori til familierapi*. Paludans Forlag.

Steinhausen, Hans-Christoph, 2002. The outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century, *Am J Psychiatry*; 159: 1284-1293

Steinhausen et al., 2009. The outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research, *AM J Psychiatry*; 166: 1331-1341

Sundhedsstyrelsen, Guide til trivselsindekset: WHO-5. Available at: (1)
<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>.

Sundhedsstyrelsen, 2005. *Spiseforstyrrelser - anbefalinger for organisation og behandling*,

White, M., 2006. *Kort over narrative landskaber*. København: Hans Reitzels forlag

White, M., 2006. *Narrativ praksis*. Gyldendal akademisk

Wilfley, D.E. et al., 2002. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of general psychiatry*, 59(8), pp.713–21. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12150647>.

Wilfley, D.E. et al., 2000. Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 27(3), pp.259–69. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10694711>.

14. Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: Behandlingsmanual
- Bilag 2: Opstartsspørgeskema