

BEHANDLING AF BINGE EATING DISORDER

Evaluering og erfaringsopsamling af et
behandlingstilbud i LMS – Landsforeningen
mod spiseforstyrrelser og selvskade



VIDENSCENTER OM
SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE



Landsforeningen
mod spiseforstyrrelser
og selvskade

Behandling af Binge Eating Disorder

Evaluering og erfaringsopsamling af et behandlingstilbud i
LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade

Udgivet

December 2021

Publikationen er udgivet af

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS) og
LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
Krumtappen 2, 5. sal
2500 Valby
info@lmsos.dk

Udarbejdet af

Sofie Thor Andersen, projektleder i ViOSS
Trine Carstens, praktikant i ViOSS
Sidsel Skovbjerg, psykolog i LMS
Trine Svarrer, faglig specialist og behandlingsansvarlig i LMS

For yderligere information

Kontakt Sofie Thor Andersen
Mail: info@viooss.dk

Rapporten er udgivet med økonomisk støtte fra

Sundhedsministeriet

Derudover skyldes en stor tak til deltagerne i undersøgelsen.

Indhold

Forord	5
Rapportens opbygning	6
Hovedresultater	7
Anbefalinger	8
Kapitel 1 – Indledning	11
1.1 Fakta om BED	11
1.2 Behandlingsforløb og målgruppe	13
Kapitel 2 – Metode og analyse	17
2.1 Datagrundlag	17
2.2 Analyse og metoder	19
Kapitel 3 – Hvem er deltagerne?	22
3.1 Sociodemografi	22
3.2 Spiseforstyrrelsen	23
3.3 Øvrigt fysisk og psykisk helbred	24
Opsamling på kapitel 3	27
Kapitel 4 – Behandlingseffekter	29
4.1 Spiseforstyrrelsen	29
4.2 Trivsel	32
4.3 Selvvurderet udbytte	34
4.4 Stoppet før tid	36
4.5 Hvem virker behandlingen mindre godt for?	36
4.6 Hvad med dem, der ikke har BED?	38
4.7 Får nogle større udbytte end andre?	41
4.8 De langsigtede effekter af behandlingen	42
Opsamling på kapitel 4	44

Kapitel 5 – Erfaringer og perspektiver på BED-behandling	47
5.1 Erfaringer med BED-behandling	47
5.2 BED-behandling i fremtiden	48
Litteratur	51
Bilag	54
Bilag 1: Deltagernes vurdering af behandlingens elementer	54
Bilag 2: Forbedringsforslag	55

Forord

LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade har med midler fra Sundhedsministeriet gennemført behandling af voksne med spiseforstyrrelsen Binge Eating Disorder (BED) i perioden 2019-2021. 173 personer har gennemført behandlingsforløbet.

Denne rapport præsenterer dels en evaluering af behandlingsindsatsen og dels de erfaringer, som LMS har gjort sig med behandling af BED. Rapporten henvender sig til alle, der arbejder med behandling af

spiseforstyrrelser og andre med interesse for området. Formålet med rapporten er at generere viden om behandling af BED og videregive LMS' erfaringer med behandlingen. Vi håber, at rapporten kan bidrage med inspiration og debat om den fremadrettede behandling af mennesker med BED. Rapporten er udarbejdet af LMS' videnscenter, ViOSS, i samarbejde med LMS. Evalueringsdelen er udarbejdet af ViOSS.

God læselyst.



Rapportens opbygning

Kapitel 1 introducerer fakta om BED og præsenterer LMS' behandlingsforløb samt målgruppen for behandlingen.

Kapitel 2 beskriver de data, der ligger til grund for evalueringen af behandlingen, og de metoder, som er blevet benyttet.

Kapitel 3 beskriver de deltagere, der har gennemført behandlingsforløbet i LMS, herunder personlige karakteristika, andre lidelser samt graden af BED.

Kapitel 4 indeholder selve evalueringen af behandlingsforløbet. Her sammenlignes deltagernes symptomer og trivsel ved opstart og afslutning af behandlingen. Kapitlet indeholder også en analyse af, hvorvidt nogle deltagere får større udbytte af behandlingen end andre. Derudover præsenteres deltagernes selvvaluerede udbytte og de langsigtede effekter af behandlingen.

Kapitel 5 reflekterer over erfaringer med BED-behandling og diskuterer perspektiver på BED-behandling i fremtiden.

Hovedresultater

I perioden 2019-2021 har LMS gennemført 25 gruppeforløb med ca. syv deltagere i hver gruppe. Denne rapport er baseret på de 173 deltagere, som har gennemført behandlingsforløbet.

Hvem er deltagerne?

Deltagerne, som har modtaget behandling i LMS, er hovedsageligt kvinder (91 %) med en gennemsnitsalder på 41 år. Størstedelen er i beskæftigelse (82 %), og de fleste har en videregående uddannelse (75 %).

Ved opstart af behandlingen lever 84 % af deltagerne op til diagnosekriterierne for BED, hvoraf langt størstedelen har en mild til moderat grad af BED (89 %). Deltagernes selvvaluerede helbred vurderes dårligere end for den generelle danske befolkning, og 91 % angiver at være bekymret for deres fysiske eller psykiske helbred. Hovedparten er svært overvægtige (89 %), og mere end halvdelen angiver at have smerter i muskler eller led (57 %). Mange af deltagerne har oplevet en eller flere traumatiske begivenheder i deres liv (86 %), og ca. hver tredje har tidligere haft selvmordstanker.

Behandlingseffekter

Overordnet set viser resultaterne, at behandlingsforløbet har haft en positiv virkning på langt størstedelen af deltagerne. Hovedparten lever således ikke op til diagnosekriterierne for BED ved afslutning af behandlingen (90 %). Ligeledes er deltageres gennemsnitlige antal overspisninger og generelle spiseforstyrrelsessymptomer reduceret markant i perioden. Deres trivsel og livstilfredshed forbedres også væsentligt. Denne positive tendens fremgår ligeledes af deltageres selvvaluerede udbytte af behandlingen, hvor langt størstedelen angiver, at forløbet har hjulpet dem meget.

Derudover viser resultaterne, at blot 13 % af deltagerne er faldet fra undervejs i behandlingsforløbet, hvilket viser, at LMS' behandlingstilbud har en lav frafaldsprocent sammenlignet med andre BED-behandlinger.

Hvem virker behandlingen mindre godt eller særligt godt for?

Et andet fund er, at de deltagere, som stadig har BED ved afslutning af behandlingsforløbet, er karakteriseret ved, at de har en mere alvorlig grad af BED ved opstart af forløbet. Denne gruppe deltagere oplever dog alligevel et positivt udbytte af behandlingen, men har sandsynligvis haft behov for et længere eller mere omfattende behandlingsforløb.

Deltageres BMI ved opstart af behandlingen påvirker sandsynligheden for at opnå en god behandlingseffekt. Jo lavere BMI ved opstart, jo færre overspisningsepisoder ved afslutning af forløbet. Derudover viser resultaterne også, at de deltagere, der ved opstart af behandlingen ikke levede op til samtlige diagnosekriterier for BED, alligevel profiterer markant af behandlingsforløbet.

Langsigtede effekter af behandlingen

Resultaterne viser, at behandlingseffekten er varig, hvad angår antal overspisninger og trivsel. Det betyder, at deltagerne ét år efter endt behandling har ca. samme antal overspisninger og niveau af trivsel, som lige da de afsluttede behandlingen. Dog viser resultaterne også, at deltagerne har flere restriktive spiseforstyrrelsessymptomer ét år efter, de har afsluttet behandlingen, sammenlignet med lige, da de afsluttede behandlingen. Endvidere udtrykker nogle deltagere, at de efter endt behandling har behov for mere støtte og opfølgning, samt at de ønsker hjælp og vejledning til et vægttab.

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsens resultater har LMS 10 anbefalinger til den fremtidige behandling af BED.

Mennesker med mild til moderat BED bør tilbydes behandling

Denne evaluering viser, at mennesker med mild til moderat BED profiterer af en behandlingsindsats i ikke-psykiatrisk regi. LMS anbefaler derfor, at:

- Der sideløbende med en regional indsats er behandlingsmuligheder uden for psykiatrien for mennesker, der lider af mild til moderat BED. Indsatsen kan fx placeres i kommuner, organisationer eller private tilbud. Behandlingen kan med fordel inspireres af den behandlingsmanual, der er udviklet i LMS.

Tilbud om efterbehandling

Resultaterne peger på, at nogle deltagere har haft behov for mere støtte og opfølgning efter endt behandlingsforløb. LMS anbefaler derfor, at:

- Danske Regioner og behandlingssteder, som fremadrettet tilbyder BED-behandling, sikrer efterbehandling ved alle forløb for at forebygge tilbagefald.

Omfattende indsats til mennesker med en alvorlig grad af BED

De 10 %, der stadig lider af BED ved afslutningen af LMS' behandlingsforløb, har ved opstart en mere alvorlig grad af BED end de andre deltagere. LMS anbefaler derfor, at:

- Danske Regioner opretter en mere omfattende og længerevarende behandlingsindsats målrettet mennesker, der lider af en alvorlig grad af BED.

Mennesker på grænsen til BED bør tilbydes behandling

De deltagere, som ved opstarten af behandlingsforløbet lever op til nogle, men ikke alle, diagnosekriterier for BED, får et markant udbytte af behandlingsindsatsen. LMS anbefaler derfor, at:

- Sundhedsministeriet afsætter midler til, at mennesker, der befinder sig på grænsen til at have BED, også fremadrettet tilbydes BED-behandling. Denne tidlige indsats kan varetages i kommuner, organisationer eller private tilbud og vil forebygge, at de udvikler en alvorlig spiseforstyrrelse.

Behov for præcisering af sværhedsgrader

Nogle af deltagerne, som lider af en mild-moderat grad af BED, har samtidig svær komorbiditet, svær overvægt eller komplekse psykiske udfordringer. Deltagernes eventuelle udfordringer ud over spiseforstyrrelsen kan have betydning for deres behandlingsbehov. LMS anbefaler derfor, at:

- Sundhedsstyrelsen udarbejder en præcisering af sværhedsgraderne af BED samt anbefalinger til, i hvilket regi de forskellige sværhedsgrader af spiseforstyrrelsen skal behandles.

Behov for mere viden om og behandling til børn og unge med BED

Størstedelen af deltagerne i LMS' behandlingsforløb havde deres første overspisningsepisode, da de var børn eller unge. Der er dog ikke meget viden eller forskning om børn og unge med BED, og der findes ingen behandlingstilbud til dem i Danmark. LMS anbefaler derfor, at:

- Sundhedsministeriet afsætter midler til, at der indsamles mere viden om denne målgruppe.
- Relevante kommunale fagpersoner og praktiserende læger opkvalificeres, så de kan genkende BED og visitere korrekt.
- Danske Regioner og Kommunernes Landsforening sammen udvikler behandlingstilbud til børn og unge med BED.

Behov for mere viden om og særligt fokus på mænd med BED

Langt størstedelen af deltagerne i LMS' behandlingsforløb er kvinder, selvom det anslås, at en fjerdedel af personer med BED er mænd. LMS anbefaler derfor, at:

- Sundhedsministeriet afsætter midler til at indsamle mere viden om og erfaringer med behandling af mænd med BED.
- Der i den fremadrettede regionale og kommunale behandling sikres tilbud særligt målrettet mænd.

1

KAPITEL 1

Indledning

I dette kapitel præsenteres fakta om spiseforstyrrelsen BED og nogle af deltagernes egne beskrivelser af, hvordan det opleves at have BED. Derudover beskrives LMS' behandlingsforløb og målgruppen for behandlingsindsatsen.

1.1 Fakta om BED

Hvad er BED?

BED, også kendt som tvangsoverspisning, er en alvorlig spiseforstyrrelse forbundet med stor forpinthed for de berørte. Mennesker, der lider af BED, har jævnlige overspisningsepisoder, hvor de på kort tid indtager en usædvanlig stor mængde mad samtidig med, at de oplever at miste kontrollen over spisningen. Under en overspisning spiser man, selvom man ikke føler fysisk sult. Oftest indtages maden hurtigt, og indtil man føler sig ubehagelig mæt. Selve overspisningen beskrives af mange som en form for trance, hvor man ikke er i stand til at kontrollere, hvad man gør.

DSM-V diagnosekriterier for BED

A. Tilbagevendende overspisningsepisoder, som er forbundet med begge af de følgende:

1. I en tidsafgrænset periode (fx to timer) at indtage en større mængde mad, end de fleste normalt ville kunne indtage i samme tidsrum og under lignende omstændigheder.
2. Kontroltab under overspisningsepisoden (dvs. en følelse af ikke at kunne stoppe med at spise eller kontrollere, hvad og hvor meget man spiser).

B. Overspisningsepisoder er forbundet med tre (eller flere) af følgende:

- At spise meget hurtigere end normalt.
- At spise, indtil man føler sig ubehagelig overmæt.
- At spise store mængder mad uden at være sulten.
- At spise alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser.
- At føle væmmelse ved sig selv, selvforagt, nedtrykthed eller voldsom skyld efterfølgende.

C. Overspisningerne er forbundet med betydelig forpinthed/ubehag.

D. Overspisningerne forekommer minimum en gang ugentligt i en periode på minimum tre måneder.

E. Overspisningerne er ikke ledsaget af kompenserende adfærd, fx opkastninger eller brug af afføringsmiddel, og er ikke en del af en anoreksi- eller bulimidiagnose.

Symptomer på BED

Lige som ved andre spiseforstyrrelser oplever mennesker med BED stor kropstillfredshed og overoptagethed af vægt og spising. Det er karakteristisk for mennesker med BED, at de har lavt selvværd, depressive symptomer samt negative tanker præget af blandt andet ensomhed, angst og tomhed. Mennesker, som lider af BED, beskriver ofte deres forhold til mad som en form for misbrug, hvor maden bruges til at dæmpe negative følelser. På den måde bliver selve overspisningerne et forsøg på at opnå ro i et indre kaotisk følelsesliv.

Mennesker med BED har ikke systematisk kompenserende adfærd som fx opkastninger eller brug af afføringsmiddel (som ses ved bulimi). Derfor er eller bliver mange med BED overvægtige.

Hvor udbredt er BED?

Sundhedsstyrelsen anslår, at 40.000-50.000 danskere mellem 15-45 år lider af BED, hvoraf ca. en fjerdedel er mænd (1). BED er dermed den spiseforstyrrelse, som rammer flest mænd. BED debuterer typisk i teenageårene eller tidlig voksenalder. En dansk undersøgelse har fundet, at 2,6 % af de danske 16-17-årige har symptomer svarende til en BED-diagnose (2).

Deltagernes egne beskrivelser af BED

En væsentlig del af at have BED er, at tanker om mad fylder meget. Nogle deltagere beskriver, at de planlægger og glæder sig til den næste overspisning, mens andre beskriver, at de har strenge regler for, hvad de må spise – hvilket ofte ender med pludselige kontroltab og overspisninger.

Skam og selvbekjendelse

Overspisninger er ofte efterfulgt af selvbekjendende følelser såsom skam, dårlig samvittighed og selvbekjendelse. Flere deltagere beskriver, at denne skam og selvkritik rækker langt ud over perioden lige efter en overspisning, og at den er til stede i alle sociale kontekster. Her fylder tanker om, hvad andre tænker om én, uoverskueligt meget. Af samme årsag er både overspisninger og indkøb hertil også noget, der typisk foregår i det skjulte.

”Jeg havde den der følelse af, at jeg var forkert, og det var forkert. Det [overspisningerne] kunne ikke være normalt, vel? Og for hver gang, man gjorde det [overspiste], følte man sig endnu mere forkert. Det var utroligt, at jeg ikke havde den der selvdisciplin til bare at holde op – hvor svært kan det være, ikke? Men det var svært. Det kunne jeg bare ikke.”

Overspisninger har en funktion

Det er væsentligt at forstå, at overspisningerne har en vigtig funktion for mennesker med BED, da mad hjælper til at tackle negative følelser.

”Det kan vække en følelse af at blive omfavnet, det er ligesom at have en god ven, som kan trøste én, (...) den gør dårlige ting for én, men det kan man ikke se i situationen. (...) Man kan altid gå til maden og opnå det, man gerne vil (...). Jeg ved, det dulmer mine følelser, så jeg ikke behøver at komme i forbindelse med det, som jeg synes er svært.”

Flere deltagere beskriver, at overspisninger og planlægning heraf fjerner tanker fra andet pres, man kan opleve i livet. De fortæller, at der ofte ligger en dybere (ofte traumatiserende) årsag bag spiseforstyrrelsen, og her kan overspisninger hjælpe ved at flytte fokus til noget andet.

”Efter det [en overspisning] følte jeg mig tilfreds, (...) så blev jeg helt fyldt op af mad, og så blev jeg helt rolig, fordi så slog hjernen også fra.”

Mødet med sundhedsvæsenet

Flere af deltagerne har før behandlingsforløbet i LMS søgt hjælp i sundhedsvæsenet for deres BED. Selvom oplevelserne her har været blandede, kan mange genkende følelsen af ikke at blive mødt med forståelse og seriøsitet. Særligt oplevede de at blive mødt med antagelsen om, at et vægttab er løsningen. Deltagerne fortæller, at det, som de har haft brug for, er en dybere forståelse for, hvilken funktion mad har for dem, og at behandling, der udelukkende fokuserer på vægt, ikke har haft nogen positiv effekt overhovedet.

”Jeg vil også rigtig gerne tabe mig, men for mig handler dette forløb om at få styr på det psykiske, så må det fysiske komme senere.”

1.2 Behandlingsforløb og målgruppe

LMS har gennemført 25 gruppeforløb for mennesker med BED i hhv. København, Odense, Aarhus, Aalborg, Sønderborg og Næstved samt på tværs af landet via online behandlingsforløb. 173 mennesker med BED har gennemført behandlingen. Der er to behandlere til en gruppe med ca. syv deltagere. Forløbet strækker sig over 19 gruppegange fordelt over 5-7 måneder. Derudover har der været mulighed for individuelle samtaler efter behov. Formålet med behandlingen er at støtte deltagerne i symptomreduktion og således nedbringe deres overspisninger samt at højne trivsel og selvverd.

Behandlingsmetode

Der er udarbejdet en behandlingsmanual, som LMS' behandlere har fulgt i behandlingen af alle deltagere. Behandlingen fokuserer på psykologiske og familiemæssige forhold samt på spiseadfærd, kost- og vægtstabilisering. Behandlerteamet er tværfagligt sammensat og arbejder ud fra et fællesfagligt psykoterapeutisk grundlag med afsæt i kulturpsykologiske tilgange. LMS følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behandling af spiseforstyrrelser og Socialstyrelsens retningslinjer for rehabilitering af borgere med svære spiseforstyrrelser (3-5).

Behandlingsforløbet er faseopdelt (figur 1). Første fase er psykoedukerende og giver deltagerne viden om

BED. Derudover er der fokus på adfærdsændringer og at stabilisere spisemønstret. I anden fase er der fokus på at arbejde med kropssaccept og fysisk trivsel samt oparbejde nye strategier til at håndtere belastninger og svære følelser. Tredje fase har fokus på at forebygge tilbagefald og overføre ny viden fra gruppebehandlingen til hverdagslivet. Efterbehandlingen blev indført undervejs i projektperioden, og derfor er det ikke alle deltagere, som har fået et tilbud om dette. Tredje fase indgår således heller ikke i evalueringen af projektet.

Elementer i behandlingen

Behandlingen benytter forskellige terapeutiske redskaber og greb. De mest centrale beskrives her.

Mekanisk spisning

Mekanisk spisning er et konkret redskab til at stabilisere spisemønstret (5). Deltagerne skal spise tre hovedmåltider og to-tre mellemmåltider i løbet af en dag. De spiser 'mekanisk' efter en ydre struktur og ikke efter sult eller lyst. Dette kan for mange med BED være en stor hjælp, da fornemmelse af sult og mæthed kan være forstyrret efter mange år med en spiseforstyrrelse. Der er fokus på at spise varieret mad, der mætter, og dermed undgå voldsom sult. For mennesker med BED vil mekanisk spisning typisk medføre, at trangen til overspisninger reduceres, og at de begynder at mærke sult og mæthed igen.

Kostdagbog

Kostdagbogen er et redskab, som anvendes til at synliggøre u hensigtsmæssige spisemønstre

Figur 1: Gruppeforløbets faser



og tydeliggøre fremskridt eller tilbagefald (5). Den bliver introduceret ved behandlingsstart og danner baggrund for arbejdet med de psykologiske problemstillinger og spisningen. Deltagerne opfordres til dagligt at notere, hvad og hvornår de spiser, samt om der er overspisningsepisoder. Derudover inviteres de til at skrive ned, hvordan de har det psykisk og at reflektere over deres følelser og tanker i forhold til maden og deres liv i øvrigt. Kostdagbogen hjælper dem til dels at se sammenhænge mellem mad og følelser og dels at se deres egen udvikling og fremskridt i behandlingen.

Diætetisk vejledning

I et behandlingsforløb for mennesker med BED er det vigtigt, at der indgår diætetisk vejledning i ernæringsfysiologi (1). Ved to af gruppegangene tilbydes deltagerne diætetisk vejledning med udgangspunkt i den enkelte deltagers noter i kostdagbogen. Mange med BED har en historik med utallige slankeure og deres opfattelse af, hvad der er sundt og usundt, er ofte præget af sort-hvid tænkning. Mange har en forestilling om, at de helst fuldstændigt skal undgå fedt og kulhydrater. Diætisten afdækker og udfordrer de mange myter og vejleder deltagerne i kostsammensætning, portionsstørrelser, måltidsrytme samt sult- og mæthedsrespons. Der tages afsæt i kroppens fysiologiske behov, og deltagerne tilbydes dermed et alternativ til spiseforstyrrelsens sort-hvid tænkning.

Eksternalisering af spiseforstyrrelsen

I forløbet arbejdes med eksternalisering af spiseforstyrrelsen. Det betyder, at spiseforstyrrelsen italesættes og behandles som noget, der ikke er lig med deltagerne, men i stedet noget, der påvirker dem på forskellige måder – både på godt og ondt (6). Det har betydning for det sprog, der anvendes af behandleren, og som er blevet introduceret til gruppedeltagerne. Her vægtes et eksternaliserende sprogbrug, således at deltageren ikke er spiseforstyrret, men har en spiseforstyrrelse. Formålet er, at deltagerne oplever, at de er andet og meget mere end deres lidelse, og det tilbyder dem en følelse af at kunne agere i deres eget liv.

Bevidning

Bevidning er en fast del af gruppeterapien. Det går ud på, at en deltager fortæller om noget, der er svært eller godt, hvorefter de andre deltagere reflekterer over det, der er blevet fortalt (6). De andre deltagere skal fortælle, hvad det har gjort ved dem at høre det, der er blevet sagt. Gruppedeltagerne bliver instrueret i, at de skal være medfølelse i deres bevidning og gerne fortælle, om der er noget, de selv kan genkende. Intentionen med bevidning er at skabe øjeblikke af intensitet og samhørighed. Det er vigtigt, at den deltager, der er i fokus, oplever sig set af de andre.

Mindfulness

I behandlingen indgår elementer af mindfulness, som er evnen til at være tilstede i nuet (7). Gennem mindfulness opøver deltagerne en opmærksomhed i nuet på de følelser og tanker, som er til stede, og træner på den måde at "være med" det, som er, snarere end at forsvinde i følelsen eller flygte fra den. De øvelser, der udspringer af denne metode, er effektive til at skabe opmærksomhed og mere bevidst nærvær, hvilket er optimale rammer for terapi. Samtidig er det et redskab, som deltagerne kan bruge i deres hverdag og livspraksis.

Inddragelse af netværk

Støtte fra deltagernes netværk kan være afgørende for effekten af behandlingsforløbet og kan reducere sandsynligheden for, at de oplever tilbagefald efter forløbet (5). Inddragelse af deltagernes netværk er derfor en central del af behandlingen i LMS. Halvvejs i behandlingsforløbet afholdes et netværksmøde, som består af et kort oplæg om spiseforstyrrelsen og behandlingen efterfulgt af dialog i mindre grupper. Formålet med mødet er at give netværket en større viden om behandlingen, spiseforstyrrelsen samt indblik i virksomme måder at støtte deltagerne under og efter behandlingen.

Samtalesaloner

Efter afslutning af behandlingen inviteres deltagerne til fire samtalsaloner, der har et rehabiliterende sigte. Her tilbydes de et trygt rum med ligesindede, hvor der er plads til nogle af de temaer, som kan opstå efter endt behandling. Dette har til formål at

støtte deltagerne i fortsat symptomreduktion og at vedligeholde den positive udvikling samt forebygge tilbagefald. Samtalesalonerne blev indført undervejs i projektperioden ud fra behandlernes og deltagernes erfaringer med, at der var brug for efterbehandling. Det er derfor ikke alle deltagere, der har fået et tilbud om deltagelse i samtalsaloner efter endt behandlingsforløb.

Målgruppe for behandling

Behandlingen er målrettet voksne over 18 år, som lever op til de diagnostiske kriterier for BED i DSM-V i en mild til moderat grad. Det er væsentligt for deltagernes udbytte af behandlingsforløbet, at deres primære diagnose er BED. Derudover er der en række eksklusionskriterier, som blandt andet indbefatter:

- Fedmeoperation indenfor det seneste år, da der ikke må foregå et aktivt væggtab sideløbende med behandling for en spiseforstyrrelse
- Stof- eller alkoholmisbrug
- Udvalgte svære psykiatriske diagnoser (fx skizofreni, svær depression, socialfobi)
- Andre lidelser, der kræver særlig diætetisk vejledning (fx diabetes, PCOS).

Rekruttering

De potentielle deltagere screenes ved to samtaler, før de tilbydes en plads i en behandlingsgruppe. Disse samtaler har til formål at sikre, at de deltagere, som rekrutteres til projektet, er dem, som behandlingsforløbet er tilrettelagt efter.

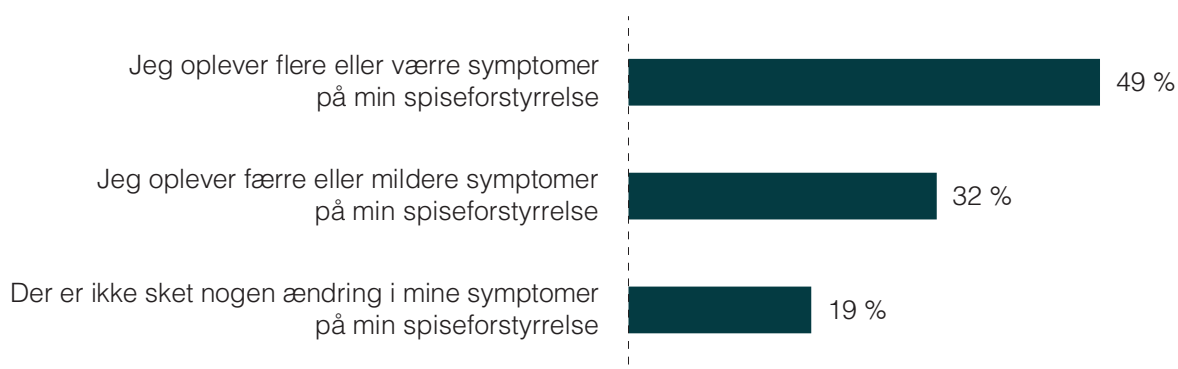
- A. Telefonscreening: Her undersøges, om deltageren er indenfor målgruppen.
- B. Forsamtale: Her vurderes deltagernes forandringsparathed og villighed til at prioritere behandlingen. Et vigtigt element er, at deltagerne skal acceptere, at de ikke må tabe sig under behandlingsforløbet, idet slankekur og restriktiv spisning øger risikoen for sultudløste overspisninger. Hver samtale vendes fælles i LMS' behandlerteam, så der sikres et højt fagligt grundlag for vurderingen.

Behandling af BED under COVID-19

En del af behandlingen har fundet sted under COVID-19 pandemien og nedlukningen af Danmark. Nogle grupper har derfor helt eller delvist modtaget behandling virtuelt, og nedlukningen har altså haft stor indflydelse på rammerne for deltagernes behandlingsforløb.

I juni 2020 undersøgte ViOSS, hvordan pandemien og nedlukningen påvirkede deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer (8). Spørgeskemaundersøgelsen viste, at ca. halvdelen af de adspurgte oplevede, at deres spiseforstyrrelsessymptomer blev påvirket negativt under pandemien og nedlukningen (figur 2). De oplevede at få flere eller værre symptomer på deres spiseforstyrrelse. Hver tredje oplevede derimod at få det bedre, mens 19 % ikke mærkede nogen forskel. Altså er COVID-19 og nedlukningen noget, der påvirker deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer på forskellige måder.

Figur 2: Spiseforstyrrelsessymptomer under COVID-19 sammenlignet med før (n=37)



2

KAPITEL 2

Metode og analyse

Dette kapitel giver et indblik i undersøgelsens datakilder, og der gives et overblik over antal respondenter, som analyserne bygger på. Derudover beskrives de anvendte metoder og relevante metodiske overvejelser. Evalueringen omfatter kun fase et og to af behandlingsforløbet, og efterbehandlingen er således ikke inkluderet i evalueringen.

2.1 Datagrundlag

Datakilder

Undersøgelsen anvender flere datakilder: Et visitationsark, der udfyldes af behandler i samarbejde med deltageren ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet, og et spørgeskema, der udsendes til deltagerne på mail ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet samt ét år efter endt behandlingsforløb (figur 3). Med dette evalueringsdesign undersøges det, hvordan det går deltagerne over tid i forhold til overspisninger, spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel.

Visitationsark

Visitationsarket indeholder spørgsmål, der vedrører de diagnostiske kriterier for BED: Antallet af overspisninger, karakteristika ved overspisningerne, og om der er anden kompenserende adfærd. Visitationsarket er udviklet af ViOSS på baggrund af udvalgte spørgsmål fra *Eating Disorder Examination (EDE)*, som er et semistruktureret interview til at måle spiseforstyrrelsessymptomer udviklet af Cooper og Fairburn (9). Formålet med visitationsarket er at vurdere, om deltageren lider af BED og graden af spiseforstyrrelsen.

Spørgeskemaer

Før-spørgeskemaet udsendes til deltagerne ca. én uge før første behandling, og efter-spørgeskemaet udsendes umiddelbart efter behandlingens afslutning. Derudover får deltagerne et 1-års follow-up spørgeskema ét år efter, at de har afsluttet behandlingsforløbet. Alle tre spørgeskemaer måler deltagerens spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel. Til måling af spiseforstyrrelsessymptomer

Figur 3: Undersøgelsens datakilder



anvendes *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, som er en spørgeskemaversion af Eating Disorder Examination (EDE) (10). Til måling af trivsel anvendes Cantril's stige (11) og WHO-5's trivelsindeks (12).

Før-spørgeskemaet indeholder desuden en række baggrundsspørgsmål vedrørende demografi, socioøkonomi, helbred, forventninger til forløbet m.v., mens efter-spørgeskemaet indeholder spørgsmål, der måler deltagernes tilfredshed med forløbet og selv vurderet udbytte. 1-års follow-up spørgeskemaet har til hensigt at måle de langsigtede virkninger af behandlingen. Dette spørgeskema indeholder – udover de før nævnte skalaer – også spørgsmål angående deltagernes egen vurdering af, hvordan deres forhold til mad, vægt og krop er ét år efter behandlingens afslutning, sammenlignet med lige da behandlingen afsluttede.

Interviews

Undersøgelsen anvender primært kvantitative data. Dog er der blevet gennemført to kvalitative interviews med i alt fire kvinder, som har færdiggjort behandlingsforløbet. Heraf udgjorde et interview et fokusgruppeinterview med tre kvinder, og et udgjorde et individuelt interview. Data fra disse interviews er brugt til at supplere deltagernes egne beskrivelser i fritekstfelter i spørgeskemaet, som eksempelvis bruges i afsnit 1.1 om deltagernes beskrivelser af BED og 4.3 om selv vurderet udbytte. Desuden bruges citater fra interviews, såvel som citater fra fritekstfelter i spørgeskemaet, løbende i rapporten til at underbygge resultaterne.

Datagrundlag og besvarelsesprocenter

I projektperioden har LMS gennemført 25 gruppeforløb med ca. syv deltagere i hver gruppe. 173 deltagere har gennemført behandlingsforløbet, mens 25 er faldet fra før tid. Med undtagelse af afsnittet om frafald gælder det for alle afsnit i rapporten, at de deltagere, der er faldet fra undervejs i behandlingsforløbet, ikke indgår i analyserne. Én enkelt gruppe med fem deltagere er endnu ikke afsluttet ved gennemførelsen af analyserne til denne evalueringsrapport. Kapitlet 'Hvem er deltagerne?' bygger dermed på data fra 25 gruppeforløb og i alt 173 deltagere, mens afsnittet 'Behandlingseffekter' (4.1-4.7) bygger på data fra 24 gruppeforløb og i alt 168 deltagere.

Data er indsamlet løbende ved opstart og afslutning af grupperne og et år efter afslutning af gruppeforløbene. Det er ikke alle deltagere, der har besvaret alle spørgeskemaer/visitationsark eller samtlige spørgsmål i et spørgeskema/visitationsark, hvorfor antallet af individer (n) varierer i rapportens tabeller og figurer. Figur 4 nedenfor viser antal besvarelser og svarprocenter for undersøgelsens tre spørgeskemaer og to visitationsark.

Kapitlet 'Hvem er deltagerne?' er baseret på hhv. 163 besvarelser af første visitationsark (svarprocent: 94 %) og 159 besvarelser af før-spørgeskemaet (svarprocent: 92 %). Afsnittet 'Behandlingseffekter' (4.1-4.6) er baseret på hhv. 156 deltagere, som har besvaret både første og andet visitationsark (samlet svarprocent: 93 %), og 136 deltagere, som har udfyldt både før- og efterspørgeskemaet (samlet svarprocent:

Figur 4: Antal besvarelser og svarprocenter



81 %). Analyserne i afsnittet 'Får nogle større udbytte end andre?' er baseret på en kombination af de fire datakilder. 126 deltagere har besvaret både før- og efter-spørgeskemaet samt første og andet visitationsark (samlet svarprocent: 75 %).

Da analyserne til afsnittet 'De langsigtede effekter af behandlingen' blev udarbejdet, havde 67 deltagere afsluttet deres forløb for ét år eller længere tid siden. Afsnittet 'De langsigtede effekter af behandlingen' bygger på 36 deltagere, som har besvaret både efter-spørgeskemaet og 1-års follow-up spørgeskemaet (samlet svarprocent: 54 %).

2.2 Analyse og metoder

Databearbejdning, analyser og fortolkning er gennemført af ViOSS i perioden september-november 2021. Analyser er gennemført i Excel og Stata. Data er anonymiseret, så ingen deltagere kan genkendes i rapporten.

Parret t-test og chi-i-anden test

Parret t-test og chi-i-anden test anvendes til at undersøge, om der er statistisk signifikant forskel på deltagernes besvarelser ved to forskellige målinger. Parret t-test bruges til at sammenligne deltagernes gennemsnitsscore på eksempelvis EDE-Q, WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen. Chi-i-anden er eksempelvis brugt til at undersøge, om der er statistisk signifikant forskel på fordelingen af deltagere, der lever op til diagnosekriterierne for BED ved hhv. opstart og afslutning af behandlingen. Begge test ledsages af p-værdier, der angiver, om forskellen er statistisk signifikant, dvs. at den statistisk set ikke kan være fremkommet ved en tilfældighed. Vi anvender 5 % signifikansniveau, hvilket betyder, at hvis en p-værdi er under 0,05, er forskellen statistisk signifikant.

Cohen's d

Mens parret t-test bruges til at undersøge, om der er statistisk signifikant effekt af behandlingen, bruges Cohen's *d* til at måle, hvor stor effekten er (13). Dette kaldes effektstørrelsen og fortolkes således: 0,2-0,4 = lille effekt, 0,5-0,7 = moderat effekt og $\geq 0,8$ = stor effekt.

Lineær regressionsanalyse

Lineær regression anvendes til at undersøge, om der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem det, der kaldes en afhængig variabel og en eller flere uafhængige variable. I denne evaluering benyttes lineær regression i afsnittet 'Får nogle større udbytte end andre?' til at identificere mulige prædiktorer for et positivt udbytte af behandlingsforløbet. Udbyttet af behandlingsforløbet måles via antal overspisninger ved afslutning af behandlingen. De uafhængige variable består af forskellige karakteristika ved opstart, som afprøves med henblik på at finde faktorer, der kan være med til at forudsige antallet af overspisninger ved afslutning, der således fungerer som den afhængige variabel. Antal overspisningsepisoder ved opstart fungerer i alle tilfælde som kontrolvariabel for at sikre, at det ikke er dette parameter, som forårsager sammenhængen. Igen anvendes et 5 % signifikansniveau.

Kontrolgruppe

Når effektstørrelse i denne rapport bliver omtalt som behandlingseffekt, er det fordi, det antages, at de forskelle, der ses på deltagernes symptomer, trivsel mv. fra før behandling til efter behandling, skyldes den behandling, deltagerne har modtaget i LMS. Sandsynligvis er deltagernes udvikling dog også påvirket af forhold uden for indsatsen, fx COVID-19-pandemien, personlige forhold osv. For at sikre at de behandlingseffekter, der ses, kan tilskrives LMS' behandling, er deltagerne, der har modtaget behandling (behandlingsgruppen), blevet sammenlignet med en kontrolgruppe bestående af 57 personer, der har stået på venteliste til behandling hos LMS (14). Kontrolgruppen har besvaret samme spørgeskemaer (før- og efter-spørgeskema) med samme tidsinterval som behandlingsgruppen. Hermed undersøges, om spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel forværres eller lindres af sig selv over tid hos personer, som ikke modtager indsatsen. Resultaterne af denne analyse viser, at spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel hverken forværres eller lindres i den periode, hvor deltagerne står på venteliste til BED-behandling. Samtidig viser analysen, at deltagerne i behandlingsgruppen har færre spiseforstyrrelsessymptomer og højere trivsel end

kontrolgruppen målt i efter-spørgeskemaet. Forskellen på de to grupper er signifikant, og det kan derfor udledes, at den udvikling, der ses hos deltagerne, der har gennemført LMS' behandlingsforløb, kan tilskrives behandlingen. Det skal dog bemærkes, at denne analyse er blevet foretaget undervejs i projektperioden, og derfor er kontrolgruppen kun blevet sammenlignet med 30 personer fra behandlingsgruppen.

3

KAPITEL 3

Hvem er deltagerne?

Følgende kapitel giver et indblik i baggrundskarakteristika for de 173 deltagere, der har gennemført LMS' behandlingsforløb. Indledningsvist vil deltagernes socio-demografiske karakteristika blive gennemgået efterfulgt af en række centrale forhold vedrørende spiseforstyrrelsen. Dernæst præsenteres forhold vedrørende deltagernes fysiske og psykiske helbred.

3.1 Sociodemografi

Køn og alder

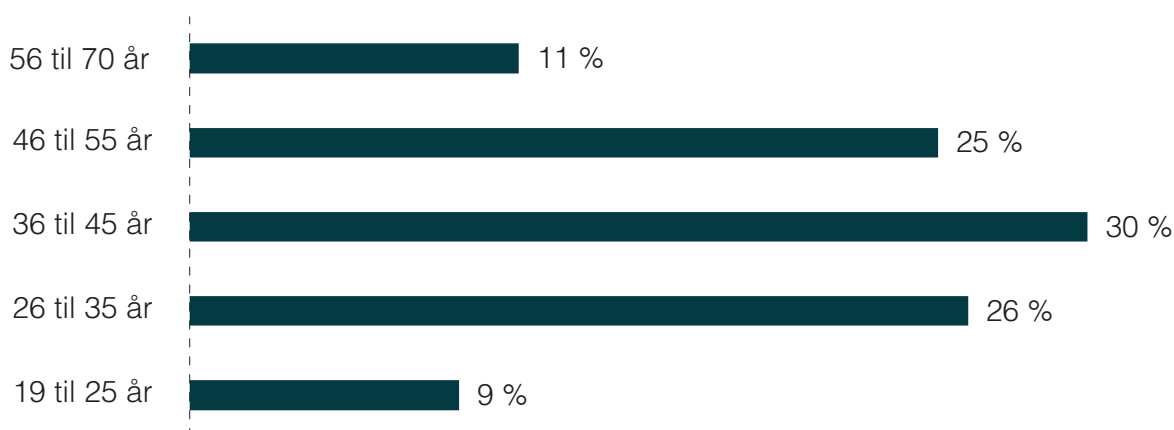
Langt størstedelen af deltagerne er kvinder (91 %), mens en mindre del er mænd (9 %).

Gennemsnitsalderen for deltagerne er 41 år. De fleste er mellem 26 og 55 år (81 %) (figur 5).

Beskæftigelse og uddannelsesniveau

Hovedparten af deltagerne er beskæftigede i en fuldtids- eller deltidsansættelse (82 %), og 18 % har angivet, at de er uden for beskæftigelse (tabel 1).

Figur 5: Deltagernes alder (n=159)¹



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

¹ I tabeller og figurer har vi afrundet procenter, hvilket betyder, at der i nogle tilfælde summeres til 101 % eller 99 %.

Tabel 1: Deltagernes beskæftigelsesstatus (n=156)

Beskæftigelsesstatus	Antal	Procent
Fuldtidsbeskæftigelse	100	64
Deltidsbeskæftigelse	28	18
Uden for beskæftigelse	28	18

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

Størstedelen af deltagerne har en mellemlang eller lang videregående uddannelse (61 %), og kun 10 % har en gymnasial eller kortere uddannelse som højest gennemførte uddannelse (tabel 2). Sammenlignes disse tal med tal for den danske befolkning, tyder det på, at beskæftigelsesfrekvensen og uddannelsesniveauet overordnet set er højere blandt deltagerne i LMS' behandlingsforløb end for den generelle danske befolkning (15,16)².

Tabel 2: Deltagernes højest gennemførte uddannelsesniveau (n=156)

Uddannelsesniveau	Antal	Procent
Lang videregående uddannelse	29	19
Mellemlang videregående uddannelse	66	42
Kort videregående uddannelse	22	14
Erhvervsfaglig uddannelse	24	15
Gymnasial uddannelse	11	7
Grundskole eller kortere	4	3

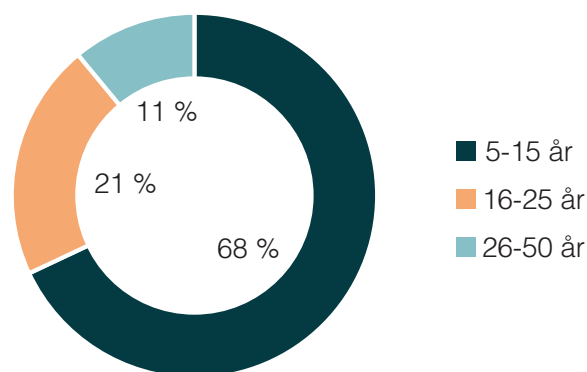
Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

3.2 Spiseforstyrrelsen

Debut for overspisninger

Langt størstedelen af deltagerne vurderer, at deres overspisninger begyndte, inden de blev voksne, og den gennemsnitlige alder ved første overspisningsepisode er 16 år. Der er dog stor

forskel på, hvornår deltagerne oplevede deres første overspisningsepisode. Nogle vurderer, at deres overspisninger begyndte, da de var børn, mens andre var i 40'erne eller 50'erne (figur 6). Langt hovedparten mener, at de var mellem 5 og 15 år (68 %). Det betyder ikke nødvendigvis, at deltagerne på daværende tidspunkt havde en BED-diagnose, men at de havde udviklet de første symptomer på BED. Da deltagerne i dette behandlingsprojekt har en gennemsnitsalder på 41 år, har de fleste derfor haft symptomer på spiseforstyrrelsen i mange år, før de kom i behandling i LMS.

Figur 6: Deltagernes alder ved første overspisningsepisode (n=157)

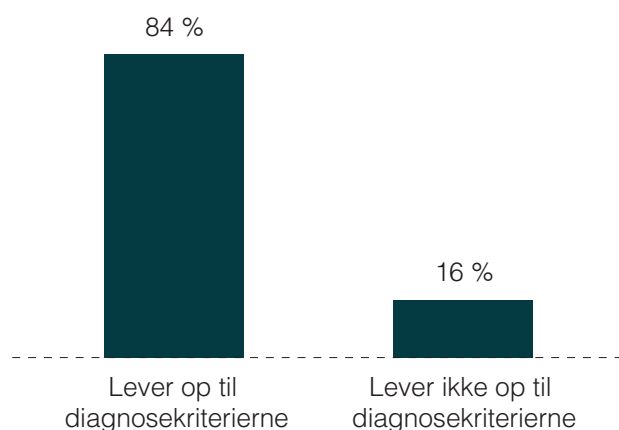
Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

BED

Ved opstart af behandlingen lever 126 (84 %) af deltagerne op til DSM-V's diagnosekriterier for BED, mens 24 (16 %) ikke opfylder alle kriterier for diagnosen (figur 7). Karakteristika ved disse 24 deltagere vil blive undersøgt yderligere i afsnit 4.6.

Af de 126 personer, som opfylder diagnosekriterierne for BED, har langt størstedelen (89 %) det, der kan karakteriseres som mild eller moderat BED (tabel 3). Det vil sige, at de har haft episoder med overspisninger mellem én og syv gange om ugen over de seneste tre måneder.

² Ved denne sammenligning er der ikke taget højde for skævheder i alders- og kønsfordelingen mellem deltagerne og den generelle danske befolkning.

Figur 7: Andel af deltagere, der lever op til diagnosekriterierne ved opstart (n=150)

Kilde: Visitationssamtale ved opstart.

Tabel 3: Deltagernes grad af BED (n=126)

Grad af BED	Antal	Procent
Mild (1-3 overspisningsepisoder pr. uge)	64	51
Moderat (4-7 overspisnings-episoder pr. uge)	48	38
Alvorlig (8-13 overspisnings-episoder pr. uge)	14	11
Ekstrem (14 eller flere overspisningsepisoder pr. uge)	0	0

Kilde: Visitationssamtale ved opstart.

3.3 Øvrigt fysisk og psykisk helbred

BMI (Body Mass Index)

BMI anvendes ofte som rettesnor i forhold til, om en person har en passende vægt i forhold til sin højde. Værdien beregnes ud fra vægt målt i kg og højde målt i meter (17).

Størstedelen af deltagerne har et BMI på over 30 (89 %), hvilket vil sige, at de hører til i kategorien svær overvægt (tabel 4). Kun 11 % af deltagernes BMI kategoriseres som normalvægt eller moderat overvægt, og ingen deltagere er undervægtige. I sammenhæng hermed angav 6 % af deltagerne, at de tidligere er blevet opereret, eksempelvis i form af en gastrisk bypass, for at opnå et væggtab.

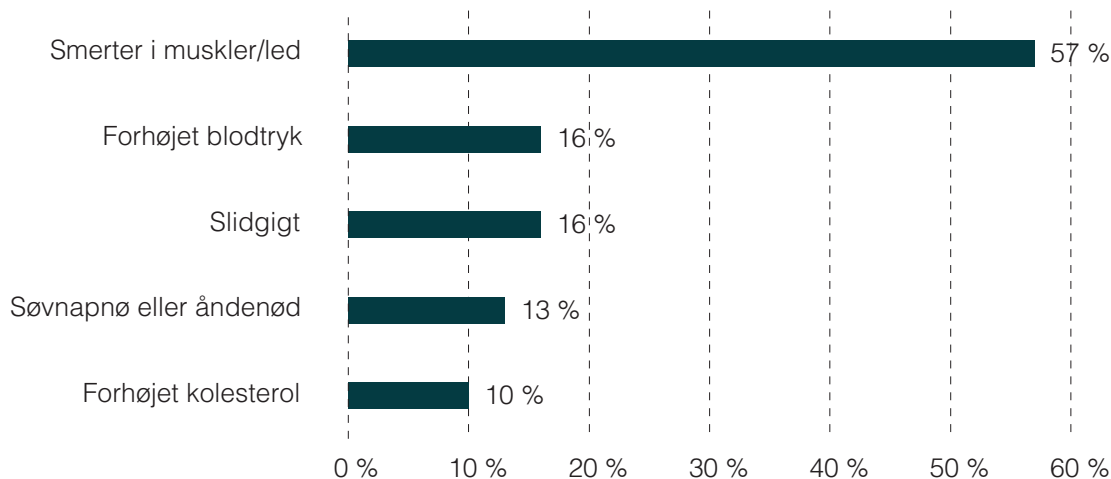
Tabel 4: Deltagernes BMI (n=161)

BMI	Antal	Procent
Undervægt (<18,5)	0	0
Normalvægt (18,5-24,9)	3	2
Moderat overvægt (25,0-29,9)	14	9
Svær overvægt, klasse 1 (30,0-34,9)	46	29
Svær overvægt, klasse 2 (35,0-39,9)	41	25
Svær overvægt, klasse 3 (40)	57	35

Kilde: Visitationssamtale ved opstart.

Fysiske lidelser

Mange af deltagerne har andre fysiske og psykiske lidelser og komplikationer ud over spiseforstyrrelsen. Af figur 8 fremgår det blandt andet, at mere end halvdelen har smerter i muskler eller led, ca. hver sjette deltager har forhøjet blodtryk, og ca. hver sjette har slidgigt.

Figur 8: Deltagernes fysiske lidelser (n=159)

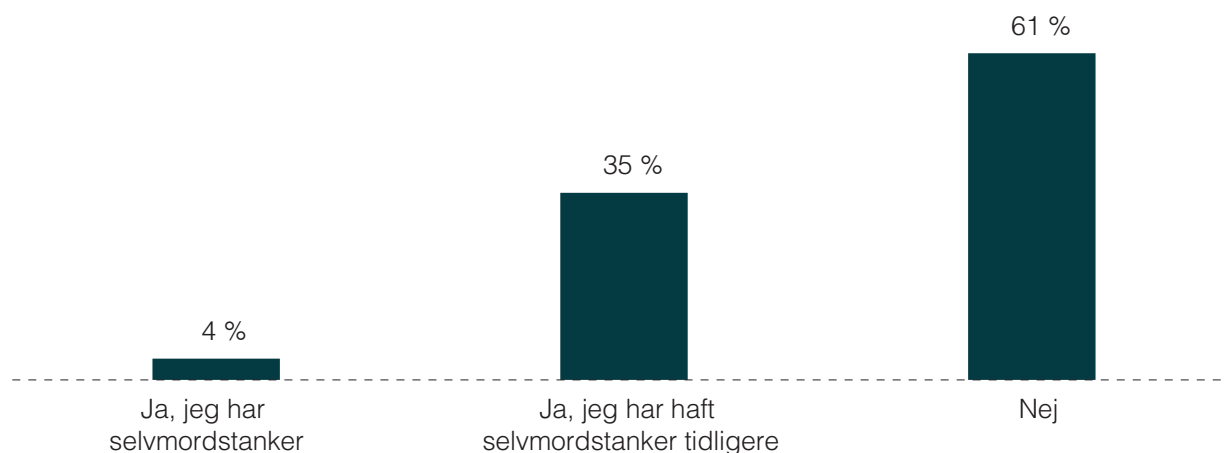
Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

Note: Deltagerne har haft mulighed for at vælge flere svarmuligheder, hvorfor der summeres til mere end 100 %. Kun de fysiske lidelser, som minimum 10 % af deltagerne har angivet, er medtaget i figuren.

Psykisk helbred

13 % af deltagerne angiver, at de lider af angst, mens 18 % angiver at have depression. Derudover angiver 35 %, at de tidligere har haft selvmordstanker, og 4 %

angiver fortsat at have selvmordstanker ved opstart af behandlingen (figur 9). Hovedparten af deltagerne angiver dog, at de aldrig har haft selvmordstanker (61 %).

Figur 9: Deltagernes selvmordstanker (n=158)

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

”Jeg er bekymret for mit psykiske helbred, da det tager hårdt på mig med ædeflip [overspisninger]. De medfører isolation i de perioder, de står på. Isolation, selvbejdelse, følelse af dyb ensomhed og sommetider suicidale tanker – uden impulser.”

Selvurderet helbred

Deltagerne er blevet bedt om at vurdere deres helbred på en skala med 5 kategorier: *Fremragende, Vældig godt, Godt, Mindre godt, Dårligt*. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en selvstændig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed (17). Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død.

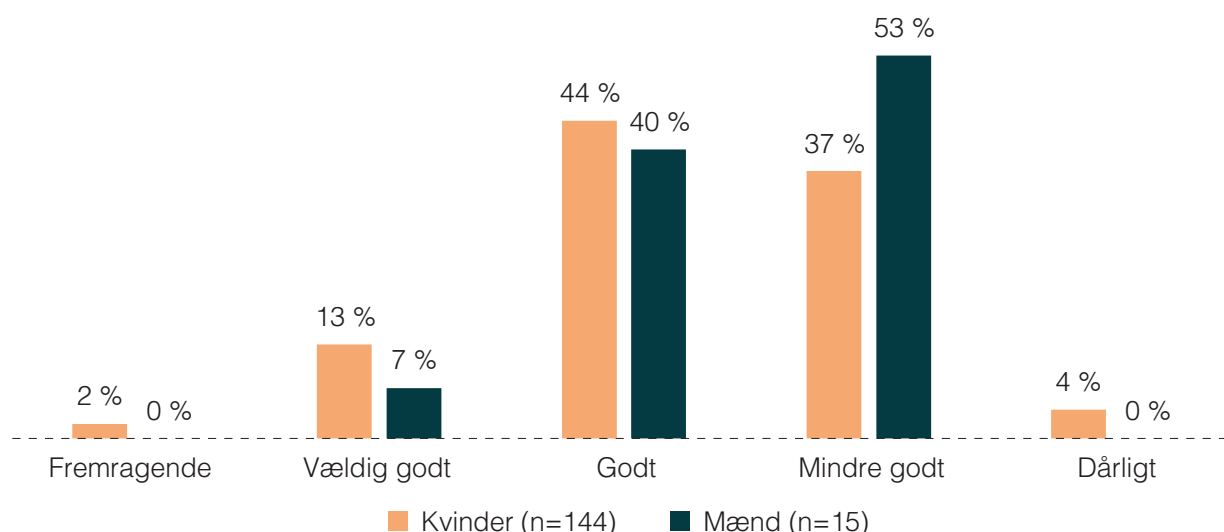
59 % af kvinderne og 47 % af mændene vurderer deres helbred som godt, vældig godt eller fremragende, mens 41 % af kvinderne og 53 % af mændene vurderer helbredet som mindre godt eller dårligt (figur 10).

Sammenlignes disse tal med den danske befolkning generelt tyder det på, at deltagerne i LMS' behandlingsforløb har et dårligere selvvurderet helbred end den danske befolkning (17)³.

På trods af, at hovedparten af deltagerne vurderer deres helbred som godt, er 91 % bekymrede for deres fysiske eller psykiske helbred. Når deltagerne spørges, hvorfor de er bekymrede for deres fysiske eller psykiske helbred, svarer flere, at overvægten, som ofte er forbundet med spiseforstyrrelsen, giver anledning til bekymring for livsstilssygdomme.

Udover bekymringer vedrørende fysisk helbred udtrykker flere deltagere også, at de er bekymrede for deres psykiske helbred blandt andet grundet social isolation. Desuden beskriver flere deltagere, hvorledes overvægten og de konstante tanker om mad påvirker deres psykiske tilstand, blandt andet i form af manglende selvtillid, angst, ensomhed og depressive tankemønstre.

Figur 10: Deltagernes selvvurderede helbred fordelt på køn



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

³ Ved denne sammenligning er der ikke taget højde for skævheder i alders- og uddannelsesniveauer mellem deltagerne og den generelle danske befolkning.

”Da mange af mine problemer hænger sammen med min overvægt og mit spisemønster, er jeg bekymret for, at både mit psykiske og fysiske helbred bliver værre, hvis jeg ikke får behandling.”

Traumatiske oplevelser

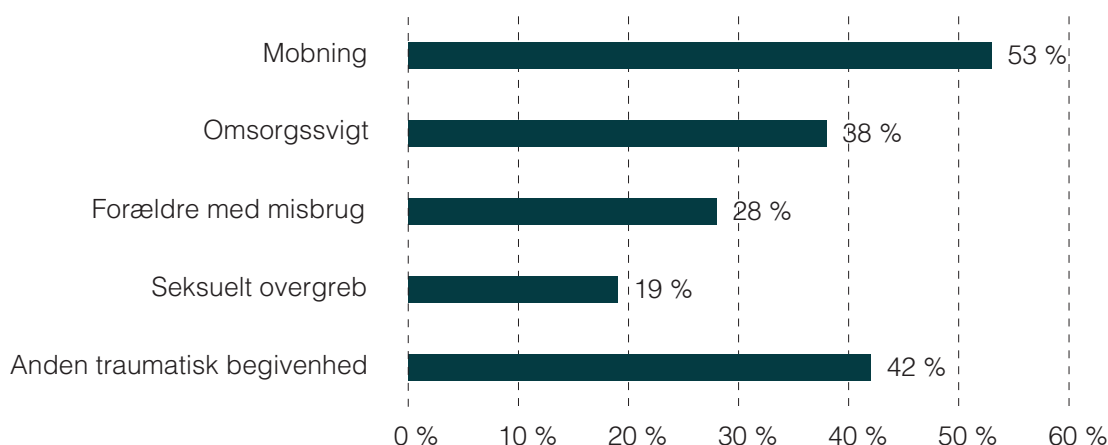
86 % af deltagerne har oplevet én eller flere traumatiske hændelser i løbet af deres liv.

Ifølge figur 11 er mobning den mest hyppige traumatiske oplevelse, hvilket lidt over halvdelen (53 %) har været udsat for. Dernæst kommer omsorgssvigt (38 %), alkohol- eller stofmisbrug hos mor og/eller far (28 %) og seksuelle overgreb (19 %). Yderligere angiver 42 % at have været udsat for andre traumatiske begivenheder. Heriblandt nævnes blandt andet dødsfald blandt familie og venner, voldelige forældre eller partnere, sygdom, trafik-og/ eller arbejdsulykker, skilsmisse og selvmord i familien. Alle deltagerne har haft mulighed for at vælge flere af nedenstående svarkategorier og har i gennemsnit angivet at have oplevet knap to traumatiske begivenheder pr. person.

Opsamling på kapitel 3

Dette kapitel viser, at langt størstedelen af deltagerne i LMS' behandlingstilbud er kvinder (91 %), og at gennemsnitsalderen er 41 år. Hovedparten er i en deltids- eller fuldtidsbeskæftigelse (82 %), og analysen peger på, at deltagernes beskæftigelsesfrekvens og uddannelsesniveau er højere end niveauet i den generelle danske befolkning. De fleste deltagere opfylder diagnosekriterierne for BED ved opstart af behandlingen (84 %), hvoraf de fleste har det, der kan karakteriseres som mild til moderat BED (89 %). Størstedelen af deltagerne oplevede deres første overspisningsepisode, da de var mellem 5 og 15 år (68 %), og spiseforstyrrelsen begyndte således mange år før, de kom i behandling i LMS. Den typiske deltager er desuden svært overvægtig (89 %), og mere end halvdelen har smerter i muskler eller led (57 %). Deltagernes selvvalgte helbred er dårligere end i den generelle danske befolkning, og langt størstedelen af dem angiver at være bekymret for deres fysiske og psykiske helbred (91 %). Ydermere viser dette kapitel, at hovedparten af deltagerne har oplevet én eller flere traumatiske hændelser i løbet af deres liv, og at ca. hver tredje tidligere har haft selvmordstanker.

Figur 11: Andel af deltagerne, som har haft traumatiske oplevelser (n=159)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart.

Note: Deltagerne har haft mulighed for at vælge flere svarmuligheder, hvorfor der summeres til mere end 100 %.

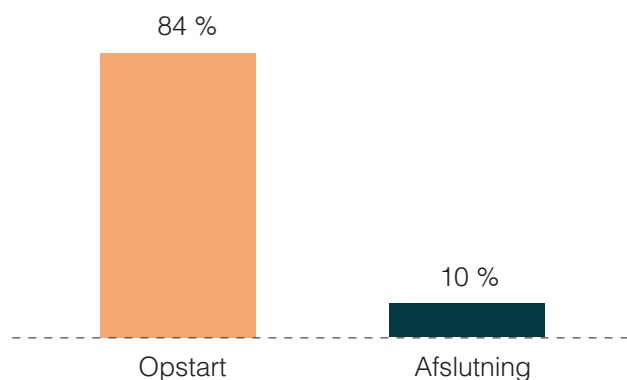
4

KAPITEL 4

Behandlingseffekter

I følgende kapitel præsenteres behandlingsforløbets effekter på en række parametre. Først ses på udviklingen i deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel fra opstart til afslutning af behandlingen samt på deltagernes selvvaluerede udbytte af behandlingen. Dernæst ses nærmere på de personer, som stadig har BED-diagnosen ved afslutning af behandlingen, hvorefter det undersøges, om de personer, der ikke lever op til alle diagnosekriterierne for BED ved opstart af behandlingen, får gavn af forløbet. Afslutningsvis uddybes de langsigtede effekter af behandlingsforløbet målt ét år efter, behandlingen er afsluttet, samt årsager til frafald.

Figur 12: Deltagere, der lever op til diagnosekriterier for BED ved opstart og afslutning af behandling (n=138)



Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandlingen.
 Note: Signifikant forskel ved χ^2 ($p < 0,001$).

4.1 Spiseforstyrrelsen

Diagnosekriterier

Ved opstart af behandlingen levede 116⁴ (84 %) deltagere op til diagnosekriterierne for BED, hvorimod blot 14 (10 %) deltagere levede op til disse ved afslutning (figur 12). Desuden er reduktionen fra opstart til afslutning af behandlingen statistisk signifikant. Behandlingsforløbet har således haft en positiv effekt for langt størstedelen af deltagere. Hvad angår de resterende 14 deltagere, der ved afslutning af behandlingen fortsat lever op til diagnosekriterierne for BED, vil der blive set nærmere på disse i afsnit 4.5.

”Det er mig, der styrer nu. Det er ikke min spiseforstyrrelse, der styrer det mere. Jeg har taget over”.

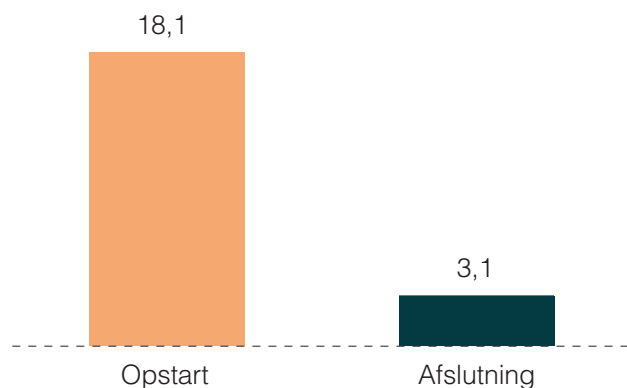
Antal overspisninger

Deltagernes gennemsnitlige antal overspisnings-episoder de seneste 28 dage op til visitationssamtalen er faldet fra 18,1 ved opstart af behandlingen til 3,1 ved afslutning af behandlingen (figur 13). Desuden er det gennemsnitlige antal dage med overspisninger faldet fra 14,4 til 2,7 (figur 14). Begge behandlingseffekter er desuden store og statistisk signifikante, hvorfor det kan konkluderes, at behandlingsforløbet har haft en stor virkning på antallet af overspisninger hos deltagere.

”Jeg er gået fra en del overspisninger til ingen og lært at tage mig selv og mine behov alvorligt.”

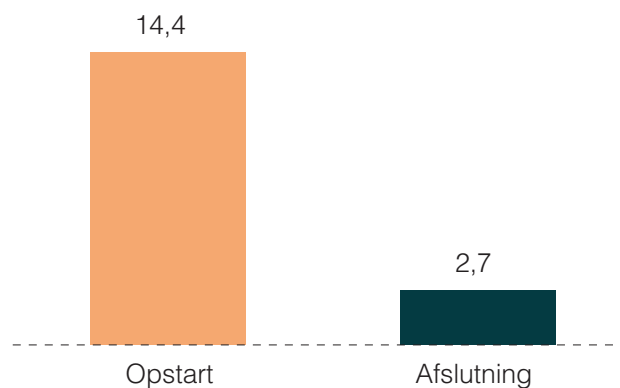
4 Disse tal er forskellige fra tallene præsenteret i afsnit 3.2, eftersom sample size varierer.

Figur 13: Deltagernes gennemsnitlige antal overspisningsepisoder de seneste 28 dage ved opstart og afslutning af behandling (n=147)



Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandling.
 Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$).
 Effektstørrelse ved Cohen's $d =$ stor.

Figur 14: Deltagernes gennemsnitlige antal dage med overspisninger de seneste 28 dage ved opstart og afslutning af behandling (n=151)



Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandling.
 Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$).
 Effektstørrelse ved Cohen's $d =$ stor.

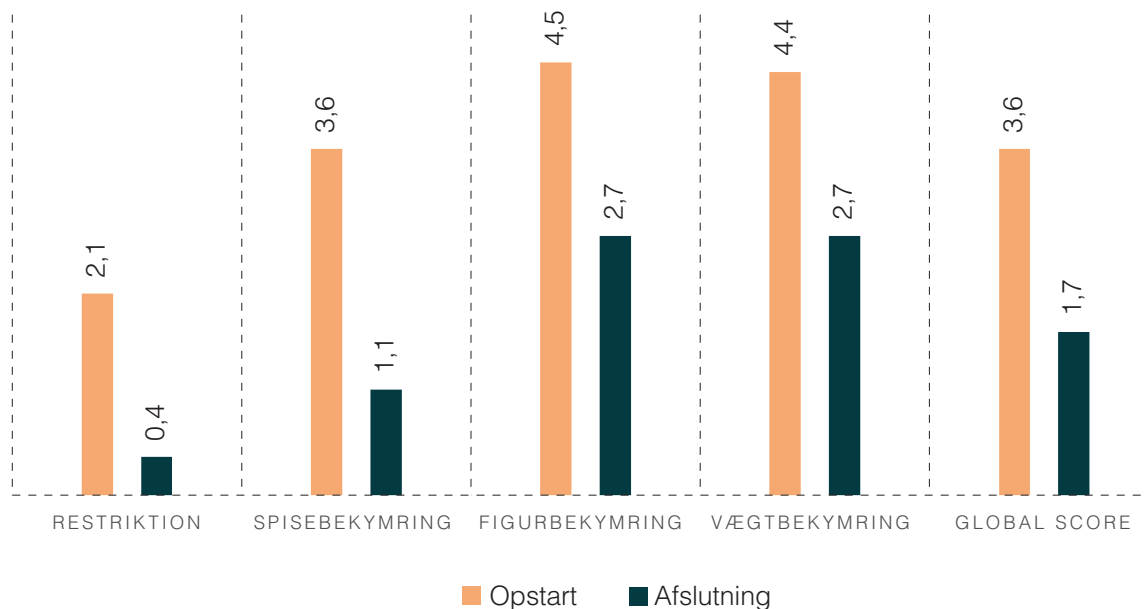
Generelle spiseforstyrrelsessymptomer

De generelle spiseforstyrrelsessymptomer måles via EDE-Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire*), som er en skala udviklet til at måle graden af spiseforstyrrelsessymptomer (10). EDE-Q-skalaen er opdelt i fire subskalaer, der omhandler fire områder af patologien forbundet med spiseforstyrrelser, nemlig *restriktion*, *spisebekymring*, *figurbekymring* og *vægtbekymring*. Skalaen *restriktion* måler i hvilken grad, en person begrænser sin spisning, *spisebekymring* vurderer en persons bekymring ved at spise, *figurbekymring* undersøger en persons optagethed af/utilfredshed med egen krop, og *vægtbekymring* måler en persons utilfredshed/optagethed af vægt. Udover disse fire subskalaer præsenteres udviklingen på den globale score, som er et gennemsnit af subskalaerne. Skalaen går fra 1 til 6, hvor en høj værdi indikerer en større grad af symptomer.

Deltagerne reducerer den globale score og samtlige subskalaer fra opstart til afslutning af behandlingen (figur 15). Den største reduktion ses på skalaen *spisebekymring*, mens den mindste ses for *vægtbekymring*. For både den globale score og samtlige subskalaer er der tale om statistisk signifikante og store behandlingseffekter. Alt i alt kan det altså siges, at behandlingsforløbet har hjulpet til at mindske deltagernes generelle spiseforstyrrelsessymptomer væsentligt.

”Jeg har fået et langt mere afslappet forhold til mad, og jeg er begyndt at kunne spise sammen med andre mennesker uden angst.”

Figur 15: Deltagernes gennemsnitlige score ved opstart og afslutning af behandling på EDE-Q subskalaer og global score (n=136)



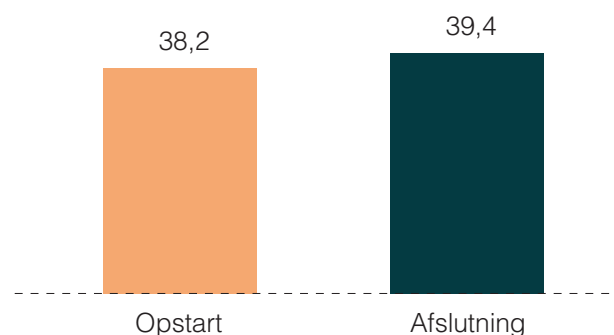
Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling.

Note: Signifikant forskel ved parret t-test for alle subskalaer og den globale score ($p < 0,001$). Alle effektstørrelser ved Cohen's d er store.

BMI

Det er et behandlingsmål, at deltagernes vægt ikke ændrer sig markant under behandlingen. Af nedenstående figur 16 fremgår det, at deltagernes gennemsnitlige BMI ved opstart af behandlingen er 38,2 og ved afslutning 39,4. De befinder sig altså gennemsnitligt i kategorien svær overvægt, klasse 2, både før og efter behandling, jf. kategorier for BMI præsenteret i afsnit 3.3. Behandlingseffekten er statistisk signifikant, men lille, hvilket betyder, at deltagernes vægt er steget en smule, men ikke har ændret sig markant under behandlingsforløbet.

Figur 16: Deltagernes gennemsnitlige BMI ved opstart og afslutning af behandlingen (n=151)



Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandlingen.

Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$).

Effektstørrelse ved Cohen's d = lille.

4.2 Trivsel

WHO-5 trivselsindeks

WHO-5 trivselsindeks bruges til at måle deltageres trivsel. Trivselsindekset bygger på fem udsagn (se faktaboks), hvortil deltagerne er blevet bedt om at angive deres enighed på en skala fra 0 – 5, hvor 0 er ”på intet tidspunkt”, og 5 er ”hele tiden”.

Derudover beregnes en globale score på baggrund af de fem subskalaer⁵. Jo højere score, jo højere trivsel. I den generelle danske befolkning er gennemsnittet for den globale score 68 point (18). WHO opstiller følgende kategorier for at fortolke den globale score (12):

- *0 – 35 point*: Der er stor risiko for depression og stressbelastning
- *36 – 50 point*: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- *Over 50 point*: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning

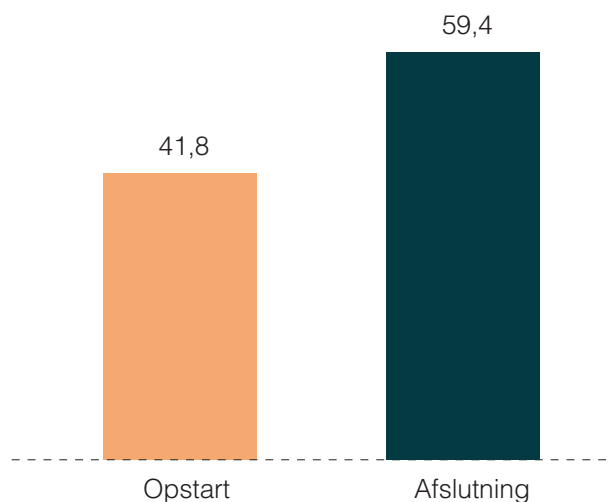
WHO-5 trivselsindeks

I de sidste to uger...

1. Har jeg været glad og i godt humør
2. Har jeg følt mig rolig og afslappet
3. Har jeg følt mig aktiv og energisk
4. Er jeg vågnet frisk og veludhvilet
5. Har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig.

(Kilde: WHO, 1998)

Figur 17: Deltageres gennemsnitlige score på WHO-5 trivselsindeks ved opstart og afslutning af behandling (n= 136)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling.

Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$).

Effektstørrelse ved Cohen's d = stor.

”Jeg er generelt bare mere glad og hviler i mig selv. Jeg føler, at jeg har ting at se frem til i mit liv, hvor det førhen føltes tomt og trist. Jeg har også mere energi og overskud.”

Deltageres gennemsnitlige globale score stiger fra 41,8 til 59,4, hvilket er en signifikant og stor behandlingseffekt (figur 17). Deltagerne går derfor fra at være i risiko for depression og stressbelastning til ikke umiddelbart at være i risiko herfor. Dog er deres gennemsnitlige globale score efter behandlingsforløbet stadig lavere end gennemsnittet for den generelle danske befolkning. Af ovenstående kan det sammenfattende siges, at behandlingsforløbet har medvirket til at øge deltageres trivsel.

⁵ Den globale score udregnes ved at summere værdierne af de fem udsagn og gange med fire.

Cantril-stigen

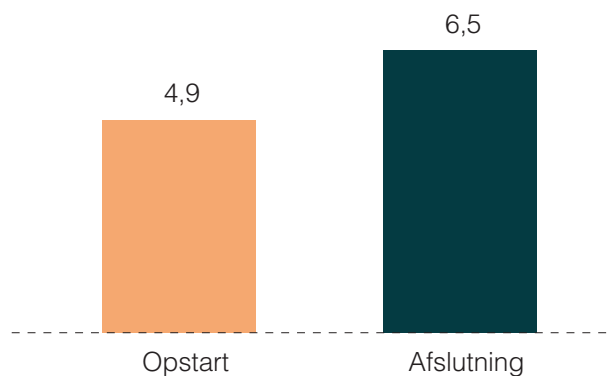
Deltagerne er blevet bedt om at vurdere deres livstilfredshed ud fra Cantril-stigen (11), også kaldet trivselsstigen. Denne udgøres af en skala fra 0, som indikerer "det værst tænkelige liv", til 10, som indikerer "det bedst tænkelige liv".

Resultaterne kan inddeles i tre grupper:

- **Trives:** Livstilfredshed vurderes mellem 7-10
- **Kæmper:** Deltagerne hverken trives eller lider (4,1-6,9)
- **Lider:** Livstilfredshed vurderes mellem 0-4

Deltagernes gennemsnitlige placering på trivselsstigen har rykket sig fra 4,9 ved opstart til 6,5 ved afslutning (figur 18). Dermed er deltagerne både før og efter behandlingen i kategorien *Kæmper*, om end de ved afslutningen af behandlingen har rykket sig nærmere kategorien *Trives*. Eftersom behandlingseffekten er statistisk signifikant og stor, kan det konkluderes, at behandlingsforløbet har haft en positiv indvirkning på deltagernes livstilfredshed.

Figur 18: Deltagernes gennemsnitlige placering på Cantril-stigen (n=135)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling. Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$). Effektstørrelse ved Cohen's d = stor.

”Jeg har helt klart fået en større livsglæde. Jeg har gjort op med alle ting på min forbudt-liste og nyder både mad og livet mere. Jeg er gladere og føler mig fri.”

4.3 Selvvurderet udbytte

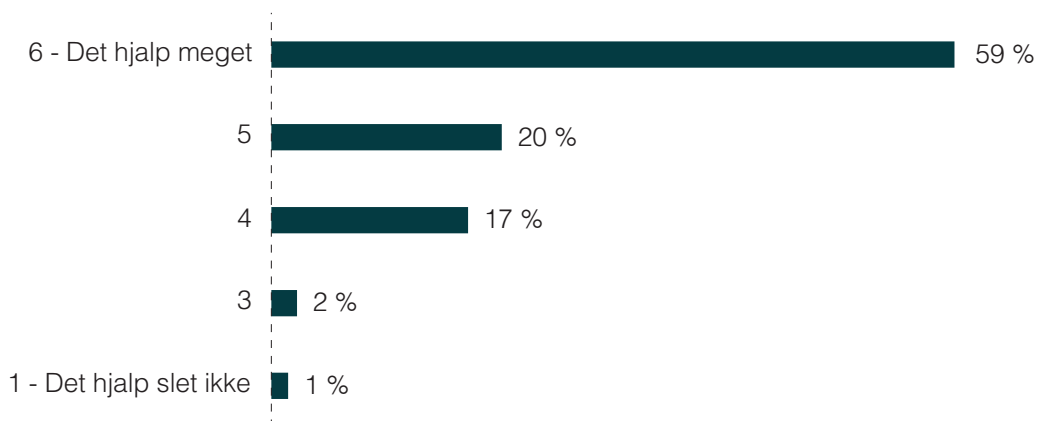
Har behandlingen hjulpet?

Deltagerne blev efter behandlingsforløbet bedt om at angive i hvilken grad, det hjalp dem at deltage i behandlingen på en skala fra 1 til 6, hvor 1 indikerer "det hjalp slet ikke", og 6 indikerer "det hjalp meget". Deltagernes gennemsnitlige vurdering er 5,3. Størstedelen vurderer, at behandlingsforløbet hjalp meget (59 %) (figur 19). Kun 1 % af deltagerne angav, at forløbet slet ikke hjalp.

”At være i dette forløb har været det bedste, jeg har gjort. Det har hjulpet mig på den helt rigtige måde. Det har været en kæmpe øjenåbner.”

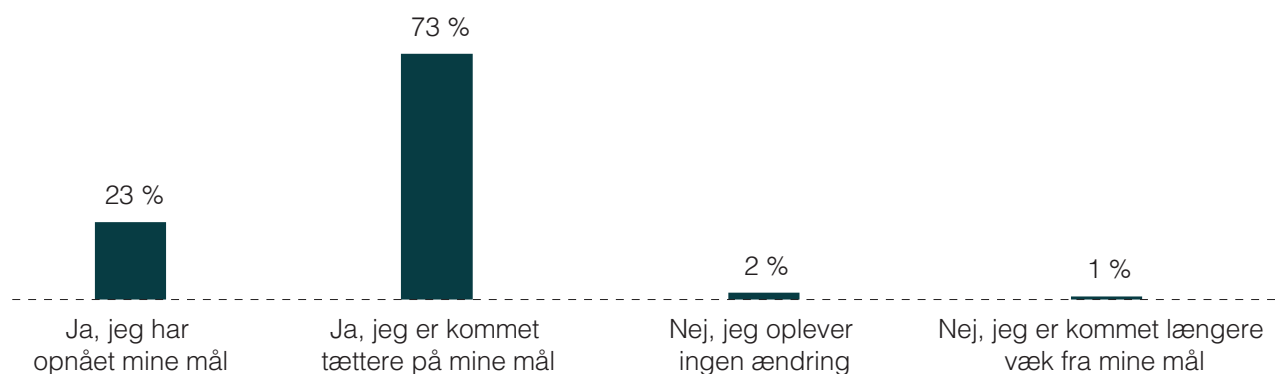
Desuden vurderer størstedelen af deltagerne efter behandlingsforløbet, at de er kommet tættere på de mål, de satte ved starten af behandlingen (73 %) (figur 20). 23 % oplever at have nået deres mål, og kun 3 % oplever ingen ændring eller mener at være kommet længere væk fra deres mål.

Figur 19: Deltagerens vurdering af behandlingsforløbets hjælp (n=135)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne efter behandling.

Figur 20: Deltagernes vurdering af, om de er bragt nærmere de behandlingsmål, de satte i starten af forløbet (n=135)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne efter behandling.

Også langt størstedelen af deltagerne udviser tilfredshed med behandlernes indsats. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at de finder behandlerne professionelle, velforbredte og gode til at strukturere dialogen i gruppen. Desuden mente alle deltagerne, at behandlerne skabte et trygt rum for gruppen.

”Jeg har haft glæden af to fantastisk dygtige terapeuter, som har styret hele forløbet med stor empati og sikker hånd. En super fin tilgang og meget høj faglighed, er jeg blevet mødt med. Jeg har følt mig i trygge hænder hele vejen.”

Udbredte temaer

Følgende afsnit beskriver kort nogle af de temaer, som er mest gennemgående hos deltagerne, når de bliver spurgt til udbyttet af behandlingsforløbet.

Fællesskab og spejling i andre

Deltagerne fremhæver særligt gruppeformatet som en essentiel årsag til, at behandlingen har en effekt. At møde andre mennesker, der har de samme problemer, og som kan relatere til ens situation, er yderst betydningsfuldt for dem.

Deltagerne har kunne spejle sig i de andre deltagere og følt sig forstået, hvilket for mange både har ført til et stærkt fællesskab, bidraget til et trygt rum, og særligt mindsket følelsen af at være forkert og alene.

”Jeg har fået meget ud af forløbet, men mest af alt følelsen af, at jeg ikke er alene. Men der er andre, der har det som mig, og som kan støtte, hjælpe og måske endda sætte ord på nogle af de følelser, jeg ikke selv kunne sætte ord på.”

Selvindsigt og forståelse

Ved opstart af behandlingsforløbet gav mange deltagere udtryk for, at de ønskede at opnå indsigt i, hvad der ligger til grund for deres spiseforstyrrelse. Desuden gav flere udtryk for, at de ikke kunne forstå, hvorfor de ikke kunne stoppe overspisningerne. Efter endt behandling giver mange deltagere udtryk for, at de i løbet af behandlingsforløbet har opnået øget indsigt i deres spiseforstyrrelse, og hvilken funktion

den har for dem. Dette har givet dem en større accept af sig selv og hjulpet flere til bedre at kunne arbejde med sig selv.

”Jeg synes, behandlerne har været gode til at guide mig i min indre verden og give mig indsigt og viden om mig selv, som jeg ikke selv ville være kommet frem til. De andre deltageres historier har inspireret og givet andre perspektiver på min egen indre verden. Dette har tydeliggjort nye handlemuligheder.”

Tanker om mad fylder mindre

For mange deltagere er forholdet til mad blevet forbedret markant. Ved opstarten af behandlingen udtrykte flere, at de oplevede, at deres tanker konstant kredsede om mad, krop og vægt – noget, de ønskede at slippe af med. Ved afslutningen beskriver mange, at de har fået et mere afslappet forhold til mad, hvor tanker om dette ikke fylder hele tiden.

”Jeg føler, at jeg nu kan have en hverdag, hvor mad ikke fylder alt, og hvor vægt ikke er afgørende for, om min dag er god eller dårlig.”

Selvomsorg og -accept

Et gennemgående udbytte af behandlingsforløbet er, at deltagernes selvværd forbedres. Ved opstarten af behandlingen gav størstedelen af deltagerne udtryk for, at de døjede med negative tanker om sig selv, som hæmmede dem i hverdagen. Ved afslutningen beskriver flere, at de har opnået en større accept af sig selv, og at de har fået mere omsorg for og kærlighed til sig selv. Desuden beskriver flere deltagere, at de i løbet af behandlingen har lært at tage egne grænser og behov mere alvorligt.

En central del af behandlingen er, at deltagerne lærer at adskille sig selv fra deres spiseforstyrrelse. Dette beskrives af flere deltagere som værende årsag til en øget accept af sig selv, da det dermed tydeliggøres, at overvægten ikke er en konsekvens af manglende viljestyrke, men derimod en konsekvens af spiseforstyrrelsen.

”Det, jeg har fået ud af behandlingen, er en større accept af mig selv, min overvægt og årsager dertil. Jeg er ikke selv skyld i min overvægt på grund af slaphed og mangel på karakterstyrke.”

Online BED-behandling

Dele af projektperioden har været præget af COVID-19-pandemien og nedlukninger. Derfor har nogle deltagere oplevet, at hele eller dele af deres behandlingsforløb er foregået online. I juni 2020 undersøgte ViOSS deltagernes tilfredshed med online BED-behandling (8). Undersøgelsen viste, at 83 % af de adspurgte deltagere vurderede, at individuelle online samtaler 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' havde en gavnlig effekt for dem, mens 57 % oplevede, at online gruppebehandlingen 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' havde en gavnlig effekt. Deltagerne oplevede online behandling som et godt alternativ til den fysiske behandling, men manglede fællesskabsfølelse med de andre deltagere i det digitale rum. Selvom hovedparten af deltagerne foretrak den fysiske behandlingsform, var de overordnet tilfredse med det digitale alternativ. Det er dog værd at bemærke, at nogle deltagere udtrykte utilfredshed med den virtuelle behandling, da de ikke syntes, de fik udbytte af denne behandlingsform.

Behandlernes erfaringer med de grupper, som er startet fysisk og måtte afsluttes digitalt pga. COVID-19 pandemien, er, at disse har været udfordret af, at de digitale møder ikke "er det samme" som de fysiske. Omvendt har behandlerne oplevet, at de grupper, der er startet op online, hurtigt har åbnet op, at deltagerne har turde vise deres sårbarhed, og at der har været noget tryk i at sidde hjemme i vante omgivelser uden at skulle forholde sig til de andres kroppe.

4.4 Stoppet før tid

Ud af de i alt 198 deltagere, som har påbegyndt behandlingen, har 173 gennemført hele forløbet og 25 deltagere har valgt at stoppe før tid (drop-out). Dermed har behandlingen en frafaldsprocent på 13 %.

Forskning har fundet, at mellem 16 % og 30 % dropper ud af BED-behandling før tid (19,20).

Frafaldsprocenten i LMS' behandlingstilbud er derfor relativt lav sammenlignet med den frafaldsprocent, som er fundet i andre undersøgelser af BED-behandling.

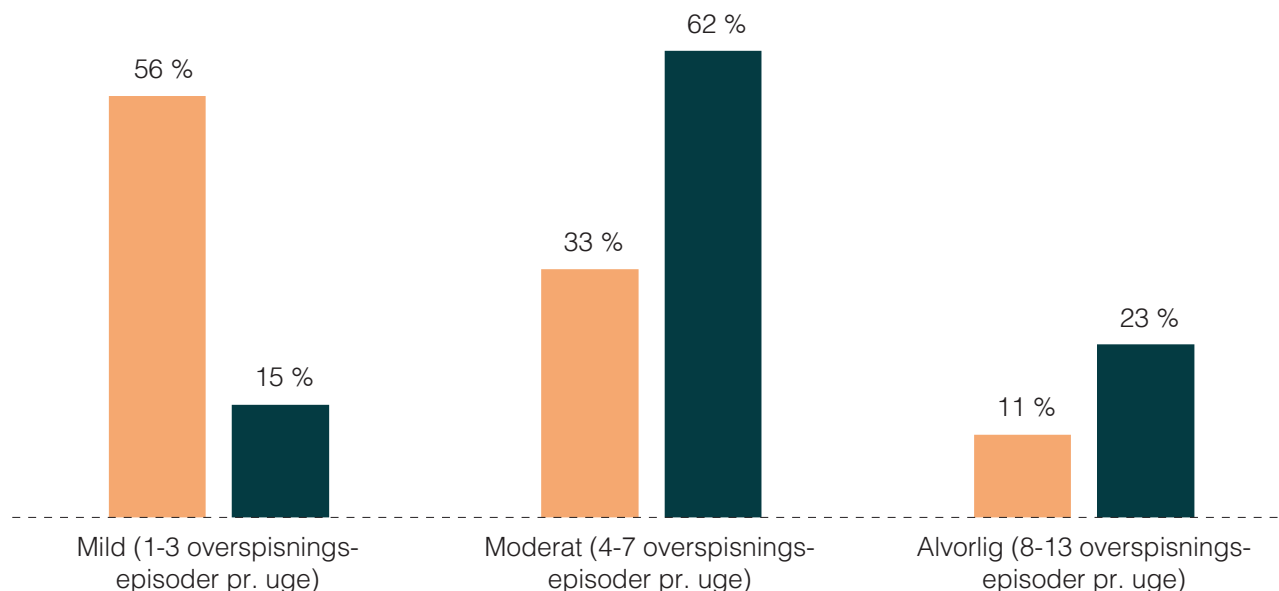
En af de hyppigste årsager, som deltagerne angiver til at stoppe behandlingen før tid, er pludselige omvæltninger i privatlivet. Blandt årsager nævnes fx skilsmisse, mistet job, nyt job og partners alvorlige sygdom. At deltage i et behandlingsforløb for BED kræver både tid og overskud til at arbejde med sig selv, og store forandringer i privatlivet kan gøre, at deltageren ikke længere har de nødvendige ressourcer. Enkelte deltagere har valgt at stoppe forløbet, fordi de ikke syntes, det var tilfredsstillende. For en deltager hænger dette sammen med COVID-19-pandemien, som betød, at dele af behandlingsforløb måtte omlægges til et digitalt format.

4.5 Hvem virker behandlingen mindre godt for?

Af afsnit 4.1 fremgik det, at 14 (10 %) af deltagerne ved afslutning af behandlingen lever op til DSM-V's diagnosekriterier for BED. I dette afsnit undersøges, om disse deltagere adskiller sig fra de andre deltagere ved opstart af behandlingen, og om de får et udbytte af behandlingen.

Hvordan adskiller de sig fra de andre deltagere?

De 14 personer ligner resten af deltagerne mht. alder, køn, BMI, trivsel og spiseforstyrrelsessymptomer ved opstart af behandlingen. Dog adskiller de sig mht. graden af BED. Blandt de deltagere, der ved afslutning af behandlingsforløbet lever op til diagnosekriterierne for BED, er der væsentligt flere, der har det, der karakteriseres som moderat eller alvorlig BED ved opstart af behandlingen sammenlignet med de deltagere, som ikke har BED ved afslutning (figur 21). Modsat er der færre deltagere, som har BED ved afslutning af behandlingen, der befinder sig i kategorien mild BED ved opstart, sammenlignet med de deltagere, der ikke har BED ved afslutning af behandlingen. Desuden er forskellen mellem de to grupper statistisk

Figur 21: Deltagernes grad af BED målt ved opstart af behandling

Kilde: Visitationssamtale ved opstart af behandling. Note: Signifikant forskel ved X2 ($p = 0,02$).

Note: Graden af BED er kun angivet for de deltagere, som ved opstart levede op til diagnosekriterierne. Kategorien "ekstrem" er ikke medtaget, da der på intet tidspunkt har befundet sig deltagere i denne kategori.

signifikant, hvilket bekræfter, at dem, der har BED ved afslutning, havde en højere grad af BED ved opstart af behandlingen sammenlignet med de deltagere, der ikke lever op til diagnosekriterierne ved afslutning⁶.

Får de udbytte af behandlingen?

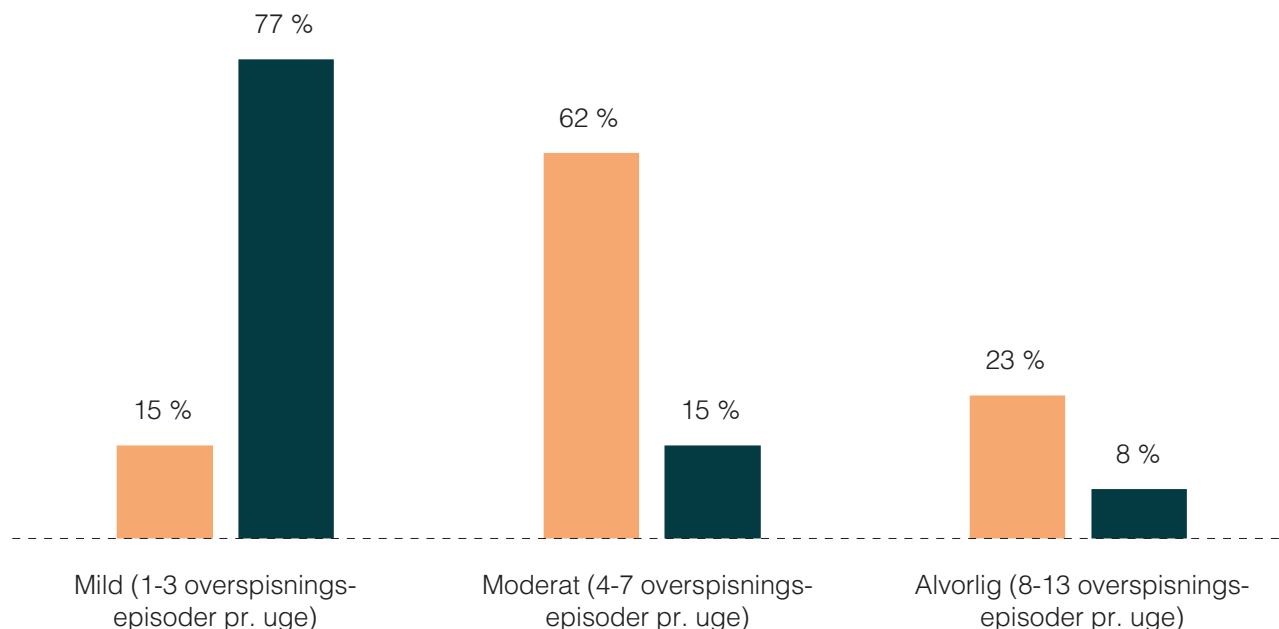
Ser vi nærmere på de deltagere, der ved afslutning har BED, fremgår det, at de har oplevet et positivt udbytte af behandlingen, om end de stadig lever op til diagnosekriterierne. Disse deltageres grad af BED ved afslutning af behandlingen er betydeligt lavere end graden af BED ved opstart (figur 22). Kun 15 % af disse deltagere havde ved opstart af behandlingen det, der kan karakteriseres som mild BED, mens det tilsvarende tal ved afslutning af behandlingen er 77 %. Modsat havde 85 % moderat eller alvorlig BED ved opstart, mens det tilsvarende tal ved afslutning af behandlingen er 23 %. Forskellen på deltagernes grad af BED fra opstart til afslutning er statistisk signifikant. Dermed har behandlingsforløbet samlet set haft en

positiv effekt for disse deltagere på trods af, at de endnu har BED-diagnosen ved afslutning af forløbet.

Kigger vi nærmere på de enkelte deltageres placering ved opstart og afslutning, fremgår det, at ingen deltagere oplever en forværring. Hovedparten har flyttet sig til en lavere grad af BED under forløbet og har dermed oplevet en forbedring. Dog er der to ud af 13 deltagere, som har samme grad af BED både ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet. Det tyder således på, at disse to deltagere ikke har oplevet en positiv effekt af behandlingen.

Alt i alt kan det konkluderes, at hovedparten af de deltagere, der stadig har BED ved afslutning af behandlingen, oplever en positiv effekt af behandlingen, om end disse deltagere sandsynligvis har haft behov for et længere eller mere omfattende behandlingsforløb.

⁶ Eftersom chi-i-anden testen er baseret på et lille datagrundlag, skal resultatet fortolkes med forsigtighed.

Figur 22: Deltageres grad af BED ved opstart og afslutning (n=13)

Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandling. Note: Signifikant forskel ved X2 ($p = 0,007$).

”Jeg er kommet et stort skridt på vejen, men jeg er desværre ikke kommet så langt, som jeg havde håbet på. Det påvirker mig, det, som sker omkring os med Corona.”

Deltagernes egen vurdering af behandlingsforløbet

Når vi ser nærmere på de 14 deltagers egen vurdering af behandlingsforløbet, forekommer der særligt kommentarer vedrørende COVID-19-pandemien. Flere deltagere beskriver, at pandemien påvirkede deres spiseforstyrrelsessymptomer negativt, og at online gruppegangene hos LMS ikke gavnede deltagerne i samme grad som de fysiske. Desuden udtrykker flere af de 14 deltagere et ønske om et længere behandlingsforløb, eftersom 19 mødegange ifølge dem ikke er nok til at komme af med spiseforstyrrelsen, om end de vurderer, at de er kommet langt under forløbet.

4.6 Hvad med dem, der ikke har BED?

Som beskrevet i afsnit 3.2 er der 24 deltagere, der ved opstart af behandlingen ikke lever op til diagnosekriterierne for BED. Disse deltagere har alligevel fået plads i behandlingsforløbet og har gennemført det. I dette afsnit ser vi på, hvordan disse 24 deltagere adskiller sig fra de andre deltagere, hvorfor de er inkluderet i behandlingen, og om de får udbytte af behandlingen.

Hvordan adskiller de sig fra de andre deltagere?

De 24 deltagere, der ikke har BED ved opstart, adskiller sig fra de andre deltagere ved, at de kun lever op til nogle, men ikke samtlige af DSM-V's diagnosekriterier for BED. Særligt kriteriet om, at man ikke må have nogle former for kompensatorisk adfærd, er af mange af de 24 deltagere ikke opfyldt, idet 54 % af de 24 deltagere har angivet én eller flere former for kompensatorisk adfærd (tabel 5). Foruden kompensatorisk adfærd angiver 42 % af de 24 deltagere, at de ikke føler et betydeligt ubehag i forbindelse med overspisningerne.

Tabel 5: Deltagere, som ikke lever op til DSM-V's diagnosekriterier for BED (n=24)

DSM-V diagnosekriterier	Deltagere, der <u>ikke</u> lever op til kriterie
A1. Tilbagevendende episoder med overspisning	0 % (0)
A2. Kontroltab i forbindelse med overspisningsepisoder	4 % (1)
B. Overspisningsepisoderne er forbundet med 3 (eller flere) af følgende: <ul style="list-style-type: none"> • At spise meget hurtigere end normalt. • At spise, indtil man føler sig ubehagelig overmæt. • At spise store mængder mad uden at være sulten. • At spise alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser. • At føle væmmelse ved sig selv, selvforagt, nedtrykthed eller voldsom skyld efterfølgende. 	0 % (0)
C. Overspisninger er forbundet med betydeligt forpinthed/ubehag	42 % (10)
D. Overspisningerne forekommer minimum en gang ugentligt i en periode på minimum tre måneder	4 % (1)
E. Overspisningerne er <i>ikke</i> ledsaget af kompenserende adfærd, fx opkastninger eller brug af afføringsmiddel, og er ikke en del af en anoreksi- eller bulimidiagnose.	54 % (18)

Kilde: Visitationssamtale ved opstart af behandling.

Hvorfor er de inkluderet i behandlingen?

Behandlerne fremhæver, at grunden til at disse 24 deltagere er blevet inkluderet i behandlingsforløbet, på trods af at de ikke lever op til samtlige diagnosekriterier for BED ved opstart, handler om LMS' holdning til mennesker med spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er meget forskellige i deres udtryk, og nogle mennesker med spiseforstyrrelser lever derfor ikke op til alle diagnosekriterier, men har det, der karakteriseres som en atypisk spiseforstyrrelse. Det betyder i praksis, at der er lavet en individuel

vurdering af, om de personer, som ligger på grænsen til at leve op til diagnosekriterierne for BED, vil have gavn af behandlingen. I de tilfælde, hvor det betydelige ubehag mangler, har behandlerne været optaget af at undersøge baggrunden for deltagerens henvendelse grundigt og for dennes motivation til at ændre adfærd. I tilfælde med kompenserende adfærd har denne adfærd været på et niveau, hvor den ikke er systematisk forbundet med den enkelte overspisningsepisode, og deltageren har været villig til at ændre på denne adfærd i behandlingen.

Får de udbytte af behandlingen?

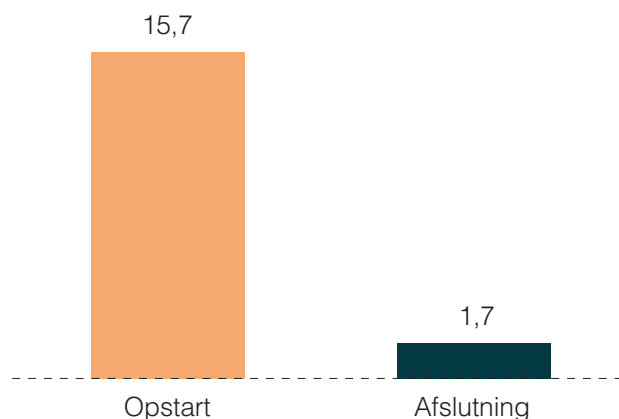
Deltagernes gennemsnitlige antal overspisnings-episoder de seneste 28 dage er faldet fra 15,7 ved opstart af behandlingen til 1,7 ved afslutning af behandlingen (figur 23). Desuden er deres gennemsnitlige antal dage med overspisninger faldet fra 10,9 til 1,9 (figur 24). Begge behandlingseffekter er desuden store og statistisk signifikante. Det kan derfor konkluderes, at behandlingsforløbet har haft en stor virkning på overspisningsepisoder hos de deltagere, som ikke levede op til diagnosekriterierne for BED ved opstart af behandling.

Foruden antal overspisninger er deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel også væsentligt forbedret under behandlingsforløbet. De 24 deltageres spiseforstyrrelsessymptomer er faldet

fra en global EDE-Q score på 3,5 ved opstart af behandlingen til 1,5 ved afslutning af behandlingen (figur 25). Derudover stiger deres trivsel målt på WHO-5 trivselsindeks fra en score på 47,5 ved opstart af behandlingen til 64 ved afslutning af behandlingen (figur 26). For både spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel gælder det, at forskellen er signifikant, og behandlingseffekterne er store.

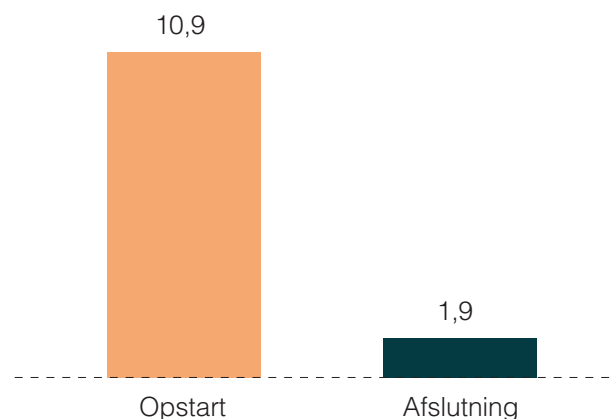
Samlet set viser resultaterne, at behandlingen har haft en signifikant og stor effekt for de 24 deltagere, som ikke lever op til diagnosekriterierne ved opstart af behandlingen. Lige som de deltagere, som lever op til diagnosekriterierne for BED ved opstart af behandlingen, har de opnået et stort udbytte af forløbet.

Figur 23: Deltagernes gennemsnitlige antal overspisningsepisoder de seneste 28 dage (n=22)



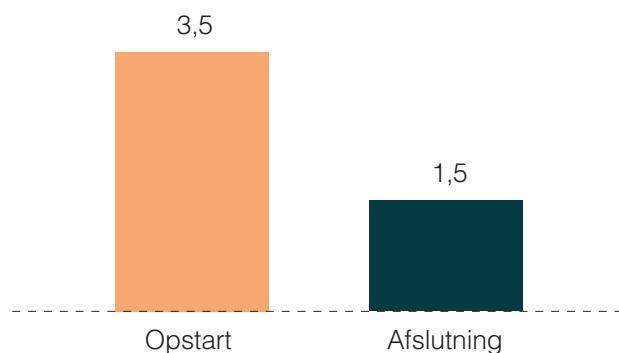
Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandling.
 Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$).
 Effektstørrelse ved Cohen's d = stor.

Figur 24: Deltagernes gennemsnitlige antal dage med overspisninger de seneste 28 dage (n=22)



Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning af behandling.
 Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$).
 Effektstørrelse ved Cohen's d = stor.

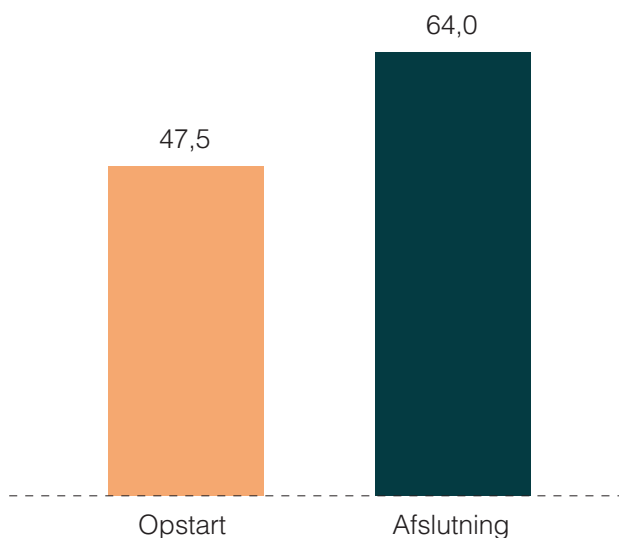
Figur 25: Deltagernes gennemsnitlige score på EDE-Q global skala (n=16)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling.

Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p < 0,001$). Effektstørrelse ved Cohen's d = stor.

Figur 26: Deltagernes gennemsnitlige score på WHO-5 trivselsindeks (n= 16)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling.

Note: Signifikant forskel ved parret t-test ($p = 0,006$). Effektstørrelse ved Cohen's d = stor.

4.7 Får nogle større udbytte end andre?

I dette afsnit undersøges det, hvorvidt nogle deltagere opnår en større effekt af behandlingen end andre og i givet fald hvilke faktorer, der har en indflydelse på dette. Effekten af behandlingsforløbet vurderes ud fra antallet af overspisningsepisoder de seneste 28 dage ved afslutning.

Via en række lineære regressionsanalyser er følgende parametre ved opstart udvalgt og undersøgt som mulige prædiktorer for behandlingseffekt:

- Køn⁷
- Alder
- BMI
- Figurbekymring (EDE-Q subskala)
- Spiseforstyrrelsessymptomer (global EDE-Q score)
- Trivsel (global WHO-5 score)
- Livstilfredshed (Cantril-stige)
- Traumatiske oplevelser
- Alder ved første overspisning
- Selvvurderet helbred.

Lavere BMI øger behandlingseffekt

Deltagernes BMI ved opstart af behandlingen er statistisk signifikant associeret med antallet af overspisningsepisoder ved afslutning. Hvis vi sammenligner en gruppe deltagere, der ved opstart af behandlingen har lige mange overspisningsepisoder, men forskelligt BMI, vil deltagere med et lavere BMI ved opstart have færre overspisningsepisoder ved afslutningen af behandlingen end deltagere med et højere BMI ved opstart. Det betyder, at jo lavere BMI, jo større sandsynlighed for at have færre overspisningsepisoder ved afslutning af behandlingen – og dermed større behandlingseffekt.

⁷ Kun otte mænd indgår i denne analyse, hvorfor resultatet skal fortolkes med forsigtighed.

Andre karakteristika påvirker ikke behandlingseffekt

Ingen af de øvrige parametre viser sig at være signifikante, hvorfor disse ikke kan forudsige antallet af overspisningsepisoder ved afslutning. Det vil sige, at hverken deltagerens alder, trivsel, selvvalgte helbred eller i hvor høj grad de bekymrer sig om deres figur m.v. ved opstart, har betydning for sandsynligheden for at opnå en god behandlingseffekt.

Dermed tyder det på, at det er den rigtige målgruppe, der er blevet rekrutteret til behandlingsforløbet, eftersom der ikke er deltagere med særlige karakteristika, udover lavere BMI, der har en større sandsynlighed for at opnå en god behandlingseffekt end andre. Dette må antages blandt andet at kunne tilskrives screeningsprocessen, hvor behandlerne under to samtaler netop forsøger at sikre sig, at alle dem, der får tilbudt behandling, har mulighed for at blive hjulpet via forløbet.

4.8 De langsigtede effekter af behandlingen

Følgende afsnit præsenterer en analyse af behandlingsforløbets langsigtede effekter målt ét år efter, behandlingen er afsluttet. Det undersøges, om behandlingseffekten er varig, hvilket vil sige, at deltagerens symptomer ikke forværres i tiden efter, de har afsluttet behandlingen.

Antal overspisninger

Der ses en tendens til, at deltagerens gennemsnitlige antal af overspisninger og dage med overspisninger stiger i perioden efter behandlingsforløbet er afsluttet til ét år efter behandling (tabel 6). Dog er der ikke statistisk signifikant forskel på disse tal, hvilket betyder, at det ikke kan udelukkes, at forskellen skyldes tilfældigheder, snarere end at deltagerne har udviklet flere overspisninger efter afsluttet behandling.

Kigger vi nærmere på de enkelte deltagere, kan vi se, at der er stor forskel på, hvad der sker med deltagerne i perioden efter, de har afsluttet behandling. Nogle deltagere har udviklet flere overspisningsepisoder i perioden, og andre har

reduceret antallet af overspisninger yderligere. De fleste har dog stort set samme antal overspisninger et år efter behandling, som lige da de afsluttede behandlingen – hvoraf mange ikke har haft nogle overspisningsepisoder overhovedet. Dette peger på, at behandlingseffekten er varig for langt de fleste deltagere, hvad angår antal og dage med overspisninger.

Tabel 6: Antal overspisninger (n=36)

	Ved afslutning af behandling	Ét år efter behandling
Antal overspisningsepisoder de seneste 28 dage	3,2	5,3
Antal dage med overspisninger de seneste 28 dage	3,3	4,0

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne ved afslutning af behandling og ét år efter behandling.

Note: Insignifikant forskel ved parret t-test for begge målinger.

Generelle spiseforstyrrelsessymptomer

Der ses en tendens til, at deltagerne i gennemsnit har lidt flere generelle spiseforstyrrelsessymptomer ét år efter behandlingen er afsluttet sammenlignet med lige ved afslutning af behandlingsforløbet (tabel 7). På den globale EDE-Q score er forskellen mellem deltagerens score efter behandling og ét år efter behandling statistisk signifikant, men effekten er lille. På de tre subskalaer spisebetyrning, figurbetyrning og vægtbetyrning er forskellen statistisk insignifikant, og det kan derfor ikke udelukkes, at forskellen skyldes tilfældigheder. Deltagerens score på subskalaen *restriktion* skiller sig ud. Her stiger scoren fra 0,3 efter behandling til 1,0 ét år efter behandling. Denne ændring er statistisk signifikant, og effekten er stor, hvilket betyder, at deltagerne har væsentligt flere restriktive spiseforstyrrelsessymptomer ét år efter, de har afsluttet behandlingen i LMS sammenlignet med lige, da de afsluttede behandlingen. Samlet set viser denne analyse, at behandlingseffekten ikke er varig, hvad angår generelle spiseforstyrrelsessymptomer, især ikke, når det kommer til restriktiv adfærd. Dog

Tabel 7: Deltagernes gennemsnitlige score på EDE-Q sub- og globale skalaer (n=36)

EDE-Q	Ved afslutning af behandling	Ét år efter behandling	Effektstørrelse ved Cohen's d	Signifikanstest ved parret t-test
Restriktion	0,3	1,0	Stor	Signifikant (p = < 0,001)
Spisebekymring	1,2	1,5	-	Insignifikant
Figurbekymring	2,7	2,9	-	Insignifikant
Vægtbekymring	2,7	3,0	-	Insignifikant
Global score	1,7	2,1	Lille	Signifikant (p = 0,04)

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne ved afslutning af behandling og ét år efter behandling.

er det vigtigt at påpege, at deltagernes score på subskalaen *restriktion* og den globale score ikke er lige så høje som ved opstart af behandlingen. Deltagerne har dermed stadigvæk langt færre spiseforstyrrelsessymptomer, end de havde ved opstart af behandlingen.

Trivsel

Deltagernes trivsel målt på Cantril-stigen og WHO-5 trivselsindeks har ikke ændret sig væsentligt fra afslutning af behandlingen til et år efter behandlingen (tabel 8). De mindre forskelle, der ses, er ikke statistisk signifikante og kan dermed skyldes tilfældigheder. Dette peger på, at behandlingseffekten er varig, hvad angår deltagernes trivsel.

Tabel 8: Deltagernes trivsel (n=36)

Trivsel	Efter behandling	Et år efter behandling
Cantril-stigen	6,4	6,7
WHO-5 trivselsindeks, global score	58,9	56,7

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne ved afslutning af behandling og ét år efter behandling.

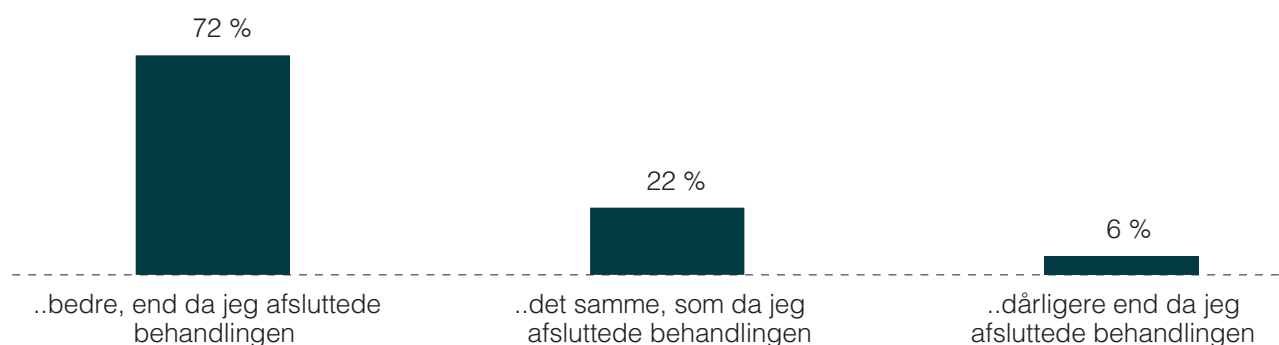
Note: Insignifikant forskel ved parret t-test for begge målinger.

Forhold til mad, krop og vægt ét år efter behandling

Hovedparten af deltagerne vurderer, at deres forhold til mad, krop og vægt er bedre eller det samme ét år efter, de afsluttede behandlingen sammenlignet med lige, da de afsluttede behandlingen (94 %) (figur 27).

Figur 27: Forhold til mad, krop og vægt ét år efter afsluttet behandling (n=36)

I dag er mit forhold til mad, krop og vægt...



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne ét år efter behandling.

Deltagerne angiver flere forklaringer på, at deres forhold til mad, krop og vægt er blevet bedre eller er det samme ét år efter, de afsluttede behandlingen sammenlignet med lige, da de afsluttede behandlingsforløbet i LMS. Fx beskriver de, at de redskaber, de fik i LMS, har haft tid til at bundfælde sig, og at de har arbejdet videre med redskaberne efter, at behandlingen afsluttede. Andre nævner, at de stadig har kontakt til deres behandlingsgruppe, hvor de støtter hinanden og deler de ting, der er svære, hvilket er en stor hjælp. Nogle vælger at deltage i LMS' samtalsaloner, som er et tilbud om efterbehandling til deltagere, der har gennemført et behandlingsforløb for BED i LMS.

”Overordnet set har terapien givet mig meget mere indsigt og erkendelse. Det gør mig ikke tyndere, men jeg har fået en masse værktøjer, jeg kan bruge, når alting gør ondt. Jeg har også lært at tilgive mig selv.”

Kun få deltagere har angivet, at deres forhold til mad, krop og vægt er værre ét år efter behandlingen sammenlignet med lige, da de afsluttede forløbet. Som forklaring herpå nævnes blandt andet, at de ville ønske, der havde været mere støtte og opfølgning efter, at behandlingen sluttede. Derudover fylder det, at deltagere ønsker at tabe sig i vægt efter, behandlingsforløbet i LMS er afsluttet, men de er usikre på, hvordan de skal gribe det an.

”Jeg ville ønske, at der var mere fokus på, når forløbet er afsluttet, eller når man er ”klar” – hvordan man så skal gøre for at komme ned i vægt. Jeg har ikke oplevet, at min overvægt forsvinder af sig selv – og det er alt andet lige ikke sundt for kroppen med en overbelastning på plus 35 kg. Jeg er ikke ude efter at fokusere på vægttabet, men jeg synes ikke, det er et emne, man kan lade ligge, når kroppen fysisk døjer med de ekstra kilo.”

Opsamling på kapitel 4

I kapitel 4 har vi vist, at behandlingsforløbet har haft en positiv virkning på langt størstedelen af deltagerne. Hovedparten lever ved afslutning af behandlingen ikke op til diagnosekriterierne for BED (90 %). Ligeledes er deltagernes gennemsnitlige antal overspisningsepisoder de seneste 28 dage reduceret fra 18,1 ved opstart til 3,1 ved afslutning. Ydermere falder deres generelle spiseforstyrrelsessymptomer målt på EDE-Q markant i perioden. Deltagernes trivsel forbedres væsentligt, eftersom den gennemsnitlige deltager går fra at være i risiko for depression og stressbelastning til ikke umiddelbart at være i risiko for depression og stressbelastning. Desuden stiger deres livstilfredshed målt på Cantril-stigen. Denne positive tendens fremgår også af deltagernes selvvaluerede udbytte af behandlingen, hvor langt størstedelen angiver, at forløbet *hjælp meget*, og at de har fået større indsigt i deres spiseforstyrrelse og dens funktion, en større accept af sig selv og selvomsorg, et forbedret forhold til mad, krop og vægt samt mindsket følelsen af at være forkert og alene. Derudover viser resultaterne, at blot 13 % af deltagerne er faldet fra undervejs i behandlingsforløbet, hvilket peger på, at LMS' behandlingstilbud har en lav frafaldsprocent sammenlignet med andre BED-behandlinger.

Et andet fund er, at de deltagere, som lever op til diagnosekriterierne for BED ved afslutning af behandlingen, har tendens til at have en mere alvorlig grad af BED ved opstart sammenlignet med de deltagere, der ikke har BED ved afslutning af forløbet. Dette peger på, at dem med mere alvorlig grad af BED i mindre grad profiterer af behandlingen. Imidlertid viser analysen også, at de deltagere, der stadig har diagnosen ved afslutning af forløbet, oplever et positivt udbytte af behandlingen, om end de sandsynligvis har haft behov for et længere eller mere omfattende behandlingsforløb.

Det fremgår også af kapitlet, at de deltagere, der ved opstart af behandlingen ikke levede op til samtlige diagnosekriterier for BED, ligeledes profiterer af behandlingsforløbet.

En analyse viser endvidere, at deltagernes BMI ved opstart af behandlingen påvirker behandlingseffekten. Jo lavere BMI, deltagerne har ved opstart, jo færre overspisningsepisoder har de ved afslutning af behandlingen.

Afslutningsvis kommer vi ind på de langsigtede effekter af behandlingen målt ét år efter endt forløb. Resultaterne peger på, at behandlingseffekten er varig, hvad angår antal overspisninger og trivsel. Dog viser resultaterne også, at deltagerne har flere restriktive spiseforstyrrelsessymptomer ét år efter, de har afsluttet behandlingen sammenlignet med lige, da de afsluttede behandlingen. Endvidere udtrykker nogle deltagere, at de efter endt behandling har behov for mere støtte og opfølgning, og at de ønsker hjælp og vejledning til et vægttab.

5

KAPITEL 5

Erfaringer og perspektiver på BED-behandling

I dette kapitel reflekteres over erfaringer med BED-behandling og emner relateret til BED-behandling i fremtiden.

5.1 Erfaringer med BED-behandling

Inddragelse af netværk

En spiseforstyrrelse omhandler og berører ofte de ramtes relationer til andre. Især oplever mange med BED, at mennesker omkring dem har fokus på deres vægt og i bedste mening opfordrer dem til at gå på slankekur. Kun sjældent har deltagerne fortalt om spiseforstyrrelsen til nogen, inden de starter i behandling. Ofte er den blevet holdt skjult for de nærmeste pga. skyld og skam. Derfor kan det være meget grænseoverskridende for deltagerne at invitere deres nærmeste ind i LMS. Netværkworkshoppen er dog en central del af behandlingen, idet denne skaber åbenhed og dialog om spiseforstyrrelsen og dermed kan hjælpe med fjerne noget af den skyld og skam, som deltagerne oplever. Hemmeligholdelse af spiseforstyrrelsen kan føre til, at personen isolerer sig mere og mere. Omvendt kan det at turde fortælle andre om spiseforstyrrelsen i sig selv ses som en modvægt til spiseforstyrrelsen og et skridt væk fra den. Mange deltagere beskriver det som et vigtigt skridt for dem at have inviteret deres nærmeste ind i LMS.

”Der kom endelig hul på kommunikationen. Jeg tænker, at vi måske har fået et fælles sprog i familien omkring BED nu. Min far fik åbnet sine øjne og tog ansvar med følsomhed.”

Deltagernes netværk er ofte beærede over at være blevet inviteret, og de er engageret i at forstå og hjælpe. Ofte oplever de den psykoedukerende del af netværksmødet som en særlig hjælp, idet det eksempelvis forklares, hvorfor deltagerne ikke må tabe sig under behandlingen.

Når behandlingen er slut – hvad så?

Efter afslutning af behandlingen i LMS inviteres deltagerne til fire samtalsaloner, der har et rehabiliterende sigte. Her er fokus på at støtte deltagerne i at holde fast i de gode vaner og forebygge tilbagefald. Samtalsalonerne blev indført undervejs i projektperioden ud fra behandlernes og deltagerne erfaringer med, at der var brug for efterbehandling. Resultaterne præsenteret i denne rapport peger dog på, at dette tilbud muligvis ikke har været tilstrækkeligt for alle deltagere. Nogle deltagere har udviklet flere spiseforstyrrelsessymptomer, efter behandlingen sluttede, særligt de restriktive symptomer (afsnit 4.8). Samtidig udtrykker flere deltagere, at de efter behandlingsforløbet i LMS ønsker hjælp til, hvordan de kan arbejde med et vægttab uden at risikere, at spiseforstyrrelsen blusser op igen.

”Jeg er stadig rigtig ked af min vægt, og hvordan jeg ser ud. Jeg er begyndt at få ondt i mine knæ pga. vægten, og det gør mig urolig. Jeg føler mig ældre, end jeg er, og bekymrer mig meget. Vægten holder mig stadig tilbage i visse sociale sammenhænge. Jeg føler, at det er den sidste knude, der skal løses, her efter mit mindset omkring mad er stabiliseret gennem behandling i LMS.”

For flere af deltagerne, som har gennemført et behandlingsforløb i LMS, begynder ønsket om et vægttab igen at fylde. Fokus i LMS' samtalsaloner har dog ikke været på vægttab. Det skyldes, at restriktiv spisning og slankeadfærd potentielt kan trigge et tilbagefald, idet restriktiv spisning kan fremme sult-udløste overspisningsepisoder (4). Spørgsmålet er derfor, hvordan vi kan møde BED-deltagernes ønske om et vægttab, efter de har gennemført behandlingen for BED, uden at risikere, at deres spiseforstyrrelse blusser op igen? Erfaringer med vægttabsbehandling hos mennesker, der er behandlet for BED, er sparsomme. Der findes i dag stort set ikke nogen behandling, som resulterer i et blivende og stort vægttab – heller ikke hos mennesker, der ikke har haft BED (1). En undtagelse er bariatrisk kirurgi, som er en operation for svær overvægt, der har vist sig at have en varig effekt 10 år efter, operationen er foretaget (1). Sundhedsstyrelsen anbefaler dog ikke, at mennesker med BED tilbydes bariatrisk kirurgi, medmindre spiseforstyrrelsen er velbehandlet (21). Dog mangler der viden og erfaringer med bariatrisk kirurgi til mennesker, der er behandlet for BED, og vi kender dermed ikke effekten af dette indgreb hos denne gruppe mennesker.

Mænd med BED

En fjerdedel af mennesker med BED er mænd, og der er dermed en mere lige kønsfordeling, end det ses ved anoreksi og bulimi (1). Alligevel er det dog hovedsageligt kvinder, som har henvendt sig til LMS om behandling for BED. En af årsagerne kan være, at mænd ikke genkender sig selv i de gængse beskrivelser af spiseforstyrrelsen. Eksempelvis har nyere udenlandsk forskning vist, at mænd er mindre tilbøjelige til at opleve kontroltab i forbindelse med overspisningerne (22). En anden årsag kan være, at mange opfatter en spiseforstyrrelse som et 'kvindeproblem'. En overvejelse er derfor, om nogle mænd undlader at opsøge behandling af frygt for stigmatisering over at lide af en 'ung-pige-sygdom'. I LMS har vi erfaret, at mænd med spiseforstyrrelser generelt har vanskeligt ved at søge hjælp, og dem der gør det fortæller, at de bliver placeret i rene kvindemiljøer og ikke føler sig inkluderet. Med henblik på at få de mandlige deltagere til i højere grad at føle

sig inkluderet, valgte LMS i efteråret 2021 at køre en behandlingsgruppe alene for mænd med BED. Erfaringer fra denne behandlingsgruppe viser, at der er mange ligheder mellem kvinder og mænd med BED.

”Jeg håber, at mad ikke altid skal fylde så meget i mit hoved og mine tanker om, hvornår og hvordan jeg skal få det næste ”fix”. Jeg håber at finde ud af, at jeg ikke er forkert, fordi jeg ikke kan styre mit madindtag. Jeg vil gerne finde troen på mig og mit værd. Jeg håber, at det skal være slut med at have skyldfølelse overfor mig selv og at være alene om at ha' det sådan, som jeg har det.”

Mændene fortæller i lighed med kvinderne om et mangeårigt problematisk forhold til mad, utilfredshed med krop, skam, ensomhed og opvækstforhold præget af stor social usikkerhed. Mændene fortæller, at de oplever stor tryghed ved at møde andre mænd med BED. Netop det, at der kun er mænd i gruppen, har betydning for de temaer, som kommer frem. Blandt andet fylder samfundets normer i forhold til køn, som betyder, at mændene oplever, at de har svært ved at dele deres følelser, og hvordan de har det med andre.

Det lykkedes imidlertid kun at rekruttere fem mænd til denne gruppe. LMS ønsker fremadrettet at blive endnu klogere på mænd med BED og behandling af denne målgruppe. Derfor er det nødvendigt, at vi først og fremmest bliver bedre til at rekruttere mænd til behandlingsindsatsen. Her kan kommunikation om behandlingsindsatsen, herunder omtale af projektet samt sprogbrug i materialer, have betydning for, hvem der finder tilbuddet relevant.

5.2 BED-behandling i fremtiden

Børn og unge

Hovedparten af den viden og forskning, der findes om BED, er lavet blandt voksne. Ligeledes er de få behandlingstilbud, der findes i Danmark, målrettet voksne. Dette er et problem, da forskning viser, at nogle udvikler lidelsen allerede i barndommen eller

teenageårene (23). Eksempelvis har et dansk studie fundet, at 2,6 % af de 16-17-årige har symptomer svarende til en BED-diagnose (2), hvilket er i overensstemmelse med internationale tal (24).

Der er stor forskel på, hvornår deltagerne i LMS' behandlingstilbud oplevede deres første overspisningsepisode, men den gennemsnitlige alder er 16 år (jf. afsnit 3.2). Internationale studier har fundet, at en børne-unge-debut (under 18 år) synes at være knyttet til et sværere symptombillede samt flere og mere alvorlige komorbiditeter sammenlignet med en voksen-debut (over 18 år) (25–27). Desuden er en tidlig debut associeret med flere negative og traumatiske oplevelser i barndommen.

Dette peger på, at BED ikke kun bør opfattes som en lidelse blandt voksne. Det er vigtigt, at vi får mere viden om BED blandt børn og unge, og at der udvikles behandlingstilbud til denne målgruppe.

Overvægt og ledsagesygdomme

Overvægt er ikke et kriterie for at få en BED-diagnose, men BED øger risikoen for at udvikle overvægt eller fedme (28). Vægten øges typisk over tid sammen med spiseforstyrrelsen, og mennesker med BED og et normalt BMI er derfor generelt yngre end dem, der har et BMI over 25 (1). De fleste af deltagerne i LMS' behandling har haft BED i mange år, og hovedparten lider af moderat eller svær overvægt. Overvægt øger risikoen for at udvikle en række fysiske ledsagesygdomme samtidig med, at der ses en højere forekomst af psykiske lidelser blandt mennesker med overvægt. Der er derfor god grund til at sætte tidligt ind overfor denne spiseforstyrrelse.

Det er ikke kun på grund af risikoen for overvægt, at man bør sætte tidligt ind overfor BED. Mennesker med overvægt og BED er generelt mere belastet af fysiske lidelser sammenlignet med mennesker med overvægt uden BED. Eksempelvis har forskning fundet en højere forekomst af type 2-diabetes, PCOS (Polycystisk Ovarie Syndrom), forhøjet blodtryk og søvnapnø blandt mennesker med BED sammenlignet med mennesker uden BED uafhængigt af deres vægt (1,28). Dette peger på, at BED og overvægt

gensidigt påvirker hinanden og forstærker risikoen for at udvikle en række fysiske lidelser. Der er særligt stort overlap mellem type 2-diabetes og BED. En finsk undersøgelse har fundet, at hver sjette patient, som søger behandling for BED, lider af type 2-diabetes (29).

”Jeg har ondt i mine knæ og min ryg. Jeg har hyppigt hovedpine og lider af inkontinens. Jeg føler mig generelt meget tung, har svært ved at bevæge mig hurtigt og bliver nemt forpustet. Desuden har jeg haft depression og angst. Da mange af mine problemer hænger sammen med min overvægt og mit spisemønster, er jeg bekymret for, at både mit psykiske og fysiske helbred bliver værre, hvis jeg ikke får behandling.”

Mennesker med BED har betydelig nedsat livskvalitet sammenlignet med mennesker uden BED (30) og mere end 50 % af patienter med BED får stillet diagnosen depression på et tidspunkt i deres liv (1). Overvægt er i sig selv forbundet med nedsat livskvalitet og depressive symptomer, men forskning har vist, at mennesker med BED har lavere livskvalitet og flere depressive symptomer end mennesker med overvægt uden BED (30–32). For nogle vil de depressive symptomer være opstået som følge af spiseforstyrrelsen, mens det for andre er en selvstændig lidelse, som kræver særlig behandling (1).

Ved at oprette et behandlingstilbud til mennesker med BED, vil det ikke blot være muligt at hjælpe en stor gruppe mennesker til at få et bedre liv uden en spiseforstyrrelse, men det kan muligvis også reducere risikoen for, at de udvikler en række fysiske ledsagesygdomme af spiseforstyrrelsen – også selvom patientens overvægt ikke behandles. Samtidig vil behandling af spiseforstyrrelsen øge deres trivsel og livskvalitet og kan for nogle også behandle eventuelle depressive symptomer.

Lange ventelister til behandling

LMS' behandlingstilbud har – lige som sidst LMS tilbød behandling for BED – tiltrukket langt flere potentielle deltagere, end vi har haft kapacitet til at behandle. Det har betydet, at der har været lange

ventelister til behandlingstilbuddet. Mange deltagere har stået på venteliste i mere end ét år, og en del har slet ikke fået plads.

En analyse viser, at i den periode, hvor deltagerne stod på venteliste, skete der ingen ændring i deres spiseforstyrrelsessymptomer eller trivsel (14). Spiseforstyrrelsen lindres således ikke af sig selv over tid. Deltagerne på ventelisten ser behandling som deres eneste mulighed for at få et godt liv. De føler sig magtesløse og er desperate for at få hjælp.

”Vægt og mad fylder 80 % af mit liv. Det har bidraget til gode følelser, men på samme tid frarøvet mig det liv, jeg drømmer om. Jeg er træt af at kæmpe en ensom kamp, som jeg ved, jeg ikke vinder på egen hånd. Jeg er træt af at udsætte mine drømme, fordi min vægt og min selvtillid kommer i vejen. Jeg er klar til at ændre mig, jeg skal bare inderligt bruge noget hjælp til det. Jeg er 27 år og har livet foran mig, selvom jeg kun lever et 'halvt liv'. Hjælp.”

Forskning viser, at jo længere tid, man går med en spiseforstyrrelse uden behandling, jo sværere er den at behandle (33). Dette understøttes af en analyse af deltagerne på LMS' venteliste, som viser, at deres forandringsparathed og motivation for behandling daler under ventetiden (34). Deltagerne mister langsomt modet og troen på, at behandling kan hjælpe dem, de oplever håbløshed, og nogle er usikre på, om de nogensinde vil få et godt liv uden en spiseforstyrrelse.

I alt har syv behandlingssteder behandlet ca. 1000 mennesker med BED i perioden 2018-2021 med midler fra Sundhedsministeriet. Men da det anslås, at ca. 40.000-50.000 danskere lider af BED, er dette langt fra tilstrækkeligt. Derfor er det afgørende, at der hurtigst muligt oprettes nye gratis behandlingstilbud, så de personer, som endnu har behov for BED-behandling, kan få hjælp.

Litteratur

1. Schousboe, B. H., Clausen, L., Støving, R. K. BED. En lærebog om Binge Eating Disorder. 1. udgave. Bd. 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag; 2021.
2. Olsen EM, Koch SV, Skovgaard AM, Strandberg-Larsen K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(4):492–505.
3. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling [Internet]. 2005 [henvist 29. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx>
4. Sundhedsstyrelsen. Behandling af Binge Eating Disorder (BED). Sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter [Internet]. 2016 [henvist 29. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/Behandling-af-Binge-Eating-Disorders>
5. Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser [Internet]. Odense C.; 2015 [henvist 24. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/nationale-retningslinjer-for-rehabilitering-til-borgere-med-svaere-spsieforstyrrelser>
6. White, M. Kort over narrative landskaber. 1. udgave. Gyldendal; 2008.
7. Risom, J.-E. Mindfulness og meditation i liv og arbejde. Hans Reitzels Forlag; 2013.
8. Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS). Evaluering af online BED-behandling [Internet]. 2020 [henvist 24. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.lmsos.dk/viden/forskning-undersogelser/vioss/evaluering-online-bed-behandling>
9. Cooper, Z. & Fairburn, C. The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. 1987; *International Journal of Eating Disorders* 6(1):1–8.
10. Fairburn, C. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press; 2008.
11. Cantril, H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.; 1965.
12. WHO. *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe.; 1998.
13. Rosenthal, R. *Parametric measures of effect size. I: The handbook of research synthesis*. New York: Sage; 1994. s. 231–44.
14. Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS). *Behandling af Binge Eating Disorder. En midtvejsevaluering af et behandlingstilbud i Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade* [Internet]. 2020 [henvist 29. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.lmsos.dk>

- dk/viden/forskning-undersogelser/vioss/
midtvjejsvaluering-bed-behandling
15. Danmarks Statistik. Statistikbanken, beskæftigede, Tabel: RAS 300. Populationen er afgrænset til år 2019 (seneste) og beskæftigelsesfrekvens. [Internet]. [henvist 29. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.statistikbanken.dk/ras300>
 16. Danmarks Statistik. Statistikbanken, Befolkningens højest gennemførte uddannelse (15-69 år), tabel: HFUDD11. Populationen er afgrænset til år 2020 (seneste) og til følgende højest fuldførte uddannelser: Ingen uddannelse, grundskole, gymnasiale uddannelser, erhvervsfaglige uddannelser, korte videregående uddannelser, mellemlange videregående uddannelser, bacheloruddannelser, lange videregående uddannelser, Ph.d. og forskeruddannelser (n=3.880.569). [Internet]. [henvist 29. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.statistikbanken.dk/hfudd11>
 17. Jensen, Davidsen, Ekholm & Christensen. Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 217 [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2018 [henvist 24. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>
 18. Niras for Sundhedsstyrelsen. Evaluering af WHO-5 trivselsindeks [Internet]. 2015 [henvist 25. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2015/Forebyggelsesindsatser-i-naermiljoet>
 19. Maartje S. Vroling, Femke E. Wiersma, Mirjam W. Lammers, Eric O. Noorthoorn. Predicting Dropout from Intensive Outpatient Cognitive Behavioural Therapy for Binge Eating Disorder Using Pre-treatment Characteristics: A Naturalistic Study. 2016.
 20. Linardon J, Hindle A, Brennan L. Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*. 2018;51(5):381–91.
 21. Sundhedsstyrelsen. Visitation til kirurgisk behandling af svær fedme. FAGLIG VISITATIONSRETNINGSLINJE [Internet]. 2017 [henvist 26. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/faglig-visitationsretningslinje---visitation-til-kirurgisk-behandling-af-svaer-fedme>
 22. Carey JB, Saules KK, Carr MM. A qualitative analysis of men's experiences of binge eating. *Appetite*. september 2017;116:184–95.
 23. Herle M, Stavola BD, Hübel C, Abdulkadir M, Ferreira DS, Loos RfJ, m.fl. A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *Br J Psychiatry*. februar 2020;216(2):113–9.
 24. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018;Volume 9:17–30.
 25. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr*. juni 2021;35(2):57–67.
 26. Brewerton TD, Rance SJ, Dansky BS, O'Neil PM, Kilpatrick DG. A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord*. november 2014;47(7):836–43.
 27. Jowik K, Dutkiewicz A, Słopień A, Tyszkiewicz-Nwafor M. A multi-perspective analysis of dissemination, etiology, clinical view and therapeutic approach for Binge Eating Disorder. *Psychiatr Pol*. 30. april 2020;54(2):223–38.

28. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, Guerdjikova AI, Keck PE, McElroy SL. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* marts 2017;22(1):13–26.
29. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, m.fl. Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa: Type 2 Diabetes in Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* september 2015;48(6):555–62.
30. Singleton C, Kenny TE, Hallett D, Carter JC. Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related quality of life. *Frontiers in Psychology.* 2019;10(FEB):1–8.
31. Perez M, Warren CS. The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity.* 2012;20(4):879–85.
32. Klatzkin RR, Gaffney S, Cyrus K, Bigus E, Brownley KA. Binge eating disorder and obesity: Preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiology & Behavior.* april 2015;142:20–7.
33. Clausen, L. Opfølgingsstudier. I: Lunn, S., Rokkedal, K., Rosenbaum, B, redaktør. *Frå og faste: Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning.* 1. udg. Virum, Denmark; 2010. s. 433–52.
34. Falcon, S. B., Jacobsen, C. F. Livet på venteliste med BED [Internet]. 2021 [henvist 25. november 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.lmsos.dk/nyheder/livet-paa-venteliste-med-bed>

Bilag

Bilag 1: Deltagernes vurdering af behandlingens elementer

Deltagernes egne beskrivelser af behandlingens elementer gør det tydeligt, at det, der hjælper for nogen, ikke nødvendigvis hjælper for andre. Dog er der en tendens til, at nogle elementer af behandlingen har vist sig som en særlig stor hjælp for mange af deltagerne. I det følgende vil nogle af disse elementer blive uddybet.

Mekanisk spisning

Flere deltagere fremhæver, at netop dette redskab har været hjælpsomt for dem. Flere angiver, at mekanisk spisning har været medvirkende til, at de har reduceret deres overspisningsepisoder og igen kan mærke sult og mæthed. Desuden beskriver flere deltagere, at mekanisk spisning har medført, at tanker om mad ikke fylder nær så meget i deres hverdag.

”Jeg er begyndt at spise mekanisk, hvilket har gjort, at jeg bedre kan mærke sult, og jeg ingen overspisninger har haft i 2-3 måneder.”

Kostdagbog

Langt størstedelen af deltagerne har angivet, at kostdagbogen har været meget hjælpsom for dem. De deltagere, som finder kostdagbogen udbytterig, henviser særligt til, at den har hjulpet dem med at få et overblik over deres madindtag. Nogle deltagere er blevet opmærksomme på, at deres spisemønster er rodet, og at de indtager mindre mad til dagligt, end de troede. Derudover har kostdagbogen hjulpet til at koble spisemønstre og følelser sammen, hvilket har givet dem en indsigt i, hvorfor og hvornår en overspisning forekommer. Kostdagbogen fungerer således for mange som et værktøj, der kan afhjælpe fremtidige overspisninger.

For nogle deltagere fungerede kostdagbogen ikke. Blandt disse deltagere nævnes det blandt andet, at det var mentalt krævende at skrive den, og at det kunne give anledning til svære tanker, som var svære at håndtere.

”Jeg synes, det var godt med kostdagbogen. Den hjalp til at få overblik, så jeg kunne se, jeg ikke var ude af kontrol og koble min mad og mine følelser sammen.”

Diætetisk vejledning

Mange af deltagerne har haft stor gavn af den diætetiske vejledning. De beskriver, at vejledningen skabte ro og fik dem til at slappe af i forhold til mekanisk spisning. Nogle finder tiden med diætisten meget anvendelig og ønsker sig mere tid. Andre deltagere synes dog ikke, at diætisten var konkret nok i sine råd, og for nogle virkede vejledningen forhastet. Derudover angiver nogle, at de ikke mener, at diætisten præsenterede dem for ny viden om kost.

Bevidning

Mange deltagere giver udtryk for, at bevidning fungerer særlig godt, både for deltageren, der bliver bevidnet, og for de deltagere, der bevidner. Bevidning åbner for nye perspektiver på egen indre verden, både i form af at høre andres refleksioner i forhold til det, man har fortalt, men også i form af inspiration fra andres fortællinger. Dette kan ligeledes føre til tydeliggørelse af nye handlemuligheder, øget selvtillid samt en følelse af genkendelighed.

”Det, at andre bevidner det, de hører og ser, er genialt. For den person, der er på, giver det andre briller at se sig selv med samt viden om, at man faktisk gør noget godt og har kompetencer og ressourcer, man måske var holdt op med at tro på, man stadig besad. Og for dem der bevidner, giver det mulighed for at spejle og perspektivere til sin egen proces.”

Mindfulness

Flere deltagere giver udtryk for, at mindfulness har været særligt brugbart for dem. Mange beskriver, at de har taget det med sig efter behandlingen som en fast del af en daglig rutine eller som en strategi til at grunde sig selv, når det bliver nødvendigt. Desuden beskriver flere deltagere, at det var gavnligt at starte behandlingen med mindfulness, da det gjorde én mere modtagelig, når man bagefter skulle arbejde med sig selv.

For nogle deltagere fungerede mindfulness ikke, og nogle deltagere synes, at det var spild af dyrebar tid under behandlingen.

”Meget af det her handler også om, at man bliver urolig, og her har mindfulness været vigtig for at finde ned i det her leje, hvor man slapper af og mærker sig selv.”

Netværksmøde

Netværksmødet bliver af størstedelen af deltagerne vurderet som værende hjælpsomt. Flere påpeger, at arrangementet giver deltagerne familie og venner et godt indblik i, hvad de kæmper med, og det muliggør, at ens netværk kan støtte én bedre. Dog nævnes det også, at arrangementet kræver stort mod, og at det kan være svært, og for nogle ubehageligt, at tale med sit netværk om det, man skammer sig allermost over, og som er så følsomt.

”Det, at jeg ikke selv stod for at sætte ord på tingene, var en stor aflastning. Og arrangementet lagde grundlaget for, at mine pårørende turde stille spørgsmål og skabe mere forståelse for min situation.”

Bilag 2: Forbedringsforslag

I dette afsnit opsummeres deltagerens tilbagemeldinger på, hvad der har været mindre godt ved behandlingsforløbet.

Forløbets længde og tid pr. gruppegang

Flere deltagere efterspørger et længere og mere omfattende behandlingsforløb. De mener ikke, at de var parate til at stå på egne ben, da behandlingen blev afsluttet. Nogle deltagere syntes, at der var for lang tid mellem behandlingsgangene – særligt til slut, hvor man mødtes en gang månedligt.

Desuden er enkelte deltagere utilfredse med tidsrammen for de enkelte behandlingsgange, idet de mener, at der er for lidt tid til hver enkelt deltager. De foreslår, at der enten bliver afsat mere tid, eller at der er færre deltagere i en gruppe.

”Forløbet kunne godt have været længere. Jeg føler, at jeg først nu er ved at lære det hele, men stadig har brug for støtten til at holde fast i de nye vaner og tanker om mig selv.”

Corona

Coronapandemien har påvirket mange af behandlingsgrupperne, men særligt nogle grupper har oplevet en ekstra udfordring i forbindelse med Corona, eftersom store dele af behandlingen har foregået online i stedet for ved fysisk fremmøde. Flere deltagere beskriver dette som værende udfordrende af forskellige årsager. Nogle deltagere synes, at det rent teknisk har været en udfordring, mens andre oplever et manglende nærvær online. Desuden medførte Corona mange ændringer og for nogle også aflysninger.

”Jeg har fået noget ud af forløbet og lært meget, men jeg synes dog, at der har været for mange afbrydelser, og jeg har stået alene med ting, som jeg har haft svært ved. Desværre synes jeg ikke, det har været optimalt under Corona. De virtuelle møder har været problematiske for mig, da alle andre i husstanden har været hjemme, og derfor har møderne ikke været et fortroligt rum for mig.”

Vejning

Selvom mange deltagere giver udtryk for, at vejningen var et vigtigt element for at forstå, at vægten ikke nødvendigvis stiger med de hyppige måltider, tilkendegiver flere også, at vejningen var svær eller direkte ubehagelig. For nogle deltagere triggede vejningen lysten til at gå på kur og tanker om at være forkert. Desuden beskriver en deltager, at hun inden vejningerne frygtede at have for store vægtudsving til at passe ind i forløbet. Derudover var det for nogle deltagere svært at forstå og acceptere en eventuel vægtforøgelse, og det fik dem til at tænke, at de gjorde noget galt, selvom de fulgte programmet.

”For mig blev det [vejningen] kontraproduktivt for min proces at blive gjort opmærksom på, at jeg hele tiden tog på og fik derfor enormt mange tanker om at være forkert, at skulle tage sig sammen og tabe sig, så jeg ikke slog for meget ud på vægten næste gang, jeg skulle vejes.”

Ønsket om et vægttab

Flere deltagere beskriver, at de fortsat efter behandlingen har det meget svært med deres vægt og endnu ikke er kommet overens med den. Disse deltagere giver udtryk for, at de logisk set godt kan forstå behandlingsmålet, der lyder, at vægten ikke må ændres markant under behandlingsforløbet, men samtidig udtrykker de, at virkeligheden ofte er en anden, og ønsket om et vægttab er for nogle meget svært at lægge væk. Disse deltagere ønsker mere plads under behandlingsforløbet til at snakke om disse svære følelser, da de føler, at det blev negligeret under behandlingen. Desuden ønsker flere deltagere mere konkret vejledning ift., hvordan de skal gribe et fremtidigt vægttab an, uden at spiseforstyrrelsen kommer tilbage.

”Jeg føler måske lidt, at ens ønske om vægttab blev ”negligeret” under forløbet. Det blev påpeget, hvorfor at man skulle holde sig vægtstabil og ikke burde have et vægttabsønske under/efter behandlingen. Men det er en ting, en anden ting er, hvordan virkeligheden er skruet sammen, synes jeg.”

Tiden efter behandlingsforløbet

Flere deltagere oplever at føle sig alene efter endt behandling. Nogle oplever, at der i forløbet er blevet åbnet op for mange sårbare indsigter, som de nu står alene med. Desuden savner flere det fællesskab, de havde med de andre gruppe-medlemmer under behandlingen. Flere tilkendegiver desuden, at de savner mere støtte og rådgivning fra LMS' side ift. det videre forløb. Deltagerne efterlyser både viden om andre steder, man kan henvende sig, samt endnu flere redskaber til at håndtere situationen i tiden efter endt behandling. Derudover opfordrer flere deltagere LMS til at danne støttegrupper med tidligere deltagere, og/eller at LMS hjælper deltagerne med at facilitere fortsat kontakt med deres gruppe.

”Jeg overspiser sjældent/ikke mere, men jeg føler mig alene og forladt i forhold til at komme videre med min proces.”