

Behandlingsbehov hos pasienter med overspisingslidelse



Julie Riise

Villa Sult, Stiftelsen institutt for spiseforstyrrelser

julie.riise@outlook.com

En ny kvalitativ studie tilsier at ensidig søkelys på vektreduksjon og livsstilsendring kan gjøre lidelsen verre.

Omtalt artikkel

Riise, J., Gulliksen, K. S., Vrabel, K. & Halvorsen, M. S. (2025). «Binge eating disorder is the slum of eating disorders»: A qualitative study of Norwegian women with binge eating disorder in the encounter with the healthcare system. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01223-z>

Overspisingslidelse (BED) er den hyppigst forekomne spiseforstyrrelsen (SF) med prevalensrater på 0,2–6,6 % av verdens befolkning (Grucza et al., 2007; Hilbert, 2019; Kessler et al., 2013). Til tross for dette er BED underbehandlet, og kunnskapen er mangelfull både i helsevesenet og i samfunnet forøvrig (Salafia et al., 2015). I en nylig publisert studie (Riise et al., 2025) undersøkte vi hva pasientene selv opplever at de trenger i behandling, basert på deres egne erfaringer med møter i helsevesenet.

Behandlingstilbudene for pasienter er begrenset, og under 50 % mottar noen form for behandling (Kessler et al., 2013). Mange tilfeller forblir sannsynligvis ikke fanget opp i helsevesenet, spesielt når pasientene søker hjelp for andre komorbide tilstander, både somatiske og psykiske (Hudson et al., 2007; Thornton et al., 2017). Sammenhenger mellom BED, overvekt og relaterte somatiske lidelser er særlig problematisk, da overvekt og relaterte somatiske lidelser kan skjule underliggende SF-problematikk (de Zwaan, 2001).

Vi trenger økt kunnskap om BED som klinisk fenomen, samt om hvilke behandlingsintervensjoner som viser seg mest effektive. Opptil 50 % av dem som mottar behandling, oppnår ikke tilfredsstillende bedring verken av verken av psykoterapi alene eller i kombinasjon med medikamentell behandling (Wilson et al., 2007). Forskning på kroppsbilde og BED finner at høyere grad av overopptatthet av kropp er assosiert med høyere alvorlighetsgrad og dårligere prognose (Grilo et al., 2013; Harrison et al., 2015), men det er foreløpig ukjent hvordan slike prosesser påvirker effekten av behandling.

I vår studie (Riise et al., 2025) ønsket jeg og mine medforfattere, Margrethe Saeger-Halvorsen, KariAnne Vrabel og Kjersti Gulliksen, å få mer kunnskap om BED pasienters behov og erfaringer i møte med behandlingsapparatet. Vi anvendte et kvalitativt design for å besvare følgende forskningsspørsmål:

- a Hva opplever pasienter med BED er deres behov i behandling?
- b Hva kan vi lære av pasienters erfaringer med helsevesenet om dette?

Pasienters opplevde behov



Tre hovedtema og ti undertema ble identifisert. Hovedtemaet *Å ikke bli forstått* rommet ulike måter informantene opplevde seg misforstått av helsevesenet på. Det å bli møtt som å ha et livsstilsproblem, og med tilhørende vektreduksjonstiltak, trigget skam over egen karakter for ikke å håndtere overspisingen og håpløshet i hjelpesøkingen. De fortalte at de håndterte følelsene med spiseforstyrrelsen i mangel på andre tilgjengelige mestringsstrategier. Forsøk på slanking ble forsterkende for symptomadferden og skapte en vond spiral. En annen måte å ikke bli forstått på omhandlet at helsepersonell ikke forholdt seg til overspisingen. Informantene beskrev at de ofte hadde søkt hjelp for overspising, men at behandlere fokuserte på andre ting. En tredje måte å ikke bli forstått på omhandlet en opplevelse av å ikke passe inn blant spiseforstyrrelsene. Å ikke få behandling på lik linje med restriktive SF bidro til opplevelsen av å ha en mislykket SF. Informantene beskrev at dersom de fikk behandling rettet mot SF, ble kroppsbilde oversett som tema. Dette opplevdes sårt, da de oppfattet dette som et søkelys i behandlingen av andre SF. Dette bidro til en følelse av at en sentral del av deres lidelse var mindre viktig i deres behandling.

Hovedtemaet *Fanget i kroppsskam* gjenspeilet informantenes opplevelser av hvordan deres forhold til kroppen forhindret både tilfriskning fra BED og grunnleggende livsutfoldelse. Skam over kroppen hindret dem fra både deltakelse i aktiviteter og relasjonell nærhet. Alle deltakerne beskrev oppveksterfaringer med kritiske kommentarer og negativ evaluering rettet mot spisevaner og kropp fra omsorgspersoner. Dette hadde medvirket til utviklingen av deres BED og preget fremdeles hvordan de vurderte seg selv. Informantene beskrev kroppsskammen som både et hinder for bedring og som en mulig vei til å oppnå bedring. Videre beskrev de at et negativt kroppsbilde stod sentralt i deres forståelse av hva som opprettholdt overspisingen, og at bedring fra BED innebar et bedre forhold til egen kropp.

Hovedtemaet *Håp og bevegelse* uttrykte ulike erfaringer som hadde bidratt til positiv utvikling, og beskrev informantenes opplevde behov i behandling. Dette kom i hovedsak til uttrykk gjennom fire erfaringer: å bli sett gjennom å få riktig diagnose; økt selvmedfølelse gjennom forståelse for overspisingen som en måte å håndtere noe vanskelig på; et behov for trygghet i behandlingsrelasjonen der terapeuten og behandlingsrammen fasiliterte dette; og behovet for at kroppsopplevelsen tematiseres i behandling.

Implikasjoner

Resultatene viser viktigheten av at behandlere som møter pasienter med BED, er sensitive for hvilke relasjonserfaringer og tidligere møter med behandlingsvesenet pasienten har. Skam preger ofte erfaringene med hjelpesøking og påvirker nye møter. Mange møter i helsevesenet synes å bli en gjentakelse av en vond relasjonshistorie, der kropp og spisevaner har blitt gjenstand for kritikk og negativ evaluering. Dette understreker behovet for økt kunnskap blant helsepersonell om BED og om spesifikke relasjonsutfordringer som er spesielt gjeldende hos denne pasientgruppen. Bevissthet om fordommer og stigmatisering blant helsepersonell mot BED og vektstigma bør være sentralt i opplæringsprogrammer.

Resultatene peker mot noen forhold som mulig kan bidra til å forklare at ikke alle med BED får effekt av eksisterende behandling. Kroppsskam som ikke adresseres, kan hindre en trygg behandlingsrelasjon, som er en kjent forutsetning for virksom behandling. Det er behov for mer forskning på slike sammenhenger.

Videre indikerer resultatene at kroppssopplevelsen bør adresseres også i behandling av BED, på lik linje med behandlingen av andre SF.

Resultatene er i tråd med annen forskning som indikerer at kroppsbildeforstyrrelse er en involvert mekanisme også i BED.



DESIGN

- Kvalitativt design.
- $N = 6$ kvinner med BED. Informanter ble rekruttert via to pilotprosjekter fra ulike instanser som utvikler BED-spesifikke behandlingstilbud.
- Semi-strukturerte intervjuer utviklet spesifikt for dette prosjektet med henblikk på forskningsspørsmålet.
- Intervjuene ble analysert med kombinert tematisk analyse (TA) og fortolkende fenomenologisk analyse (IPA).

HOVEDFUNN

Analysen resulterte i tre hovedtema og tilhørende undertema:

- Å ikke bli forstått. Informantene beskrev at de ble møtt mer som å ha et livsstilsproblem og i mindre grad fokuserte på overspising eller kroppsbilde.
- Fanget i kroppsskam. Informantene opplevde kroppsskam som en livsbegrensende barriere og som et hinder for bedring fra BED.
- Håp og bevegelse. Informantene beskrev at forståelse for overspisingens måte å håndtere noe vanskelig på, en trygg behandlingsrelasjon og kroppssopplevelse som tema bidro til positiv bevegelse eller bedring for informantene.

Referanser

- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25(Suppl 1), 51–55. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801699>
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N. & Goss, K. (2012). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
- Grilo, C. M., White, M. A., Gueorguieva, R., Wilson, G. T. & Masheb, R. M. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43(06), 1335–1344. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002097>

- Grucza, R. A., Przybeck, T. R. & Cloninger, R. C. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002>
- Harrison, C., Mond, J., Rieger, E. & Rodgers, B. (2015). Generic and eating disorder-specific impairment in binge eating disorder with and without over-valuation of weight or shape. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.002>
- Hilbert, A. (2019). Binge eating disorder. *Psychiatric Clinics North America*, 42(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V. & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Riise, J., Gulliksen, K.S., Vrabel, K. Halvorsen, M. S. (2025). “Binge eating disorder is the slum of eating disorders”: a qualitative study of Norwegian women with binge eating disorder in the encounter with the healthcare system. *Journal of Eating Disorders*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01223-z>
- Salafia, E. H. B., Jones, M. E., Haugen, E. C. & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0069-8>
- Thornton, L. M., Watson, H. J., Jangmo, A., Welch, E., Wiklund, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Norring, C., Herman, B. K., Larsson, H. & Bulik, C. M. (2017). Binge-eating disorder in the Swedish national registers: somatic comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 58–65. <https://doi.org/10.1002/eat.22624>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>

