

Matarfíkn eða ofátsröskun?

Ofneysla matar sem sjúkdómur

Hjördís Eva Loftsdóttir
Margrét Inga Guðmundsdóttir

HUG- OG FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til BA gráðu í sálfræði

Félagsvísindadeild

Máí 2017

Matarfíkn eða ofátsröskun?

Hjördís Eva Loftsdóttir
Margrét Inga Guðmundsdóttir

12 eininga lokaverkefni
sem er hluti af
Bachelor of Arts-prófi í sálfræði

Dr. Gísli Kort Kristófersson

Félagsvísindadeild
Hug- og félagsvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Akureyri, maí 2017

Titill: Matarfíkn eða ofátsröskun? Ofneysla matar sem sjúkdómur
Stuttur titill: Matarfíkn eða ofátsröskun?
12 eininga lokaverkefni sem er hluti af Bachelor of Arts-prófi í sálfræði

Höfundarréttur © 2017 Hjördís Eva Loftsdóttir og Margrét Inga Guðmundsdóttir
Öll réttindi áskilin

Félagsvísindadeild
Hug- og félagsvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Sólborg, Norðurslóð 2
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Hjördís Eva Loftsdóttir og Margrét Inga Guðmundsdóttir, 2017, B.A. verkefni,
félagsvísindadeild, hug- og félagsvísindasvið, Háskólinn á Akureyri, 34 bls.

Prentun: Héraðsprint
Egilsstaðir, maí, 2017

Við lýsum því hér með yfir að við einar erum höfundar þessa verkefnis og að það er ágóði eigin rannsókna

Hjördís Eva Loftsdóttir

Hjördís Eva Loftsdóttir

Margrét Inga Guðmundsdóttir

Margrét Inga Guðmundsdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til BA-prófs við Hug- og félagsvísindasvið

Gísli Kort Kristófersson

Útdráttur

Þessi heimildaritgerð er lokaverkefni til BA prófs í sálfræði við háskólann á Akureyri.

Markmið ritgerðarinnar er að kynna ofátsröskun en hún er tiltölulega nýleg.

Ofátsröskun var fyrst skilgreind í DSM-V greiningarhandbókinni. Ofátsröskun var sett inn sem sjálfstæð röskun þegar hafði verið sýnt fram á með fræðigreinum að um raunverulegt sjúkdómsástand gæti verið að ræða og að einstaklingar sem áttu í vandamálum tengdum neyslu matar uppfylltu ekki greiningarskilmerki annarra átraskana og fengu þar af leiðandi ekki viðeigandi greiningu og meðferð.

Einstaklingar með ofátsröskun taka átköst líkt og einstaklingar með lotugræðgi en ólíkt þeim síðarnefndu fylgir ekki hreinsandi hegðun í kjölfarið. Átkast er þegar magn matar sem er neytt er meira en telst venjulegt miðað við aðra sem borða á sama tíma og við svipaðar aðstæður. Átið verður að eiga sér stað innan tveggja tíma frá síðustu máltíð og einstaklingur verður að sýna að hann hafi litla sem enga stjórn á átinu á því tímabili.

Til eru nokkrar aðferðir til að veita meðferð við ofátsröskun. Meðferðirnar miðast við að draga úr ofátsköstum og að hjálpa einstaklingum að léttast, þegar það á við. Neikvæðar tilfinningar geta fylgt röskuninni og ættu meðferðir einnig að reyna að leysa þann vanda sem skapast vegna þeirra.

Einnig er fjallað um matarfíkn en mikill áhugi virðist vera á hugtakinu bæði í vísindasamfélaginu og hjá hinum almenna borgara. Deilur hafa verið uppi um hvort að um fíkn sé að ræða og rökræða menn þátt matarfíknar í offitufaraldrinum sem geysar í heiminum.

Settar voru fram tvær rannsóknarspurningar sem leitað var svara við:

Hver, ef einhver, er munurinn á matarfíkn og ofátsröskun?

Ætti matarfíkn að vera skilgreind í DSM/ICD greiningarkerfunum?

Lykilord: Ofátsröskun, matarfíkn, meðferðarúrræði.

Abstract

This thesis is a final assignment for a Bachelor degree in psychology from the University of Akureyri. The aim of the thesis is to get to know binge eating disorder, but it is relatively recent. Binge eating disorder was first defined in DSM-V diagnostic manual. Binge eating was described as an independent disorder after many research papers were published supporting it and that many individuals who had food-related problems did not meet the diagnostic criteria of other eating disorders and therefore did not receive appropriate diagnosis and treatment.

Individuals with the disorder binge eat like bulimia nervosa patients but do not purge. A binge eating episode is when the amount of food consumed is more than usual compared to others who eat at the same time and under similar circumstances. The binge must take place within two hours of the last meal and the individual must show lack of self-control during the binge.

Treatments aim at helping the individual to reduce the number of binges and with weight loss if needed. Negative emotions can associate with binge eating, treatments should also aim at the psychological factors. There are several types of treatments and it is crucial to evaluate which treatment is suitable on an individual basis.

Food addiction or food dependency is also discussed, there seems to be great interest in the concept. Controversy has risen about whether this addiction does exist and its role in the obesity epidemic.

We aimed to answer these two research questions:

Is there a difference between food addiction and binge eating disorder?

Should food addiction be defined in DSM/ICD diagnostic manuals?

Keywords: Binge eating disorder, food addiction, treatment

Þakkarorð

Við viljum þakka leiðbeinandanum okkar, Dr. Gísla Kort Kristóferssyni fyrir stuðninginn og að vera til í að skoða með okkur eitthvað óvenjulegt viðfangsefni. Við þökkum Tinnu Halldórsdóttur hjá Austurbrú kærlega fyrir hjálpina við uppsetningu. Við viljum þakka fjölskyldum okkar fyrir stuðninginn þegar illa gekk, að gleðjast með okkur þegar vel gekk og fjölda stunda í barnapössun meðan á skrifum stóð. Við einnig þakka öllu fólkinu í kringum okkur sem þurfti að hlusta á okkur tala um offitu, mat, greiningarskilmerki og sjúkdóma undanfarna mánuði. Án alls þessa fólks hefði þessi ritgerð ekki getað orðið til.

Efnisyfirlit

Útdráttur	ii
Inngangur	1
Offita	2
Börn, unglingar og offita	3
Greiningarskilmerki	6
Ofátsröskun	8
Börn og unglingar með ofátsröskun	9
Fíknisjúkdómar	10
Matarfíkn	12
Meðferðarúrræði	16
Meðferðarúrræði við ofátsröskun	16
Hugræn atferlismeðferð	17
Samskiptameðferð	18
Sjálfs hjálparmeðferð hugrænnar atferlismeðferðar	19
Meðferðir sem stuðla að þyngdartapi	19
Meðferð við matarfíkn	20

Inngangur

Offita og óheilbrigður lífsstíll er stigvaxandi vandamál í heiminum í dag (WHO, 2014). Óhollur og mikið unnin matur, líkt og skyndibitafæði, er oft og tíðum ódýrari en hollari fæða. Því leitar fólk oft í skyndifæði sem eykur áhættu á ofþyngd. Einnig hefur kyrrseta fólks aukist gríðarlega síðustu ár, þá sérstaklega í hinum vestræna heimi. Fólk í yfirvigt er í áhættu varðandi þróun ýmissa sjúkdóma; háþrýsting, sykursýki og hjartasjúkdóma (Hjartavernd, 2010). Einstaklingar sem þjást af offitu sjálfgreina sig stundum sem „matarfíkla“, og leita sér hjálpar samkvæmt því, án þess að fyllilega skýrt sé hvað matarfíkn er. En matarfíkn hefur hingað til ekki verið notað sem klínískt hugtak og enginn skýr greiningarskilmerki byggð á rannsóknum eru til staðar til að skilgreina hvenær einstaklingur er matarfíkill og hvenær ekki. Ofátsröskun til að mynda, er tiltölulega ný röskun sem kom fyrst fram í DSM-IV sem undirröskun átraskanna en var skilgreind sem sjálfstæð röskun í DSM -V. Ofátsröskun er ekki sérstaklega skilgreind í ICD-10 sjúkdómsgreiningarkerfinu. Ofátsröskun á margt sameiginlegt með lotugræðgi og helsti sameiginlegi þáttur eru átköst. Sjúklingar með ofátsröskun nota ekki aðferðir til að losa sig við þá fæðu sem þeir hafa neytt, meðan lotugræðgissjúklingar framkalla uppköst og nota jafnvel þvag-og hægðalosandi lyf (Pope o. fl., 2006). Flestir sem greinast með ofátsröskun eru einstaklingar með líkamsþyngdarstuðul (*body mass index*) hærrí en 30 sem telst vera offita (Yanovski, Nelson, Dubbert og Spitzer, 1993) en í þessari ritgerð verður leitast við að skoða mun á matarfíkn og ofátsröskun. Einnig var áhugavert að athuga hvort sé yfirhöfuð réttlætanlegt að skilgreina það að neyta of mikillar fæðu sem sjúkdómsástand.

Rannsóknarspurningar eru eftirfarandi:

Hver, ef einhver, er munur á matarfíkn og ofátsröskun?

Ætti matarfíkn að vera skilgreind í DSM/ICD greiningarkerfunum?

Ritgerðin skiptist í fimm undirkafla. Umfjöllun um offitu, greiningarskilmerki, ofátsröskun, fíknisjúkdóma og meðferðarúrræði.

Offita

Offitu er skipt þrjú flokka: 1. stigs offitu, offitu á 2. stigi og offitu á 3. stigi, og er þessi skipting eftir líkamsþyngdarstuðli (Hjartavernd, 2010). Líkamsþyngdarstuðull (*e. body mass index*) sem hér eftir verður kallaður BMI, er fenginn með því að deila þyngd í kílógrömmum með hæð í metrum í öðru veldi (kg/m^2). BMI stuðull getur þó ekki sagt til um hversu mikil fita er í líkamanum.

Hægt er að nota stuðulinn til að skipta fólki í flokka, því hærri BMI stuðull því meiri hætta á að einstaklingur eigi við offituvandamál að stríða. BMI getur einnig sagt til um faraldsfræðilegar líkur á því hvers konar vandamál einstaklingur gæti mögulega þurft að glíma við í tengslum við þyngd sína en stuðullinn er ekki greiningartæki í sjálfu sér. Stuðullinn gerir til dæmis ekki greinarmun á því hvort að fólk er þungt af fitu eða vöðvum. Með því geta tvær manneskjur sem eru jafnþungar í kílóum og jafnháar haft sama BMI á meðan önnur á við offituvandamál að stríða og hin er vöðvastælt íþróttamanneskja í toppformi (Center for Disease Control and Prevention, 2015).

Einstaklingur sem hefur BMI stuðul á milli 25 og 29,5 telst vera með offitu á 1. stigi, ef BMI stuðull er á milli 30-39,9 telst það vera 2. stigs offita og hærri en 40 er 3. stigs offita (Hjartavernd, 2010)

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) gaf út árið 2016 nokkrar staðreyndir um offitu sem vert að skoða áður en lengra er haldið.

- Offita á heimsvísu hefur tvöfaldast síðan 1980.
- Árið 2014 glímdu tæplega tveir milljarða einstaklinga við offitu og þarf af 600 milljónir sem glímdu við 2. eða 3. stigs offitu.
- Árið 2014 voru 39% fullorðinna í heiminum of þungir og 13% glímdu við 2. eða 3. stigs offitu.
- Í heiminum í dag eru meiri líkur á því að deyja úr sjúkdómum tengdum offitu en vannæringu.
- Árið 2014 voru 41 milljón barna undir fimm ára talin of þung eða þjást af offitu.
- Offita og ofþyngd er skilgreint sem óeðlileg fitusöfnun sem getur haft áhrif á heilsufar (World Health Organization, 2016).

Þegar þessar staðreyndir eru skoðaðar kemur það bersýnilega í ljós að offita er vaxandi vandamál í heiminum. Það að í heiminum í dag sé líklegra að deyja úr sjúkdómum tengdum offitu heldur en vannæringu skiptir heiminum í tvennt sérstaklega í ljósi þess að lýst hefur verið yfir hungursneyð í mörgum ríkjum í Afríku (WHO, 2017).

Offita virðist vera sjúkdómur velmegunarríkja í hinum vestræna heimi. Í Bandaríkjunum á árunum 2009-2010 voru 35,7% íbúa 20 ára og eldri með 2. stigs offitu og 6,3% með 3.stigs offitu og eru konur þar í meirihluta en ætla má að þessi tala hafi hækkað síðan þá. Á árunum fyrir 1960 virtist offita ekki vera mjög þekkt vandamál meðal fullorðinna Bandaríkjamanna en á tímabilinu 1962-2010 tvöfaldaðist tíðni offitu hjá Bandaríkjamönnum 20 ára og eldri (NIDDK, 2012).

Börn, unglingar og offita

Offita barna og unglinga er vaxandi vandamál á Íslandi eins og í flestum öðrum vestrænum ríkjum. Offita á unglingsárum getur leitt til offitu á fullorðinsárum með þeim kvillum sem henni fylgja. (Embætti landlæknis, 2004).

Meðferð við offitu barna og unglinga hefur verið vandasöm og árangur oft lélegur og því eru fyrirbyggjandi aðferðir mikilvægar (Embætti landlæknis, 2004). Engin ein eða einföld meðferð er til við offitu hvort sem um er að ræða fullorðna eða börn og er hlutverk fagfólks helst það að styðja við fjölskyldu barnsins í þeirri viðleitni að breyta lífsstíl og lifnaðarháttum (Embætti landlæknis, 2004).

BMI stuðullinn er notaður þegar greina á offitu barna en þó á annan hátt en hjá fullorðnum þar sem hann hækkar hratt hjá ungbörnum en fellur svo milli eins og sex ára aldurs þegar hann tekur að hækka á ný fram á fullorðinsár. Nauðsynlegt er að meta BMI hjá börnum út frá kyni og aldurstöðluðum línuritum. *International Obesity Taskforce* hefur í samvinnu við *TJ Cole* og fleiri gefið út viðmiðunarlínurit fyrir offitu barna út frá landsmeðaltali sex þjóða og eru þessi línurit notuð hér á landi ásamt SDS (sænsk staðalfrávíkisstig) sem reiknuð eru út frá

hæð, þyngd og aldri barns og eru annaðhvort jákvæð eða neikvæð tala eftir því hvort BMI er undir eða yfir meðaltali jafnaldra. Offita miðast við 2,5 BMI staðalfrávíkisstig ofan við meðaltal fyrir aldur og kyn. Árið 2011 birtust í norskrri rannsókn nýjar tölur yfir aldursstaðlað mittismál og aldursstaðlað hlutfall mittismáls og hæðar. Niðurstöður hennar sýndu að 1,6 staðalfrávíkisstig mittismáls er sambærilegt 95 hundraðshluta fyrir BMI sem eru viðmiðunarmörk offitu (Ásta Eva Lárusdóttir o.fl., 2015).

Barn sem er í eða yfir 95 hundraðshlutum telst vera með 3. stigs offitu á meðan barn sem er milli fimm og 85 hundraðshluta telst vera innan eðlilegra þyngdarmarka (Center for Disease Control and Prevention, 2015).

Fylgisjúkdómar offitu eru vel þekktir innan heilbrigðisgeirans og má þá helst nefna sykursýki, háan blóðþrýsting og fitulifur. Þessir sjúkdómar geta lagst á of feit börn sé ekki gripið inni. Rannsókn sem gerð var í Arizona í Bandaríkjunum meðal indíána sýndi fram á að börn sem þjást af offitu við 11 ára aldur voru tvöfalt líklegri til að deyja fyrir 55 ára aldur miðað við grenni jafnaldra, ef ytri orsakavaldar eins og slys eru dregin frá. Ekki er hægt að alhæfa um að þessu sé einnig svona farið á Íslandi en sterkar líkur eru á að svo sé og að of mikil fita á barnsaldri auki álag á kerfi líkamans og valdi hættulegum fylgisjúkdómum á fullorðinsárum (Tryggvi Helgason, 2011)

Árið 2010 skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra starfshóp sem átti að leiða til bættrar heilbrigðisþjónustu og heilbrigðis ungs fólks á aldrinum 14-23 ára og skilaði hópurinn skýrslu til Velferðarráðuneytisins í september 2011. Starfshópurinn taldi forvarnir það mikilvægasta í baráttunni gegn offitu barna og unglunga og að þar gegni heilsugæsla og skólaheilsugæsla veigamiklu hlutverki. Árið 2011 voru Landspítalanum veittar 10 milljónir á fjárlögum til að setja á fót þverfaglegt meðferðarteymi fyrir börn og unglunga með alvarlega offitu (Velferðarráðuneyti, 2011).

Á Barnaspítala Hringssins er starfræktur „heilsuskóli“ fyrir börn og unglínga sem eru of þung. Meðferðin er ætluð börnum og unglíngum sem eru 2,5 staðalfrávik frá meðalkúrfu BMI eða hafa þyngst óeðlilega mikið á stuttum tíma. Í heilsuskólanum er börnunum og fjölskyldum þeirra kenndar aðferðir til að viðhalda breytingum ásamt því að bæta lífsgæði til lengri tíma. Heilsuskólinn er þverfaglegt meðferðarteymi, innan þess er næringarfræðingur, lækna, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar, íþróttarfræðingur og sálfræðingur (Barnaspítali Hringssins, e.d.).

Dæmi um hvernig heilsuskólinn er settur upp fyrir unglíng í einstaklingsmeðferð er eftirfarandi: Sett er upp meðferðaráætlun sem nær yfir þrjú mánuði. Meðferðin byggist upp á vikulegum viðtölum við hjúkrunarfræðing eða sálfræðing, líkamsrækt með sjúkrapjálfa tvisvar í viku á sex til átta vikna tímabili, fræðslu og/eða hópatíma með næringarfræðingi, sjúkrapjálfa, íþróttarfræðingi og lækni. Í lok þriðja mánaðar er útskriftarviðtal með hjúkrunarfræðingi þar sem árangur meðferðarinnar og þörf fyrir eftirfylgni er metin (Barnaspítali Hringssins, e.d.b).

Árið 2016 gaf Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (*WHO*) út skýrslu um heilbrigði barna og unglínga í Evrópu. Skýrslan er byggð á könnuninni Heilsa og lífsskjör skólanema á Vesturlöndum (*e. Health Behaviours in School-Aged Children*) sem lögð var fyrir grunnskólanemendur á árunum 2013-2014. Könnunin leiddi í ljós að 16% íslenskra 13 ára stúlkna glíma við ofþyngd og 23% pílta og er það í takt við meðaltal allra landa sem taka þátt. Meðaltal of þungra stúlkna er 15% og pílta er 24%. Þegar niðurstöður könnunarinnar voru skoðaðar kom í ljós að á Möltu er hæsta hlutfall 13 ára unglínga sem glíma við ofþyngd, miðað við þau lönd þar sem könnunin er gerð, en á Möltu eru 33% stúlkna og 36% pílta eru of þung (Inchley o.fl. 2016).

Greiningarskilmerki

Fyrsta handbókin um geðsjúkdóma kom út árið 1880. Þar var geðsjúkdómum skipt í sjö flokka, oflæti, þunglyndi, einhliða þráhyggju, vitglapalömun, vitglöp, áfengissýki og flogaveiki. Í kjölfar seinni heimsstyrjaldar þróaði Bandaríkjaher nánari skilgreiningar til að eiga auðveldara með að hjálpa þeim hermönnum sem snéru til baka frá vígvellinum með geðrænan vanda. Á sama tíma gaf Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin út ICD-6 greiningarkerfið sem innihélt í fyrsta skipti kafla um geðsjúkdóma sem var undir miklum áhrifum þess sem Bandaríkjaher hafði áður gefið út. DSM-III greiningarhandbókin var unnin og gefin út árið 1980, samhliða útgáfu ICD-9 sem þó var gefin út árið 1975. DSM-III innihélt miklar breytingar frá því sem áður var, þar komu fram sérstök greiningarviðmið, greiningar voru settar á fjóra ása eftir birtingarmynd og reynt var að gæta hlutleysis um ástæður þess að fólk veiktist á geði (American Psychiatric Association, e.d.).

Árið 1994 kom út DSM-IV og aftur var talsvert um breytingar. Sjúkdómum var bætt við og aðrir teknir út, settar inn betri og nánari lýsingar á sjúkdómum en áður hafði verið. Ritstjórar DSM-IV og ICD-10 unnu mjög náið saman til að koma veg fyrir mismunandi greiningar og skýringar. Árið 2013 var DSM-V, sem er jafnframt nýjasta útgáfan, gefin út þar sem miklar breytingar voru gerðar á milli IV. og V. útgáfu. Mikil vinna liggur að baki þessari nýjustu útgáfu en hún var 13 ár í vinnslu (American Psychiatric Association, e.d.).

Í greiningarhandbókinni DSM-V er kafla um átraskanir en þar er ofátröskun skilgreind sem sjálfstæð röskun, en í DSM-IV var hún einungis skilgreind sem undirröskun átraskana. Til þess að hægt sé að greina einstakling með ofátröskun, þarf hann að upplifa endurtekin átköst, minnst einu sinni í viku í þrjá mánuði. Átkast er skilgreint sem át, í afmarkaðan tíma, mikils magns matar sem er örugglega í meira magni en flestir myndu neyta á svipuðum tíma og undir svipuðum kringumstæðum (American Psychiatric Association, 2013).

Ofátsröskun kemur fram í offitusjúklingum jafnt sem einstaklingum í venjulegri þyngd. Ofátsröskun er alveg ótengd offitu, því flestir offitusjúklingar upplifa ekki endurtekin átköst. Ef saman eru bornir þessir mismunandi hópar, einstaklingar með offitu og greindir með ofátsröskun, og þeir offitusjúklingar sem ekki eru greindir með röskunina, þá innbyrða þeir sem greindir eru með röskunina fleiri hitaeiningar og upplifa meiri lífsgæðaskerðingu, það er að segja, upplifa lakari lífsgæði, meiri vanlíðan og meiri líkur eru á geðrænum hliðarröskunum hjá þessum hópi miðað við hinn hópin (American Psychiatric Association, 2013).

Í DSM-IV var ofátsröskun kynnt sem bráðabirgða röskun sem þarfnaðist frekari rannsókna og hugmyndir um greiningarviðmið fylgdu með í viðauka. Greiningarviðmiðin sem komu fram í DSM-V voru þau sömu og voru sett fram til bráðabirgða í DSM-IV að einni breytingu undanskilinni. Í DSM-IV þurftu átköstin að eiga sér stað að minnsta kosti tvisvar í viku yfir sex mánaða tímabil til að ná greiningarskilmerkjum en í DSM-V breyttist þetta í minnst einu sinni í viku yfir þriggja mánaða tímabil (Mond, 2013).

International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD) eða Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála er evrópskt greiningarkerfi sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (*WHO*) heldur utan um og sér bæði um endurskoðun og útgáfu handbókarinnar. Árið 1948 tók Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin yfir greiningarkerfið og kom sjötta útgáfan í kjölfarið. Yfir 177 lönd notast við ICD og hefur flokkunin verið þýdd á 43 tungumál. Flest þeirra landa sem notast við greiningarkerfið nota það í auknum mæli í klínískri þjónustu og rannsóknum til að bera kennsl á sjúkdóma og rannsaka sjúkdómsmynstur. Einnig er það notað til að senda upplýsingar um dánartíðni sjúkdóma til Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar svo hægt sé að fylgjast með tölfræði sjúkdóma í heiminum að einhverju leyti. Í dag er notast við tíundu endurskoðun á kerfinu sem kom út árið 1990. Áætlað er að endurskoðuð útgáfa komi út árið 2018 (World Health Organization, 2017).

Ofátsröskun er ekki skilgreind sem slík í ICD flokkunarkerfinu heldur finnst hún í kafla um geð- og atferlisraskanir, í undirflokki F50.4 sem greiningin “ofát tengt öðrum sálrænum truflunum”. Þar er ofát tengt við streituvaldandi atburðum, líkt og slysum, barnsfæðingum og ástvinamissi (Embætti landlæknis, 2014).

Ofátsröskun

Þó ofátsröskun sé tiltölulega ný röskun í DSM greiningarhandbókinni, skilgreindi Stunkard sjúkdóms hugtakið árið 1959, sem endurtekin ofátsköst hjá offitusjúklingum. Spitzer ásamt öðrum lagði til árið 1991 að ofátsröskun yrði tekin með í útgáfu DSM-IV. Ástæðan var sú að margir einstaklingar með sjáanlega erfiðleika tengda ofáti uppfylla ekki greiningarskilmerki lotugræðgi samkvæmt greiningarskilmerkjum DSM-V. Þeir fá þar af leiðandi ekki viðeigandi hjálp. Ef einstaklingar sýna greinilega merki um átröskun en ná ekki greiningarviðmiðum fyrir lystarstol eða lotugræðgi, eru þeir greindir með ofátröskun. Einstaklingar með ofátsröskun fá átköst líkt og einstaklingar með lotugræðgi en ólíkt þeim síðarnefndu fylgir ekki hreinsandi hegðun í kjölfarið, líkt og að kasta upp, misnota hægðalosandi lyf eða stunda óhóflega hreyfingu (Dingemans, Furth og Spinhoven, 2013).

Ofátsröskun einkennist af síendurteknum átköstum. Það telst til átkasta þegar magn matar sem neytt er, er örugglega meira en telst venjulegt miðað við aðra sem borða á sama tíma og við svipaðar aðstæður. Átið verður að eiga sér stað innan tveggja tíma og einstaklingur verður að sýna að hann hafi enga stjórn á átinu á því tímabili. Flestir sem þjást af þessum átköstum borða í einrúmi vegna samviskubits yfir því hversu mikið er borðað. Einstaklingar borða mjög hratt í átköstunum og njóta þess ekki að borða enda eru þeir ekki endilega að borða af því að þeir séu svangir. Eftir átköstin líður einstaklingnum ekki vel. Hann fyllist sjálfsfyrirlitningu, finnur fyrir þunglyndi eða mikilli sektarkennd (Dingemans, Furth og Spinhoven, 2013).

Alvarleiki röskunarinnar skiptist í fernt eftir því hversu oft í viku ofát á sér stað. Vægasta tilfellið einkennist af einu til þremur ofátsköstum á viku. En þegar ofátið á sér stað fjórum til sjö sinnum í viku er talað um miðlungs alvarleika. Alvarlegt tilfelli einkennist af átta til 13 ofátsköstum á viku og þegar ofátsköstin eru orðin 14 eða fleiri á einni viku telst röskunin veruleg (American Psychiatric Association, 2013).

Ofátsröskun tengist ýmsum öðrum sjúkdómum og þar á meðal eru fylgikvillar sem tengjast offitu, líkt og sykursýki tvö og hjarta- og æðasjúkdómar, ýmsir geðsjúkdómar, minnkuð lífsgæði og skert félagsleg virkni (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Samkvæmt DSM-V er tíðni röskunarinnar ekki há eða rétt um 1,6% á 12 mánaða tímabili. eru konur í meiri áhættu því tvær konur greinast á móti hverjum einum karli með röskunina (American Psychiatric Association, 2013).

Börn og unglingar með ofátsröskun

Rannsóknir hafa sýnt að ofátsröskun þróast yfirleitt hjá eldri börnum eða snemma á fullorðinsárum, en þrátt fyrir það hafa ekki verið gerðar margar rannsóknir á börnum og unglungum með ofátsröskun (Johnson, Grieve, Adams, og Sandy, 1999). Í rannsókn Sonnevile, Horton og Micali (2013) meðal barna og unglunga á aldrinum 9-15 ára kom í ljós að ofát, það er að missa stjórn á magninu sem borðað er, er algengara meðal unglingsstelpna heldur en unglingsstráka. Hjá strákum er ofát algengast milli 16-24 ára aldurs á meðan stelpur eru yngri þegar vandamálið byrjar og ef ekkert er að gert, ágerist ofátið með aldrinum. Meðal unglingsstelpna sem sýndu merki ofáts var algengt að þær hefðu lélega eigin líkamsímynd, slæmt sjálfsálit og sýndu merki þunglyndis.

Meðal barna getur mikil ofþyngd, mikill kvíði, þunglyndiseinkenni og mikil óánægja með líkamsímynd leitt til ofáts. Börn sem þjáast af ofátsröskun sýna einnig meiri hvatvísi, reyna að komast hjá því að taka sjálfstæðar ákvarðanir, eru oft ekki eins samvinnuþýð og eru nýjungagjarnari. Röskunin verður til þess að börnin neyta herra hlutfalls orku umfram

kolvetna, aðallega í formi eftirrétta og snarls á milli máltíða. Hinsvegar er algengara að offita, eiturlyfja- og áfengisnotkun, neikvæður hugsunarháttur í eigin garð, svo og léleg líkamsmynd, slæmt sjálfsálit og geðraskanir geti leitt til ofátsröskunar hjá unglíngum (Sonneville, Horton, og Micali, 2013).

Fíknisjúkdómar

Á síðustu árum hefur hugtakið fíkn (*e. addiction*) verið að breytast og þróast. Í nýjustu útgáfu af DSM er mikil breyting þar á. Spilaæði (*e. gambling disorder*) var bætt inn í handbókina undir kafla um efnatengdar- og ávanaraskanir sem gerði það að verkum að nauðsynlegt var að víkka hugtakið frá því að vera einungis efnamisnotkun til athafna sem vekja svipuð líffræðileg viðbrögð hjá einstaklingum og fíkniefni gera. Í DSM-IV hét kaflinn efnamisnotkun (*e. substance related disorders*) en heitir núna í DSM-V efnatengdar og- ávanaraskanir (*e. substance related and addictive disorders*) og skiptist hann í undirkafla eftir þeim efnaröskunum sem fjallað er um. Hverjum undirkafla er svo skipt niður eftir alvarleikastigi á eftirfarandi hátt:

- a. Fíkn (*e. substance dependence*)
miður uppbyggileg hegðun misnotkunar sem leiðir til hömlunar eða vanlíðunar.
- b. Efnamisnotkun (*e. substance abuse*)
illa aðlagð mynstur af efnanotkun sem leiðir til merkjanlegrar vanlíðunar á 12 mánaða tímabili en nær þó ekki greiningarskilmerkjum fíknar.
- c. Efnááhrif (*e. substance intoxication*)
þróun á tímabundnum einkennum ákveðinna efna við inntöku eða nálægð við efnið og er ekki hægt að útskýra einkennin með tilvísun í geðræn vandamál.
- d. Fráhvarf (*e. substance withdrawal*).
þróun á sértækum heilkennum vegna stöðvunar eða minnkunar á efnainntöku sem hefur verið stöðug eða langvarandi.

Einkennin þurfa að valda klínískt merkjanlegri vanlíðan eða takmörkun í félagsstarfi, starfi eða annarri mikilvægri mannlegri virkni (American Psychiatric Association, 2013).

Fíkn er þar stærsti kaflinn og inniheldur sjö greiningarskilmerki og þarf sjúklingur að uppfylla að minnsta kosti þrjú þeirra á 12 mánaða tímabili (American Psychiatric Association, 2013)

Kaflinn um efnatengdar- og ávanaraskanir hefur marga undirkafla, einn fyrir um það bil hvert þekkt fíkniefni, til dæmis áfengi, kaffi og tóbak. Kaflinn sem fjallar um áfengi verður tekinn hér sem dæmi. Yfirheiti kaflans er áfengisraskanir (*e. alcohol related disorder*) og skiptist hann í fimm undirkafla, áfengisneysla (*e. alcohol use disorder*), áfengisvíma (*e. alcohol intoxication*), áfengisfráhvörf (*e. alcohol withdrawal*), aðrar áfengistengdar raskanir (*e. other alcohol-induced disorders*) og óskilgreind áfengisröskun (*e. unspecified alcohol-related disorder*) (American Psychiatric Association, 2013).

Efnatengdum- og ávanaröskunum er skipt upp í þrjú alvarleika stig; milt, þar sem sjúklingur uppfyllir tvö til þrjú greiningarskilmerki, miðlungs með uppfyllingu fjögurra til fimm greiningarskilmerkja og alvarlegt þar sem sjúklingur uppfyllir sex eða fleiri greiningarskilmerki (American Psychiatric Association, 2013).

Ekki eru til miklar rannsóknir á atferlisfíkn (*e. behavioral addiction*), svo sem spilafíkn, kynlífsfíkn, kaupæði og tölvufíkn, og af þeim sökum ná þær ekki inn sem sér flokkur í nýjustu útgáfu DSM. Mætti ætla að matarfíkn myndi falla undir þennan flokk í framtíðinni, ef hún einhvern tímann verður sett inn í DSM, en athyglisvert verður að fylgjast með þróun þessa flokks á næstu árum (American Psychiatric Association, 2013).

Í fimmtu útgáfu af DSM var spilaæði sett inn sem sjálfstæð fíkn í kaflanum um efnatengdar- og ávanaraskanir. Greiningarskilmerki fyrir spilaæði eru níu og þarf að sýna fjögur eða fleiri til að greinast með spilaæði.

Greiningarskilmerkin eru eftirfarandi:

1. Oft upptekinn við veðmál eða að vinna peninga í veðmálum.
2. Eyðir oft meiri peningum og lengri tíma í veðmál en áætlað var.
3. Þörf fyrir að auka magn eða tíðni veðmála til að ná aukinni spennu.

4. Óróleiki eða pirringur ef ekki er hægt að veðja.
5. Tapar endurtekið peningum í veðmálum og kemur aftur daginn eftir til að „vinna upp“ tapið.
6. Endurteknar tilraunir til að minnka spilaþiknina eða að hætta alveg.
7. Aukið spilaæði þegar einstaklingurinn á að vera að sinna félagslífi og atvinnu.
8. Fórnar mikilvægri virkni í félagslífi, atvinnu eða afþreyingu.
9. Áframhaldandi veðmál þrátt fyrir að geta ekki borgað vaxandi skuldir eða þrátt fyrir önnur mikilvæg félagsleg, atvinnu- eða lögfræðileg vandamál, sem persónan veit að vex með spilaæðinu (Kristján Guðmundsson, 2014, bls. 161).

Alvarleika spilaæðis er hægt að skipta í þrennt. Einstaklingur með milt spilaæði nær fjórum til fimm greiningarskilmerkjum, einstaklingur með miðlungs spilaæði nær sex til sjö greiningarskilmerkjum og einstaklingur með alvarlegt spilaæði nær átta til níu greiningarskilmerkjum (American Psychiatric Association, 2013)

Spilaæði og þikniraskanir eiga margt sameiginlegt, greiningarskilmerkin eru svipuð og samsláttur milli þessara tveggja greininga getur verið mikill. Báðir sjúkdómar virðast tengjast vellíðunarbrautum heilans og sjúklingar upplifa ýkt viðbrögð eða vellíðan þegar spilað er líkt og þikniefnaneytendur upplifa stuttu eftir að hafa innbyrt efnið. Það má hugsa sér að aðrar hegðunarraskanir muni lúta svipuðum greiningarskilmerkjum og spilaæði í DSM í framtíðinni. (Mann, Fauth-Bühler, Higuchi, Potenza og Saunders, 2016).

Matarþikn

Mikill áhugi virðist vera á hugtakinu matarþikn bæði í vísindasamfélaginu og hjá hinum almenna borgara, en deilur hafa verið uppi um hvort þessi þikn sé yfirhöfuð til og rökræða menn þátt matarþiknar í offitufaraldrinum sem geysar í heiminum. Þrátt fyrir skort á sönnunum hefur þetta hugtak haft gríðarleg áhrif við tilbúning taugalíffræðilegs líkans um offitu og átt sinn þátt í mótun lýðheilsustefnu í málaflokknum (Ziauddeen og Fletcher, 2013).

Í nýlegum rannsóknum hafa komið fram niðurstöður þess efnis að matur geti á einhvern hátt haft sömu áhrif á heilann og þikniefnaneysla og talið að sumar fæðutegundir eða efni sem

bætt er í fæðuna geti verið ástæða þessara áhrifa á heilann. Þó engar haldbærar sannanir séu til staðar um að neysla matar og fíkniefna noti sömu brautir í heilanum er talið að báðar tegundir neyslu noti dópamín- og ópíóíðabrautir (Gearhardt, Corbin, og Brownell, 2009).

Dópamín losnar ekki beint við neyslu fíkniefna eða fæðu heldur er það í tengslum við sæluna sem fylgir neyslunni. Því meiri sem neyslan á að verðlauna neytandann, því meiri er seyting dópamíns úti blóðið, en dæmi um þetta getur verið þegar einstaklingur sem er í miklu aðhaldi í mataræði fær sér loksins hamborgara, franskar og kók á „nammidegi“. Ef sár eða skaði finnst á dópamínbrautunum í heilanum er þessi sælutilfinning mælanlega minni en ella hvort sem um er að ræða neyslu matar eða fíkniefna. PET-rannsóknir hafa sýnt fram á að offitusjúklingar og fíkniefnaneytendur hafa töluvert lægra þol fyrir dópamíni en aðrir og þess vegna hafa dópamínbrautirnar verið tengdar neyslu fæðu hjá einstaklingum með offitu. Neysla áfengis og hitaeingaríkrar fæðu geta valdið því að heilinn losar ópíóíða. Lyf eins og naloxon geta dregið úr neyslu og löngun í fitu- og sykurmikla fæðu bæði hjá offitusjúklingum og hjá þeim sem ekki glíma við offitu (Gearhardt, Corbin, og Brownell, 2009).

Naloxon er ópíóíða antagónisti sem er notaður til að draga úr óæskilegum áhrifum ópíóíða vegna bráðrar ofskömmunar eða eitrunar. Naloxon getur þó valdið gríðarlegum aukaverkunum eins og breytingum á hjartslætti, flogum, lungnabjúg, niðurgangi og munnþurrki svo einhverjar séu nefndar (Sérlyfjaskrá, 2014).

Þegar tekið er mið af aukaverkunum og þeim áhrifum sem naloxon getur haft á líkamann, hefur það ekki talist æskilegt til þyngdarstjórnunar. Naloxon hefur ekki bein áhrif á hungur heldur getur fræðilega dregið úr ánægjunni sem fylgir því að borða (Pelchat, 2009).

Árið 2014 komu út niðurstöður rannsóknar sem gerð var í Þýskalandi sem fjallaði um það hvort hægt væri að nota naloxone í baráttunni gegn offitu. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort að naloxone hefði áhrif á vellíðan tengda neyslu á súkkulaði eða mygluðum jarðaberjum. Einnig fengu þátttakendur sjónrænt áreiti, það er að segja myndir tengdar því

bragði sem þeir voru að upplifa. Rannsóknin var framkvæmd með því að þátttakendur fóru í segulómun á höfði (*MRI*) á meðan þeir upplifðu áreitið, annað hvort undir áhrifum naloxone eða lyfleysu (Murray o.fl. 2014).

Þátttakendur voru 20, tíu karlar og tíu konur á aldrinum 19-37 ára. Þátttakendur voru allir með eðlilega sjón, tóku engin lyf fyrir utan getnaðarvarnartöflur, höfðu enga sögu um misnotkun áfengis- eða fíkniefna, voru rétthentir og þjáðust ekki af alvarlegu þunglyndi. Þátttakendur máttu ekki neyta súkkulaðis í sólarhring áður en rannsóknin fór fram og máttu aðeins borða léttan morgunverð að morgni rannsóknar (Murray o.fl. 2014).

Þátttakendur voru myndaðir tvisvar. Í fyrra skiptið fengu þeir 50 mg af naloxone einni klukkustund fyrir segulómun og svo aftur viku síðar en þá með lyfleysu. Breyturnar eða áreitið voru 0,5 ml af súkkulaði í munn, mynd af súkkulaði og svo bæði saman; 0,5 ml af mygluðum jarðarberjum um munn, mynd af mygluðu jarðarberi og svo bæði saman og var hvert áreiti birt níu sinnum í engri sérstakri röð. Á milli fengu þátttakendur bragðlausu lausn til að hreinsa munninn og skynja bragðið sem best (Murray o.fl. 2014).

Myndrænar niðurstöður sýndu að þegar þátttakendur fengu naloxone og súkkulaði sást minnkuð virkni í baklægum fremri gyrðilgára (*e. dorsal anterior cingulate gyrus*). Sást aukin virkni í möndlu (*e. amygdala*) þegar þátttakendur fengu jarðarberjamauk og sáu mynd af jarðarberjum á sama tíma undir áhrifum naloxone. Þegar þátttakendur sáu mynd af jarðarberjum undir áhrifum naloxon var aukin virkni á aftari eyjarblaði (*e. anterior insula*).

Þegar litið var á niðurstöðurnar heildrænt kom í ljós að þeir þátttakendur sem fengu naloxone og súkkulaði sýndu minnkaða virkni í baklægum fremri gyrðilgára, fremri gyrðilgára/miðlægum fremri gára (*e. ACC/medial frontal gyrus*) og í rófukjarna (*e. caudate nucleus*) og styður það kenninguna um að naloxone hafi áhrif ánægjubrautir heilans og dragi úr vellíðunartilfinningunni sem getur fylgt því að borða (Murray o.fl. 2014).

Eins og þegar hefur verið fjallað um er formleg skilgreining á fíkn samkvæmt DSM-V, „miður uppbyggilegt hegðunarmynstur efnamisnotkunar, sem leiðir til hömlunar eða vanlíðunar, metið út frá þremur eða fleiri af eftirfarandi sjö atriðum á 12 mánaða tímabili” (Kristján Guðmundsson, 2014, bls. 146). Þessi sjö atriði eru: þol, fráhvarf, neysla í lengri tíma en upphaflega áætlað var, stöðug fíkn eða gagnslitlir tilburðir til að minnka eða stjórna notkun, mikil tímaeyðsla fer í að nálgast efnið, neyta þess og jafna sig eftir neysluna, minnkuð virkni vegna neyslu og misnotkun viðhaldið þrátt fyrir vitneskju um endurtekin líkamleg eða sálfræðileg vandamál sem má rekja til neyslunnar (American Psychiatric Association, 2013).

Ef engin slæm áhrif væru af því að borða of mikið og ef við gætum auðveldlega hætt því og borðað einungis til að viðhalda lífi væri ekki hægt að tala um fíkn í mat. Margir einstaklingar sem glíma við offituvanda myndu sennilega flokkast sem matarfiklar, það er að segja þeir neyta of mikils matar, eiga erfitt með að hætta neyslu og hefur neysla áhrif á daglegt líf. Helst mætti líkja matarfíkn og áfengisfíkn saman, sumir virðast geta borðað og neytt áfengis á ábyrgan hátt en aðrir ekki. Þetta getur einnig átt við um fleiri efni eins og kaffi og kannabis svo dæmi séu tekin. Einnig er mikilvægt að skilja á milli löngunar og þarfar, er verið að borða vegna svengdar og orku vantar í líkamann til að hann virki eins og hann á að gera eða er verið að borða vegna vanlíðunar eða til að svala lífeðlisfræðilegri þörf líkamans í efni sem hann er orðinn háður? (Pelchat, 2009).

Ekki eru til eiginleg greiningarskilmerki fyrir matarfíkn en reynt hefur verið að búa til greiningartæki. Árið 2009 var smíðaður kvarði til að meta matarfíkn, *Yale Food Addiction Scale*, hér eftir nefndur YFAS. YFAS er 25 atriða sjálfsmatsskali byggður á greiningarskilmerkjum fyrir fíknisjúkdóma samkvæmt DSM-IV. Þegar einstaklingar taka YFAS eiga þeir að miða við síðustu 12 mánuði. Svarmöguleikarnir eru tvenns konar, annars vegar tíðni sem mæld er á likert-kvarða frá aldrei til fjórum sinnum í viku eða daglega og hins

vegar sem tvíkostabreyta (*e. dichotomous variable*) með svarmöguleikunum já eða nei. YFAS hefur verið staðfærður fyrir börn og unglinga (YFAS-C) (Meule og Gearhardt, 2014).

Þegar geðheilsa einstaklinga með greinda matarfíkn miðað við YFAS er skoðuð kemur í ljós að þeir fá háa einkunn á *Behavioral Inhibition System* og eru líklegri til að sýna hærrí tíðni þunglyndis en þeir sem ekki eiga í erfiðleikum með neyslu matar. Sett hefur verið fram sú kenning að þeir sem greinast með matarfíkn út frá YFAS séu frekar með ofátsöskun. Þessi kenning hefur þó verið hrakin á þeim grundvelli að einstaklingar sem ná ekki greiningarskilmerkjum ofátsröskunar greinast með matarfíkn út frá YFAS. Hafa verður í huga að YFAS eins og hann er í dag, er miðaður við drög að greiningarskilmerkjum sem komu fram í DSM-IV en verið er að breyta YFAS í samræmi við þær breytingar sem urðu á ofátsröskun í DSM-V (Meule og Gearhardt, 2014).

Meðferðarúrræði

Ýmis meðferðar úrræði hafa verið reynd og þróuð til að mæta þeim sem glíma við ofátsröskun. Matarfíkn er hins vegar ekki skilgreind sem sjúkdómur og því ekki um eiginlegar klínískar meðferðir að ræða. Samtök og sjálfshjálparmiðstöðvar hafa sinnt því starfi. Í þessum kafla er gerð grein fyrir þessum úrræðum.

Meðferðarúrræði við ofátsröskun

Meðferðir við ofátsröskun eiga að hjálpa einstaklingum að draga úr ofátsköstum og þegar við á, að hjálpa til við að léttast. Vegna þess hversu mikil skömm, lélegt sjálfsálit og aðrar neikvæðar tilfinningar fylgja röskuninni, ættu meðferðir við röskuninni einnig að hjálpa til við þá sálrænu þætti sem tengjast sjúkdómnum. Til eru nokkrar gerðir meðferða við röskuninni en mismunandi er hvaða meðferðir henta hverjum og einum (Binge-eating disorder, 2016). Á síðustu árum hafa lyfjameðferðir gegn ofátsröskun hlotið aukna athygli en rannsóknir hafa ekki sýnt fram á nægilegan árangur miðað við sálfræðilegar meðferðir en helsta ástæðan fyrir því er

að ekki er búið að rannsaka nægilega langtíma árangur af lyfjum (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð (*e. Cognitive behavioral therapy*) og samskiptameðferð (*e. Interpersonal psychotherapy*) virðast vera árangursríkar til að draga úr átköstum á stuttum tíma (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012). Einstaklingar með ofátsröskun skiptast á að fá ofátsköst og að reyna við ýmiskonar megrunarkúra til þess að léttast. Markmið hugrænnar atferlismeðferðar er að reyna að rjúfa þann vítahring sem einstaklingarnir virðast fastir í, með því að stuðla að heilbrigðara og betra skipulögðu átmynstri, það er að segja að við taki reglulegri máltíðir og millimál, léttu áhyggjur um þyngd og löggun, og hvetja til beitingar á heilbrigðari þyngdarlosunarhegðunar. Hugræn atferlismeðferð hvetur einstaklinga til að ná tókum á átmynstri sínu með því að þeir setji sér markmið og fylgist með sjálfum sér til að umbreyta neikvæðum skoðunum um sjálfa sig í því skyni að draga úr ofátsköstum (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Hugræn atferlismeðferð getur verið einstaklingsmeðferð, ein og sér eða í samblandi við aðrar meðferðir. Einnig er hópmeðferð algeng útgáfa af hugrænni atferlismeðferð sem notuð er við meðferð ofátsröskunar. Í rannsókn Wilfley, Welch og Stein (2002) var skoðaður árangur samskiptameðferðar annarsvegar og hugrænnar atferlismeðferðar með hópasniði hinsvegar, þar sem meðferðin var þrískipt. Á fyrsta stigi var farið yfir ýmsar hegðunar aðferðir á fyrstu sex fundunum, til dæmis nokkurskonar sjálfseftirlit. Það átti að hjálpa sjúklingnum að þekkja eigin takmörk og hvetja til eðlilegs átmynsturs. Á stigi tvö voru fundir sjö til 14, en þar lærðu sjúklingarnir hugræna færni til að vinna gegn neikvæðum hugsunum og skilgreindar eru sem áhættuþáttur ofáts. Hugræn endurskipulagning hjálpar sjúklingum að skora á hólmi sterkar staðalímyndir um yfirvigt og stuðlar að því að einstaklingarnir sættast á fjölbreyttar

líkamsstærðir. Á þriðja stigi voru fundir 15 til 20 og þar var farið yfir forvarnartækni til að koma í veg fyrir hrösun og til þess að stuðla að áframhaldandi breytingum til góðs. Sjúklingarnir voru þá hvattir til að setja sér raunhæf markmið og gera áætlanir um þyngdartap sem stuðla ekki að ofáti.

Rannsóknin leiddi í ljós að bæði samskiptameðferðir og hugræn atferlismeðferð sýndu góðan skammtíma árangur en ekki var hægt að segja til um langtíma árangur af meðferðunum við ofátsröskun. (Wilfley, Welch og Stein, 2002).

Samskiptameðferð

Samskiptameðferð (*e. Interpersonal psychotherapy*) við ofátsröskun gerir ráð fyrir að félagsleg vandamál skapi ákveðið umhverfi þar sem átköstin þróast og þeim svo viðhaldið. Átköstin geta aukið samskipta vandamál með því að auka félagslega einangrun og hindra einstaklinga við að fullnægja samskiptaþörfum sínum en það verður til þess að átköstin viðhaldast. Einstaklingar með ofátsröskun eru oft bældir, það er að segja að í staðinn fyrir að tjá neikvæð áhrif, borða þeir til að ráða við aðstæður. Samskiptameðferðir hjálpa einstaklingum til að viðurkenna og tjá þessi sársaukafullu áhrif svo þeir séu betur í stakk búnir til að stjórna neikvæðum tilfinningum án þess að snúa sér að mat. Einnig er þessari meðferð ætlað að draga úr átköstum með því að styðja við þróun heilbrigðrar mannlegrar færni sem og stuðlar að jákvæðri sjálfsmynd (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Samskiptameðferð er stutt, áherslumiðuð og hentar vel í hópasniði. Þessi meðferð snýr sérstaklega að því að vinna á vandamálum innan fjögurra félagslegra svæða: sorg sem ekki hefur verið unnið úr (*e. unresolved grief*), hlutverkabreytingum (*e. role transitions*), samskiptadeilum (*e. interpersonal role disputes*) og samskiptaerfiðleikum (*e. interpersonal deficits*). Fyrstu fundirnir fela í sér athugun á samskiptasögu sjúklingsins til að reyna að bera kennsl á á hvaða svæðum samskiptavandamál í tengslum við upphaf og viðhald röskunarinnar

á sér stað, og í framhaldi af því er sjúklingnum gefin nákvæm áætlun um hvernig hann geti unnið úr þessum vandamálum á þessu sérstaka svæði (Wilfley, Welch og Stein, 2002).

Samskiptameðferð hefur sýnt fram á góðan árangur í alvarlegum tilfellum hjá einstaklingum sem glíma við lágt sjálfsálit, en í slíkum tilfellum er meðferðin góð sem fyrsta meðferð (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Sjálfs hjálparmeðferð hugrænnar atferlismeðferðar

Sjálfs hjálparmeðferð hugrænnar atferlismeðferðar (*e. Guided self-help cognitive behavioral therapy*) við ofátsröskun er ódýr og krefst lágmarks umönnunar frá sérfræðingum. Slík meðferð er skyld hugrænni atferlismeðferð að því leyti til að aðferðirnar eru svipaðar. Sjálfs hjálparmeðferð snýst um að stuðla að reglulegu átmynstri og hæfilegu aðhaldi, aðallega í gegnum sjálfseftirlit. Hlutverk meðferðaraðilans í slíkum meðferðum er fyrst og fremst að hvetja einstaklinginn til þess að fylgja eftir markmiðum sínum og áætlunum. Sjálfs hjálparmeðferð hefur lítið verið rannsökuð í samanburði við aðrar meðferðir en þær rannsóknir sem gerðar hafa verið vísa ekki til annars en að þessi meðferð sé árangursrík meðferð við ofátsröskun, sérstaklega í samanburði við það að einstaklingar séu án meðferðar. Einnig hafa rannsóknir sýnt að sjálfs hjálparmeðferð virkar betur á vægari tilfelli röskunarinnar (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Meðferðir sem stuðla að þyngdartapi

Meðferðir við offitu fela fyrst og fremst í sér að einstaklingur verði að gera lífsstílsbreytingu og setji sér raunhæf markmið sem fela í sér að tileinka sér hollara mataræði og/eða hreyfingu (Embætti landlæknis, 2004). Rannsókn þeirra Skender, Goodrick, Del Junco, Reeves, Darnell, Gotto og Foreyt (1996) laut að þremur mismunandi meðferðum við offitu: í fyrsta lagi meðferð sem fól einungis í sér megrunarkúr, í öðru lagi einungis hreyfing og í þriðja lagi sem bæði var á megrunarfæði og stundaði hreyfingu. Sú rannsókn sýndi fram á að til að ná langtíma árangri

verði einstaklingar bæði að breyta mataræði sínu og hreyfa sig. Allar meðferðirnar stuðluðu að þyngdartapi en að meðferðum loknum voru miklar líkur á að þeir sem einungis voru á megrunaræði bættu aftur á sig, á meðan þeir sem einungis stunduðu hreyfingu áttu auðveldara með að viðhalda þyngdartapi.

Meðferðir sem stuðla að þyngdartapi (*e. Behavioral weight loss treatment*) eru meðal algengustu meðferða við offitu fullorðinna og hafa verið skoðaðar sem hugsanlegar meðferðar við ofátsröskun. Þessar meðferðir einblína á þyngdartap í gegnum hóflega minnkun inntöku hitaeyninga og aukinnar líkamlegrar virkni, frekar en að einblína beint á ofátið. Rannsóknir hafa sýnt að slíkar meðferðir eru ekki eins árangursríkar við ofátsröskun og meðferðir með sérfræðingum, það er að segja hugræn atferlismeðferð og samskiptameðferð (Iacovino, Gredysa, Altman og Wilfley, 2012).

Meðferð við matarfíkn

Matarfíkn er ekki skilgreind sem fíkn eða sjúkdómur þó tilraunir hafi verið gerðar til þess eins og rætt hefur verið um, og því eru ekki til eiginleg opinber meðferðarúrreiði fyrir þá einstaklinga sem telja sig eiga við matarfíkn að stríða. Þessir einstaklingar geta leitað sér hjálpar hjá samtökum sem hafa það að leiðarljósi að aðstoða í baráttunni við hömlulaust ofát. Á Íslandi eru samtök fyrir matarfíkla sem kallast Overeaters Anonymous (OA) en þau voru stofnuð í Bandaríkjunum árið 1960 og á Íslandi í febrúar 1982. OA samtökin snúast um að einstaklingar finni sér trúnaðaraðila (*e. sponsor*) hitti aðra í sömu sporum reglulega, miðli sinni reynslu, hlusti á reynslusögur annarra og þannig styðji hvern annan við að takast á við hömlulaust ofát. Samtökin notast við 12 spora kerfið, líkt og AA samtökin, til að ná bata. Ef skoðaðar eru reynslusögur einstaklinga sem leitað hafa sér hjálpar hjá OA sést að samtökin hafa hjálpað mörgum að takast á við vandamál sín (Overeaters Anonymous, 2016).

Einnig eru til samtök sem nefnast *GreySheeters Anonymous*, eða GSA, sem hjálpað hafa mörgum. GSA samanstendur af einstaklingum sem hafa leyst úr vandamálum sínum

varðandi mat og leiðbeina öðrum sem eiga við slíkan vanda að etja. Samtökin byggja á Gráu síðunni, sem inniheldur mataráætlun, og 12 spora kerfinu en það fyrsta sem einstaklingar þurfa að gera er að finna sér trúnaðaraðila (*e. sponsor*). Trúnaðaraðilinn þarf að hafa náð takmarki um að minnsta kosti 90 daga í samfelldu fráhaldi samkvæmt Gráu síðunni en hann útskýrir hvernig maturinn er vigtaður og mældur og afhendir mataráætlun við hæfi þegar einstaklingurinn er tilbúinn að byrja (GreySheeters Anonymous, e.d.).

MFM Miðstöðin er íslensk meðferða- og fræðslumiðstöð vegna matarfiknar og átraskana sem felur í sér einstaklingsmiðaða meðferð. Meðferðin felur í sér fræðslu um ofát og þyngdarvanda en einnig um orsakir og afleiðingar. Notast er við 12 spora kerfið sem kynnt er fyrir einstaklingum og hvernig hægt sé að nýta sér það til bata en einnig eru veittar leiðbeiningar um hvernig megi breyta mataræði sínu og viðhalda þeirri breytingu. Þjónusta miðstöðvarinnar skiptist í fjögur skref. Í fyrsta skrefinu er veitt viðtal þar sem farið er yfir sögu einstaklingsins og hans vandamál hvað varðar mat og skimunarferli sett í gang til að kanna hvort einstaklingurinn gæti uppfyllt skilyrði matarfiknar og/eða átraskana. Í næsta skrefi hefst meðferðin. Meðferðin snýst um að breyta mataræði, einstaklingar læra að elda hollari og betri mat og einstaklingsmiðaða meðferðin er kynnt en hún felur í sér „góðan stuðning“, stuðningshópa sem hittast reglulega sem og einstaklingsviðtöl þegar þarf. Þriðja skrefið er fyrst og fremst námskeið til að setja fráhald í forgang en einnig fyrir þá sem ná ekki að halda í fráhaldið, en fjórða skrefið snýst svo um að viðhalda batanum (MFM Miðstöðin, e.d.).

Samantekt

Offita er stórt vandamál um allan heim og sífellt fleiri þjást af völdum hennar. Offita er skilgreind út frá BMI stuðli en hann einn og sér nægir ekki til þess að skilgreina einstakling með offitu. Ástæðan fyrir því er að BMI stuðull segir ekki til um hversu mikla fitu einstaklingurinn hefur og því geta tveir ólíkir einstaklingar haft sama BMI stuðul en einungis annar þeirra þjáðst af offitu. Offita virðist aðallega vera sjúkdómur velmegunarríkja í hinum vestræna heimi. Í Bandaríkjunum á árunum 2009-2010 voru 35,7% íbúa 20 ára og eldri með annars stigs offitu og 6,3% með þriðja stigs offitu og eru þar konur í meirihluta en ætla má að þessi tala hafi hækkað. Í kringum 1960 var offita ekki þekkt vandamál og á tímabilinu 1962-2010 tvöfaldaðist tíðni offitu hjá Bandaríkjamönnum, 20 ára og eldri. Einnig er offita barna vaxandi vandamál, á Íslandi sem og í öðrum löndum, en offita í barnæsku getur leitt til sama vandamáls á fullorðinsárum. Meðferðir við offitu felast fyrst og fremst í að einstaklingur verði að gera lífsstílsbreytingu og setja sér raunhæf markmið sem felast í því að tileinka sér hollara mataræði og/eða hreyfingu. Algengt er að þeir sem þjást af offitu leiti sér hjálpar við matarfið og telji sig eiga við vandamál að stríða gagnvart mat en í einhverjum tilfellum gætu einstaklingar frekar verið að kljást við ofátröskun.

Ofátröskun og lotugræðgi eru skyldir sjúkdómar en helsti munurinn er sá að einstaklingur með ofátröskun losar sig ekki við fæðuna með lyfjum og/eða uppköstum. Ofátröskun einkennist af átköstum, þar sem óeðlilega mikið magn fæðu er innbyrgt á stuttum tíma. Þegar ofátskasti lýkur upplifir einstaklingurinn oft mikla sektarkennd og vanlíðan. Samkvæmt DSM-V er tíðni ofátröskunar frekar lág en konur eru tvöfalt líklegri til að greinast heldur en karlar. Algengar og gagnreyndar meðferðir við ofátröskun eru hugræn atferlismeðferð og samskiptameðferð, hvort sem er í hóp eða einstaklingsmiðað. Ekki er talið að lyfjameðferð skili árangri gegn ofátsköstum en geti hjálpað við þunglyndi og kvíða sem fylgt geta röskuninni. Vegna þess hversu mikil skömm, lélegt sjálfsálit og aðrar neikvæðar

tilfinningar fylgja röskuninni, ættu meðferðir við henni einnig að hjálpa til við þá sálrænu kvilla sem oft geta verið fylgifiskar sjúkdómsins.

Settar voru fram í tvær rannsóknarspurningar. Hver ef einhver er munurinn á matarfíkn og ofátsröskun og ætti matarfíkn að vera skilgreind í DSM og/eða ICD greiningarkerfunum?

Munurinn á matarfíkn og ofátsröskun er helst sá að ofátsröskun er skilgreint sjúkdómsástand en matarfíkn er það ekki. Ekki eru til sérstök meðferðarúrræði við matarfíkn þar sem ekki er um að ræða opinbera sjúkdómsgreiningu en félagssamtök reyna að hjálpa fólki með 12 spora kerfi og fráhaldi frá ýmsum fæðutegundum. Matarfíkn, að því er virðist, er hugtak sem finnst hvergi í greiningarkerfum sem notuð eru hér á landi né í hinum vestræna heimi. Ef skoðuð eru greiningarskilmerki fyrir efnatengdar- og ávanaraskanir sést margt sem á við um þá sem þjást af ofátsröskun, til dæmis að reyna að hætta neyslu sem og endurteknar tilraunir til að minnka spilafíkn.

Þegar skoðað er hvort matarfíkn eigi að vera hluti af DSM og/eða ICD greiningarkerfum teljum við að svo eigi ekki að vera. Matarfíkn er ekki sjúkdómsástand eins og komið hefur fram og á því ekki heima í greiningarkerfum. Matarfíkn og ofátsröskun eiga margt sameiginlegt og teljum við nóg að hafa annað hugtakanna inni í handbókunum. Vert væri að kanna hvort þeir einstaklingar sem telja sig haldna matarfíkn greinist með ofátsröskun þegar skoðað er út frá klínískum viðmiðum. Til að hægt sé að setja matarfíkn inn í DSM þarf að búa til greiningarskilmerki og mætti leiða líkur að því að þau yrðu mjög lík þeim sem fyrir eru í kafla um ofátsröskun og því teljum við óþarfa að setja matarfíkn þar sérstaklega inn. Hugsanlega mætti jafnvel taka ofátsröskun út úr kaflanum um fæðu- og átraskanir og setja matarfíkn inn í staðinn í kaflann um atferlisfíkn. Hvort af verður munu tíminn og frekari rannsóknir að leiða í ljós.

Heimildaskrá

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. England: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (e.d.). DSM History. Sótt af <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
- Ásdís Eva Lárusdóttir, Ragnar Bjarnason, Ólöf Elsa Björnsdóttir, Berglind Brynjólfsdóttir, Anna Sigríður Ólafsdóttir, Tryggvi Helgason. (2015). Mikilvægi mittismáls við eftirlit barna með offitu. Alvarleg frávik í blóðgildum hjá íslenskum börnum með offitu. *Læknablaðið*, 101(9). <http://dx.doi.org/10.17992/ibl.2015.09.40>
- Center for Disease Control and Prevention. (2015a). About Adult BMI. Sótt af https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
- Center for Disease Control and Prevention. (2015b). About Child & Teen BMI. Sótt af https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html
- Dingemans, A. E., Furth, E. F. V. og Spinhoven, P. (2013). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 1-129. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.09.007
- Embætti landlæknis. (2004). *Offita barna og unglunga. Forvarnir og meðferð*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2421/2159.pdf>
- Embætti landlæknis. (2014). *ICD-10, íslensk útgáfa*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icd-10/>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., og Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436
- GreySheeters Anonymous. (e.d.). Fyrir nýliða. Sótt af <http://gsa.is/>
- Hjartavernd. (2010). *Offita: Taktu hana alvarlega*. Sótt af <http://www.hjarta.is/Uploads/document/Baeklingar/Offita.pdf>
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., og Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 432-446. doi:10.1007/s11920-012-0277-8
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., og Barnekow, V.. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HBSC international report from the 2013/2014 survey*. Kaupmannahöfn: WHO Regional Office for Europe.

- Johnson, W. G., Grieve, F. G., Adams, C. D., og Sandy, J. (1999). Measuring Binge Eating in Adolescents: Adolescent and Parent Versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *The International journal of eating disorders*, 26(3), 301-3114.
- Kristján Guðmundsson. (2014). *DSM-5 flokkun geðraskana, heildstæð samantekt á nýútkominni útgáfu af bandaríska kerfinu: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) með samanburði á því evrópska: ICD-10 (International Classification of Disorders)*. Höfundur: Reykjavík.
- Mann, K., Fauth-Bühler, M., Higuchi, S., Potenza, M. N., & Saunders, J. B. (2016). Pathological gambling: a behavioral addiction. *World Psychiatry*, 15(3), 297-298. doi: 10.1002/wps.20373
- Mayo Clinic (2016). Binge-eating disorder. Sótt af <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/binge-eating-disorder/diagnosis-treatment/treatment/txc-20182948>
- Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Five years of the Yale Food Addiction Scale: Taking stock and moving forward. *Current Addiction Reports*, 1(3), 193-205. doi: 10.1007/s40429-014-0021-z
- MFM Miðstöðin. (e.d.). Þjónusta. Sótt af <http://www.matarfíkn.is/thjonusta/>
- Mond, J. M. (2013). Classification of bulimic-type eating disorder: from DSM-IV to DSM-5. *Journal of Eating Disorders*, 1(33). doi:10.1186/2050-2974-1-33
- Murray, E., Brouwer, S., McCutcheon, R., Harmer, C. J., Cowen, P. J., & McCabe, C. (2014). Opposing neural effects of naltrexone on food reward and aversion: implications for the treatment of obesity. *Psychopharmacology*, 231(22), 4323-4335. doi:10.1007/s00213-014-3573-7
- Overeaters Anonymous. (2016). Um OA. Sótt af <https://www.oa.is/um-oa>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). (2012). Overweight and Obesity Statistics. Sótt af <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/Pages/overweight-obesity-statistics.aspx>
- Pelchat, M. L. (2009). Food addiction in humans. *The Journal of nutrition*, 139(3), 620-622. doi: 10.3945/jn.108.097816
- Pope, H. G., Lalonde, J. K., Pindyck, L. J., Walsh, T., Bulik, C. M., Crow, S. J., ... Hudson, J. I. (2006). Binge Eating Disorder: A Stable Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2181-2183. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.10.147>
- Sérlyfjaskrá. (2014). *Naloxon B. Braun*. Sótt af <https://www.serlyfjaskra.is/FileRepos/8fb478cc-e6e7-e311-8e1b->

001e4f17a1f7/Naloxon%2520B.%2520Braun%2520-%2520Fylgise%C3%B0ill.doc.pdf

- Skender, M. L., Goodrick, G. K., Del Junco, D. J., Reeves, R. S., Darnell, L., Gotto, A. M., og Foreyt, J. P. (1996). Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: diet, exercise, and combination interventions. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(4), 342-346. doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00096-X
- Sonneville, K. R., Horton, N. J., og Micali, N. (2013). Longitudinal Associations Between Binge Eating and Overeating and Adverse Outcomes Among Adolescents and Young Adults. *JAMA Pediatrics*, 167(2), 149-155. doi:10.1001/2013.jamapediatrics.12
- Tryggvi Helgason. (2011). Offita barna. *Læknablaðið* 97(2). Sótt af <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2011/02/nr/4100>
- Velferðarráðuneytið. (2011). *Bætt heilbrigðisþjónusta og heilbrigði ungs fólks á aldrinum 14–23 ára*. Sótt af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16227/Velferd-barna_04102011.pdf
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., og Stein, R. I. (2002). A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Overweight Individuals With Binge-Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721. doi:10.1001/archpsyc.59.8.713
- World Health Organization. (2016). Obesity and overweight. Sótt af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization. (2017). Classifications. Sótt af <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organization. (2017). Emergencies. Sótt af <http://www.who.int/emergencies/humanitarian-emergencies/famine/en/>
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., og Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 150(10), 1472-9. Sótt af <http://search.proquest.com/docview/220488083?pq-origsite=gscholar>
- Ziauddeen, H., og Fletcher, P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept?. *Obesity reviews*, 14(1), 19-28. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x