



National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Quick guide

Psykoterapi til voksne

Anvend kognitiv adfærdsterapi (CBT-BN) som førstevalg i behandlingen af voksne med moderat og svær bulimi.

Stærk anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Elementer fra kognitiv adfærdsterapi, som er tilpasset bulimi (CBT-BN), indgår i andre behandlingsformer, som dermed også kan være effektive i behandlingen af bulimi. Forskellen i effekten mellem henholdsvis manualiseret CBT-behandling og ikke-manualiseret symptomfokuseret behandling kendes dog ikke.

Individuel psykoterapi samt psykoterapi i gruppe kan begge overvejes i behandlingen af voksne med moderat og svær bulimi, idet der ikke kan dokumenteres forskel på behandlingsformernes effekt.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Typen og graden af komorbiditet spiller en stor rolle i vurderingen af, om en patient vil kunne profitere optimalt af et gruppetilbud. Valget af behandlingsformat bør ske på grundlag af en individuel vurdering.

Psykoterapi til børn

Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling (FBT-BN) til børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018



Den familiebaserede spiseforstyrrelsesbehandling bør være tilpasset bulimi hos børn og unge (FBT-BN). Ved behandling af børn og unge er det altid vigtigt at inddrage forældrene og/eller en anden person med særlig tæt tilknytning til barnet eller den unge. Dette gælder også, hvis patienten modtager en individuel behandlingsform.

Overvej individuel kognitiv adfærdsterapi (CBT-BN) til børn og unge med moderat og svær bulimi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Forældre og/eller en anden person med særlig tæt tilknytning til barnet eller den unge bør altid være del af behandlingen i større eller mindre grad, også når patienten modtager individuel behandling. CBT-manualen til voksne med bulimi kan ikke direkte bruges til en yngre population. Der er behov for et CBT-forløb, som er tilpasset børn og unge med bulimi.

Motivationsfremmende intervention

Tilbyd kun efter nøje overvejelse en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af voksne med moderat og svær bulimi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Motivationsarbejde udgør en del af vanlig behandling. Hvis patienten udviser meget lav motivation for behandling, kan en separat motivationsintervention overvejes.

Farmakologisk behandling

Anvend kun efter nøje overvejelse selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) ved behandlingsstart til behandling af de bulimiske adfærdssymptomer hos voksne.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Hvis psykoterapi ikke har effekt, kan SSRI overvejes som et supplement til behandling med psykoterapi. Fluoxetin er



det eneste SSRI-præparat godkendt til indikationen bulimi som supplement til psykoterapi til reduktion af spiseanfald og tvangsopkastninger.

Patienter, som sættes i behandling med et SSRI-præparat, bør monitoreres tæt, da denne type behandling kan øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsrelateret adfærd.

Ved anvendelse af SSRI til behandling af komorbid angst eller depression følges gældende retningslinjer. Start af behandling med antidepressive lægemidler hos unge voksne under 25 år med depression er således en opgave for speciallæger i psykiatri.

Ernæringsintervention

Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en ernæringsintervention, som kan være individualiseret eller standardiseret.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

En ernæringsintervention sigter mod at stabilisere den somatiske tilstand, normalisere patientens spisemønster samt mindske frygten for at spise.

Ernæringsinterventionen kan foregå i gruppe og/eller individuelt. Den enkelte patients symptombillede og præferencer bør indgå i overvejsen, om en individuel eller standardiseret ernæringsintervention bør tilbydes. Det er ligeledes individuelt, hvilke delelementer af en ernæringsintervention, som patienten har behov for. En individualiseret ernæringsintervention bør altid overvejes til patienter, som er somatisk påvirkede, og kan overvejes til de patienter, som i særlig høj grad udviser usikkerhed og utryghed omkring mad og spising.

Systematisk monitorering af behandlingseffekt

Det er god praksis at evaluere behandlingseffekten ved systematisk at monitorere bulimipatienternes spiseforstyrrelsessymptomer på fastlagte tidspunkter undervejs i behandlingsforløbet.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Systematisk monitorering af behandlingseffekten indebærer dybdegående 'punktnedslag' i forløbet, hvor, som minimum, de diagnostiske kriterier afdækkes på systematisk vis.

Senest tolv uger efter behandlingsstart bør behandlingseffekten evalueres systematisk.

Ved længerevarende behandlingsforløb bør behandlingseffekten efterfølgende undersøges systematisk hver 3.-6. måned.

Eksempler på instrumenter, som kan benyttes i den systematiske monitorering af spiseforstyrrelsessymptomer, er interviewet Eating Disorder Examination (EDE), hvor de diagnostiske spørgsmål kan bruges som et minimum.



Derudover findes spørgeskemaerne Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) og Eating Disorder Inventory (EDI).

Ovennævnte instrumenter er alle oversat og validerede på dansk. EDI undersøger dog ikke omfanget af de bulimiske adfærdssymptomer, hvilket bør indgå i den systematiske monitorering.

Dagbehandling eller intensiveret ambulant behandling

Det er god praksis at genoverveje behandlingsform og –intensitet ved utilstrækkelig behandlingseffekt hos patienter med moderat og svær bulimi.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Komorbiditet er ofte forekommende hos patienter med bulimi og kan spille en afgørende rolle for, om patienten profiterer af behandling. Komorbiditet bør derfor revurderes ved manglende effekt af behandlingen. Yderligere fastholdende faktorer samt patientens motivation for behandling bør ligeledes genovervejes. Dagbehandling bør tilbydes i de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten kan have gavn af et sådant forløb. Dette kan fx være patienter, som i høj grad har behov for måltidsstøtte flere gange dagligt. Typen og graden af komorbiditet kan betyde, at en intensivering af ambulant behandling kan være mere hensigtsmæssig end dagbehandling. Sociale indsatser og/eller behandling i hjemmet kan være del af den intensiverede behandling og kan hjælpe patienten med andre problemstillinger i hverdagen end ambulant behandling alene. I forbindelse med intensivering af behandling kan skift af psykoterapiform samt tillæg af andre behandlingsmodaliteter overvejes.

Tilbagefaldsforebyggelse

Det er god praksis, at patienter tilbydes at fortsætte i et stabiliserende behandlingsforløb efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt mhp. tilbagefaldsforebyggelse

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

De psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer vil ofte vedblive i op til et år efter, at adfærdssymptomerne ikke længere er til stede. Behandling med fokus på tilbagefaldsforebyggelse kan overvejes, når de bulimiske adfærdssymptomer er ophørt. Opfølgende samtaler antages i nogle tilfælde at have bedre effekt, når patienterne har haft en korterevarende behandlingsfri periode. Varighed og intensitet vurderes individuelt, og i vurderingen kan bl.a. inddrages sygdommens sværhedsgrad, komorbiditet og patientens sociale forhold.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Retningslinjen omhandler behandling af børn, unge og voksne med moderat og svær bulimi. Nogle af retningslinjens anbefalinger gælder imidlertid kun for voksne, mens andre kun gælder børn og unge. Det er specificeret i anbefalingerne, når denne ikke er gældende for alle aldersgrupper.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er anbefalinger vedr. psykoterapeutisk behandling, individuel behandling versus behandling i grupper, familiebaseret behandling, motivationsfremmende intervention, medicinsk behandling, ernæringsintervention, systematisk monitorering, dagbehandling eller intensiveret ambulant behandling og tilbagefaldsforebyggelse.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk