

Lotuofátskvarðinn

Athugun á réttmæti og klínísku gildi kvarðans

Jóhanna Vigfúsdóttir
Háskóli Íslands

Helma Rut Einarsdóttir
Reykjalundur Endurhæfingarmiðstöð SÍBS

Ingunn Hansdóttir
Háskóli Íslands

Tilgangur rannsóknarinnar var að meta próffræðilega eiginleika Lotuofátskvarðans (e. Binge Eating Scale) og tengsl hans við aðrar klínískar breytur (depurðareinkenni og lotugræðgi). Lotuofátskvarðinn er 16 atriða sjálfsmatslisti ætlað að meta vanda tengdan átköstum og hefur verið notaður til að skima fyrir lotuofátsröskun hjá fólki sem glímir við offitu. Kvarðinn var lagður fyrir fimm hópa: þrjá hópa einstaklinga í offitumeðferð ($n=53$), einstaklinga með lotugræðgi ($n=12$) og samanburðarhóp ($n=26$). Niðurstöður sýndu að hlutfall lotuofátsröskunar meðal skjólstæðinga í offitumeðferð var 24,5%. Kvarðinn reyndist hafa góðan innri áreiðanleika og styðja niðurstöður réttmæti túlkunar á niðurstöðum kvarðans. Skimunareiginleikar Lotuofátskvarðans voru góðir (næmi 77% og sérhæfni 98%) og gefa vendigildi 24–25 besta samspil næmis og sérhæfni. Niðurstöður sýna að próffræðilegir eiginleikar Lotuofátskvarðans eru viðunandi. Getur kvarðinn því nýst í klínísku starfi hérlendis en mikilvægt er að hafa mælitæki með raunprófaða eiginleika til að meta einkenni lotuofátsröskunar hjá þeim sem eru í offitumeðferð svo að bæta megi meðferðarárangur.

Efnisorð: Lotuofátsröskun, offita, mælitæki, lotugræðgi, depurð.

Lotuofátsröskun (e. *binge eating disorder*) var fyrst skilgreind sem sérstakur flokkur átröskunar árið 2013 í fimmtu útgáfu geðgreiningarkerfis bandaríska geðlæknafélagsins (e. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) (American Psychiatric Association, 2013). Endurtekin átköst og almenn einkenni röskunarinnar hafa þó verið til rannsóknar í yfir 50 ár (Stunkard, 1959).

Helstu einkenni lotuofátsröskunar eru þau að fólk missir stjórn á áti og borðar meira magn af fæðu yfir tiltekinn tíma (2 klst.) en venjan er (sjá klínísk greiningarskilmerki lotuofátsröskunar í 1. töflu). Loturnar eða átköstin koma oft í kjölfar tilfinningalegs uppnáms og eru átköstin oft leið til að forðast erfiðar tilfinningar og hugsanir (Arnow, Kenardy og Agras, 1995; Goldfield, Adamo, Rutherford og Legg, 2008; Heatherton og Baumeister, 1991). Átköstin valda mikilli vanlíðan og fólk upplifir skömm eða sektarkennd í kjölfar þeirra. Ólíkt því sem

á sér stað í lotugræðgi (e. *bulimia nervosa*) er ekki um að ræða hegðun sem miðar að því að koma í veg fyrir þyngdaraukningu (American Psychiatric Association, 2013).

Rannsóknir sýna að lotuofátsröskun eykur líkur á vissum efnaskiptasjúkdómum eins og sykursýki 2, háþrýstingi og blóðfituhækkun umfram það sem hægt er að rekja til offitu einnar og sér (Hudson, Lalonde, Coit, Tsuang, McElroy, Crow og Rosenthal, 2010). Aðrar líkamlegar samkvillaraskanir við lotuofáts-

Jóhanna Vigfúsdóttir lauk Cand.Psych prófi frá Háskóla Íslands vorið 2015 og er þessi grein unnin úr lokaverkefni hennar. Hún starfar nú í DAM- teymi, Almennrar göngu- deildar geðdeildar í Mæri og Raumsdal í Noregi. Helma Rut Einarsdóttir er yfirsálfræðingur offitusviðs Reykjalundar endurhæfingamiðstöð SÍBS. Ingunn Hansdóttir er yfirsálfræðingur SÁÁ og dósent við sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum varðandi greinina skal beint til Helmu Rutar Einarsdóttur, yfirsálfræðings offitusviðs Reykjalundar, Reykjalundi, 270 Mosfellsbæ. Netfang: helmarut@reykjalundur.is.

Tafla 1. Greiningarviðmið fyrir lotuofátsröskun samkvæmt DSM-V-geðgreiningarkerfinu (American Psychiatric Association, 2013).

Greiningarviðmið fyrir lotuofátsröskun

- Endurtekin átköst. Átkast einkennist af eftirfarandi tveimur þáttum:
 - Borðar innan ákveðins tímaramma (t.d. innan tveggja klukkutíma) magn af mat sem er ótvírætt meira en flestir myndu borða á svipuðum tíma og undir svipuðum kringumstæðum.
 - Upplifa stjórnleysi á matarvenjum á meðan á átkasti stendur (t.d. finnast að viðkomandi geti ekki hætt að borða eða stjórnað því hvað eða hversu mikið er borðað).
- Að átkasti fylgi þrjú atriði (eða fleiri) af eftirfarandi einkennum
 - Borða mun hraðar en venjulega.
 - Borða þangað til viðkomandi er óþægilega saddur/södd.
 - Borða mikið magn af mat þrátt fyrir að finna ekki til líkamlegs hungurs.
 - Borða ein/n vegna skammtilfinningar yfir því hversu mikið viðkomandi borðar.
 - Fá ógeð á sjálfum/sjálfri sér, finna fyrir þunglyndi eða fá samviskubit og skammtilfinningu eftir átkast.
- Að vanliðan sé merkjanleg vegna endurtekinna átkasta er til staðar.
- Að endurtekin átköst eigi sér stað, að meðaltali alla vega einu sinni í viku á 3 mánaða tímabili.
- Að lotuofátsröskuninni fylgi ekki reglulegar óviðeigandi mótvægisáðgerðir (t.d. framkölluð uppköst, fasta, ýkt líkamsrækt). Og að lotuofátsröskunin eigi sér ekki bara stað innan greiningar AN eða BN.

Taka fram ef:

Að hluta í rénun: Hefur áður náð greiningarviðmiðum fyrir lotuofátsröskun, endurtekin átköst hafa átt sér stað sjaldnar en einu sinni í viku í viðhaldið í ákveðin tíma.

Að fullu í rénun: Hefur áður náð greiningarviðmiðum fyrir lotuofátsröskun, hefur ekki náð greiningarviðmiðum fyrir röskunina í viðhaldið í ákveðin tíma.

Taka fram núverandi alvarleika:

Lágmarksalvarleikastig er metið út frá tíðni átkasta (sjá fyrir neðan). Alvarleikinn getur einnig ráðist af birtingu annarra einkenna og í því hversu mikið einkenni röskunarinnar hafi heftandi áhrif á viðkomandi.

Væg: 1–3 átköst á viku

Miðlungs: 4–7 átköst á viku

Alvarleg: 8–13 átköst á viku

MJÖG ALVARLEG: 14 EÐA FLEIRI ÁTKÖST Á VIKU

röskun eru langvarandi verkir, svefnraskanir, vefjagigt og iðrabólga (Olguin o.fl., 2017). Ljóst er að lotuofátsröskun tengist skertum lífsgæðum og er stór hluti þeirra sem greinast með röskunina með annan geðrænan kvilla: lyndisröskun (55%), kvíðaröskun (43%), ADHD (41,3%) og fíkniraskanir (24,8%) (Cossrow o.fl., 2016; Grilo, White og Masheb, 2009; Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl og von Hausswolff-Juhlin, 2015).

Um þriðjungur þeirra sem leita sér meðferðar vegna offitu (með líkamspýngdarstuðul ≥ 30 kg/m²) nær greiningarskilmerkjum lotuofátsröskunar (Barnes, White, Martino og Grilo, 2014). Tíðni lotuofátsröskunar meðal þeirra sem eru offeitir er 5–8% (American Psychiatric Association, 2013; Montano, Rasgon og Herman, 2016) og

26–47% meðal þeirra sem undirgangast maga-hjáveituaðgerð (e. *bariatric surgery*) (Mazzeo, Saunders og Mitchell, 2006). Tíðni lotuofátsröskunar í almennu þýði er talið vera 1,4% á heimsvísu (Kessler o.fl., 2013) og allt að 2,3% í Bandaríkjunum (Cossrow o.fl., 2016). Til samanburðar er tíðni lysterstols (e. *anorexia nervosa*) 0,6% á heimsvísu og í Bandaríkjunum og tíðni lotugræðgi 1,0% á heimsvísu og í Bandaríkjunum (Hudson, Hiripi, Pope og Kessler, 2007). Lotuofátsröskun er algengari meðal kvenna en karla en kynjahlutfallið er þó mun jafnara meðal þeirra sem þjást af lotuofátsröskun (3 kvk. á móti 1 kk.) en meðal þeirra sem eru með lysterstol og lotugræðgi (9 kvk. á móti 1 kk.) (Hudson o.fl., 2007).

Lotuofátsröskun er vangreind og van-

meðhöndluð átröskun, bæði í almennu þýði (Guerdjikova, Mori, Casuto og McElroy, 2017) og meðal skjólstaðinga í offitumeðferð (Cossrow o.fl., 2016). Einkenni lotuofátsröskunar geta haft veruleg neikvæð áhrif á lífsgæði og líðan þeirra sem eru með röskunina. Það er því mikilvægt að meðferðaraðilar hafi þekkingu á einkennum röskunarinnar og kynni sér möguleg sérhæfð meðferðarúrræði við átröskuninni (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby og Engel, 2009; Zeeck, Stelzer, Linster, Joos og Hartmann, 2011). Langstærsti hluti þeirra, en þó ekki allir, sem eru með lotuofátsröskun eru með líkamsþyngdarstuðul yfir 30 kg/m² og flokkast því með offitu (Mazzeo o.fl., 2006). Meðferð við lotuofátsröskun krefst sérhæfðari meðferðar en almenn offitumeðferð býður upp á enda um átröskun að ræða sem er geðröskun. Því er mikilvægt fyrir meðferðaraðila að hafa aðgengi að mælitæki sem auðvelt er að nota til að skima fyrir þeim sem teljast líklegir til að hafa röskunina. Slíkt mælitæki hefur ekki verið til hingað til á íslensku. Vegna þess hve há tíðni röskunarinnar er meðal þeirra sem eru í meðferð við offitu, vegna áhrifa röskunarinnar á aukningu áhættuþátta, sem geta verið skaðleg heilsu þeirra, og þar sem kvarðinn var upphaflega þróaður til að meta vanda tengdan átköstum hjá fólki sem glímur við offitu verður í þessari rannsókn lögð áhersla á að auka klínískt notagildi kvarðans meðal skjólstaðinga í offitumeðferð.

Lotuofátskvarðinn (e. *Binge Eating Scale*, BES) er 16 spurninga sjálfsmatslisti ætlað að meta vanda tengdan átköstum hjá fólki sem glímur við offitu. Markmið með listanum, sem var saminn af Gormally, Daston, Black og Rardin (1982), var að búa til ytri viðmið í formi staðhæfinga til að finna hlutlægt mat á vanda tengdum endurteknum átköstum hjá fólki í offitu (Gormally, Daston, Black og Rardin, 1982). Mælitækið hefur verið notað um árabíl sem skimunartæki fyrir einkennum lotuofátsröskunar en hefur einnig verið notað til að meta alvarleika vanda sem tengist endurteknum átköstum svo og til að meta meðferðarárangur (Freitas, Lopes, Appolinario og Coutinho, 2006; Greeno, Marcus og Wing, 1995; Katterman, Kleinman, Hood, Nackers og Corsica, 2014; Telch, Agras og Linehan, 2001). Rannsóknir á próffræðilegum

eiginleikum Lotuofátskvarðans hafa aðallega verið gerðar meðal offeitra og hafa sýnt að mælitækið er bæði næmt og sértækt og greinir á milli þeirra sem eru með lotuofátsröskun og þeirra sem ekki eru með röskunina, borið saman við niðurstöður úr viðurkenndum hálf-stöðluðum greiningarviðtölum (; Freitas o.fl., 2006; Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013).

Við þróun mælitækisins byrjuðu höfundar á því að skilgreina einkenni lotuofáts. Það var gert út frá skilgreiningum geðgreiningarkerfisins DSM-III svo og út frá athugunum höfunda sem höfðu í fjöldamörg ár unnið að offitumeðferð. Höfundar sömdu staðhæfingar sem spegluðu spönn alvarleika einkennanna. Þetta urðu 16 flokkar staðhæfinga sem skiptust í: Átta flokka sem lýstu hugsunum/líðan (t.d. samviskubít yfir áti, hugsunum um að draga úr áti) og átta flokka sem sneru að hegðun (t.d. að borða hratt, að borða í leyni). Að lokum voru búin til ytri viðmið, sem fólust í hlutlægu mati á alvarleika lotuofáts, metin með viðtölum þar sem notaðir voru þrír þættir sem ætlað var að meta alvarleika ofátsins: fjöldi átkasta, magn af mat og tilfinningar í kringum átkast (Gormally o.fl., 1982). Skilgreining Gormally og félaga á vanda tengdum átköstum er í samræmi við greiningarviðmið lotuofátsröskunar eins og þeim er lýst í geðgreiningarkerfinu DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Frumútgáfa Lotuofátskvarðans hefur sýnt góðan innri áreiðanleika með Cronbach's alfa 0,85 og yfir (Gormally o.fl., 1982; Grupski o.fl., 2013), góðan endurprófunareiginleika ($r=0,87$ $p<0,001$) (Timmerman, 1999) og gott réttmæti (Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013). Frumútgáfa kvarðans sýnir ásættanlega skimunareiginleika með gott næmi (e. *sensitivity*) (85%–94%) sem og sérhæfni (e. *specificity*) (92%–99%). Neikvæð forspá (hlutfall þeirra sem listinn metur án einkenna og eru ekki með lotuofátsröskun) er í flestum tilfellum mjög góð (93%–99%) en jákvæð forspá er slakari (48%–76%) (Freitas o.fl., 2006; Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013; Ricca o.fl., 2000). Hugsanlega væri hægt að bæta skimunareiginleika Lotuofátskvarðans með því að finna hentugra vendigildi (e. *cut-off score*) en notað hefur verið í fyrri rannsóknum.

Nýlegar rannsóknir á skimunareiginleikum kvarðans meðal kvenna í háskólanámi benda til þess að Lotuofátskvarðinn geti nýst til að skima fyrir lotuofátsröskun, ekki einungis meðal skjólstæðinga í offitumeðferð heldur einnig í almennu þýði (Duarte, Pinto-Gouveia og Ferreira, 2015). Kvarðinn hefur verið þýddur yfir á fjölda tungumála og verið notaður víða um heim við skimun á einkennum lotuofátsröskunar, til dæmis á Spáni, í Mexíkó, á Ítalíu, í Portúgal og Íran (Di Bernardo o.fl., 1998; Freitas o.fl., 2006; Mootabi, Moloodi, Dezhkam og Omidvar, 2009; Partida, Garcia, Cardenas og Agraz, 2006). Þýðingar Lotuofátskvarðans hafa einnig sýnt góða forspá, gott næmi og góða sérhæfni við skimun fyrir einkennum lotuofátsröskunar hjá fólki í offitu (Di Bernardo o.fl., 1998; Freitas o.fl., 2006; Mootabi o.fl., 2009; Partida o.fl., 2006).

Lotuofátskvarðinn hefur nánast eingöngu verið notaður sem einþátta mæling á vanda tengdum átköstum (Freitas o.fl., 2006; Gormally o.fl., 1982; Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013; Ricca o.fl., 2000). Höfundar kvarðans gáfu þó í skyn að kvarðanum væri ætlað að mæla tvo þætti: Annars vegar hugsun og líðan, sem tengjast átköstum, og hins vegar hegðun í tengslum við átköst. Ekki kom þó fram í upphafs rannsókninni hvaða atriði tilheyrðu hvorum þætti (Gormally o.fl., 1982). Lítið finnst af rannsóknum á þáttabyggingu kvarðans. Nýleg rannsókn á þáttabyggingu hinnar portúgölsku útgáfu kvarðans bendir til að sú útgáfa mæli aðeins einn þátt (Duarte o.fl., 2015). Önnur rannsókn (Hood, Grupski, Hall, Ivan og Corsica, 2013) gefur til kynna að Lotuofátskvarðinn mæli tvo þætti. Frekari rannsóknar er þörf til að meta réttmæti þáttabyggingar kvarðans (Hood o.fl., 2013).

Mikilvægt er að hafa í huga að próffræðilegir eiginleikar mælitækis fylgja ekki mælitækinu yfir í ný heimkynni (Gudmundsson, 2009). Réttmæti er mat á því að hve miklu leyti raunvísindaleg og fræðileg gögn styðja túlkanir og notkun á niðurstöðum mælitækis (Messick, 1995) – í þessu tilfelli hversu vel niðurstöður Lotuofátskvarðans meta vanda tengdan átköstum og geta nýst til að skima fyrir lotuofátsröskun. Til að mælingar tækisins séu nothæfar og túlkanir þess áreiðanlegar og réttmætar er nauðsynlegt

að þær séu studdar með rökum og gögnum frá sínum nýju heimkynnum (Gudmundsson, 2009).

Nýleg rannsókn á próffræðilegum eiginleikum hinnar íslensku útgáfu Lotuofátskvarðans, sem gerð var á skjólstæðingum í offitumeðferð á Reykjalundi og á nemum í Háskóla Íslands, sýnir að innri áreiðanleiki Lotuofátskvarðans var mjög góður; einnig var hugsníðar-, samleitni- og aðgreiniréttmæti kvarðans gott (Jóhanna Vigfúsdóttir, 2013). Niðurstöður rannsóknarinnar studdu einnig við erlend viðmið fyrir alvarleikaflokka Lotuofátskvarðans (Jóhanna Vigfúsdóttir, 2013). Þess ber að geta að Lotuofátskvarðinn var saminn áður en lotuofátsröskun var komin með nákvæm greiningarviðmið í DSM-geðgreiningarkerfinu. Kvarðinn er ekki ætlaður til greiningar heldur eingöngu til skimunar á lotuofátsröskun.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að renna frekari stoðum undir réttmæti notkunar á íslenskri útgáfu Lotuofátskvarðans, meta tíðni lotuofátsröskunar meðal skjólstæðinga í offitumeðferð og auka klínískt notagildi listans til skimunar á lotuofátsröskun með því að finna vendigildi í íslensku úrtaki skjólstæðinga í offitumeðferð. Enn fremur var tilgangur rannsóknarinnar að auka skilning á tengslum lotuofátsröskunar við aðrar klínískar breytur, það er depurðareinkenni og lotugræðgi. Hugtakaréttmæti túlkunar og notkunar á niðurstöðum Lotuofátskvarðans til að skima fyrir lotuofátsröskun verður metið á eftirfarandi hátt: 1) Skimunareiginleiki Lotuofátskvarðans verður metinn með því að finna vendigildi með hámarksnæmi og sérhæfni til að finna þá sem réttilega greinast með lotuofátsröskun samkvæmt greiningarviðtali. 2) Gögn listans verða þáttagreind með leitandi þáttagreiningu og þáttabygging kvarðans borin saman við greiningarviðmið lotuofátsröskunar. 3) Samleitni- og aðgreiniréttmæti niðurstaðnanna verða metin með því að athuga fylgni við tengda hugsnið (lotugræðgi) og við tengda en ólíka hugsnið (þunglyndi). 4) Mismunagildi niðurstaðna kvarðans verður skoðað með því að bera þá sem greinast með átröskun (lotuofátsröskun og lotugræðgi) saman við samanburðahópa úr almennu þýði og úr þýði skjólstæðinga í offitumeðferð.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur í rannsókninni voru samtals 91, allir 18 ára og eldri (meðalaldur: 35,9 ár, spönn: 19–72 ára). Úrtakið samanstóð af fimm hópum, þar af þrem hópum skjólstæðinga í offitumeðferð á Reykjalundi (n=53): 1) Ekki með lotuofátsröskun (n=13). 2) Með lotuofátsröskun (n= 26). 3) Lotuofátsröskun í rénun (n=14). Öllum sem komu til offitumeðferðar á rannsóknartímabilinu (janúar 2015 – apríl 2015) var boðin þátttaka í rannsókninni (8 manns neituðu þátttöku, 13%). Hópur skjólstæðinga í offitumeðferð var valinn með tilliti til fyrri rannsókna og notagildis Lotuofátskvarðans, þar sem kvarðinn er saminn til að meta alvarleika vanda sem tengist átköstum hjá fólki sem glímir við offitu. 4) Skjólstæðingum í meðferð hjá átröskunarteymi Landspítala Háskólasjúkrahúss (n=12). Öllum með staðfesta lotugræðgisgreiningu, sem byrjuðu meðferð á rannsóknartímabilinu, var boðin þátttaka (enginn neitaði þátttöku). Hópurinn var valinn til að meta samleitni- og aðgreiniréttmæti Lotuofátskvarðans. 5) Samanburðarhópur leikskólastarfsmanna tveggja leikskóla í Reykjanesbæ var myndaður (n=26). Öllum starfsmönnum leikskólanna, sem voru við störf meðan á rannsókn stóð, var boðin þátttaka (ekki eru til tölur yfir hversu margir neituðu þátttöku). Leikskólastarfsmenn voru valdir til samanburðar þar sem þeim svipaði til offituhópsins með tilliti til aldurs og kyns.

Eins og sést í 2. töflu tóku mun fleiri konur þátt í rannsókninni en karlar. Nærri tveir þriðju af skjólstæðingum offitumeðferðar voru konur og konur voru yfir 90% þátttakenda bæði í lotugræðgis- og samanburðarhópi. Ekki var marktækur kynjamunur á milli rannsóknarhópa ($p=16$) en marktækur munur reyndist vera á aldri rannsóknarhópanna þar sem meðalaldur þátttakenda í offitumeðferð var marktækt hærri ($p<0,001$) en meðalaldur þátttakenda í lotugræðgis- og samanburðarhópi.

Mælitæki

Lotuofátsröskun: Lotuofátsröskun var metin með tvennum hætti. Allir hópar svöruðu Lotuofátskvarðanum (sjá viðauka 1). Kvarðinn var íslenskaður af höfundum með leyfi frá einum af

Tafla 2. Kynjahlutfall og aldur þátttakenda skipt eftir hópum.

	Konur			Karlar			Heild		
	% (n)	Aldur M (sf)	Spönn lægsti-hæsti	% (n)	Aldur M (sf)	Spönn lægsti-hæsti	% (n)	Aldur M (sf)	Spönn lægsti-hæsti
<i>Í offitumeðferð</i>									
<i>Með lotuofát</i>	72 (38)	44,3 (10,5)	24-70	28 (15)	51,3 (13,7)	23-72	53	46,4 (11,9)	23-72
<i>Ekki lotuofát</i>	69 (9)	43,8 (9,4)	26-56	31 (4)	55 (17,56)	37-72	13	47,2 (12,8)	26-72
<i>Lotuofát í rénun</i>	65 (17)	43,7 (11,6)	24-70	35 (9)	52,6 (9,2)	39-66	26	46,7 (11,5)	24-70
<i>Lotugræði</i>	85 (12)	42,1 (10,7)	29-59	15 (2)	34 (15,6)	23-45	14	40,9 (11,2)	23-59
<i>Leikskólastarfsmenn</i>	92 (11)	28,5 (7,1)	19-46	8 (1)	31 (0,0)	31-31	12	28,6 (6,9)	19-46
	92 (23)	34 (10,3)	20-61	8 (3)	23,6 (4,72)	20-29	26	32,8 (10,3)	20-61

höfundum listans, Jim Gormally, og hefur verið bakþýddur og forprófaður (Jóhanna Vigfúsdóttir, 2013). Lotuofátskvarðinn samanstendur af 16 flokkum staðhæfinga þar sem þátttakendur velja eina af fjórum staðhæfingum í hverjum flokki fyrir sig sem best lýsir hegðun þeirra, hugsunum eða tilfinningum sem tengjast matarvenjum þeirra (spurningar 6 og 16 eru undantekningar með þrjár staðhæfingar hvor). Staðhæfingarnar gefa til kynna alvarleika einkenna. Spönn kvarðans er 0–46 stig og gefur herra skor til kynna alvarlegri vanda tengdan endurteknum átköstum (Gormally o.fl., 1982). Í heimalandi kvarðans hefur tíðkast að greina á milli þeirra sem teljast vera með engin (≤ 17), miðlungs mikil (18–26) eða alvarleg (≥ 27) vandamál tengd endurteknum átköstum (Gormally o.fl., 1982; Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013; Ricca o.fl., 2000). Þegar kvarðinn hefur verið notaður við skimun á þeim sem teljast líklegir til að ná greiningarviðmiðum fyrir lotuofátsröskun hefur yfirleitt verið notast við vengildið 17 stig (Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013; Ricca o.fl., 2000).

Þátttakendur í offituhópi voru að auki metnir með klínísku greiningarviðtali (sjá viðauka 2). Viðtalið var hannað af höfundum og er byggt á greiningarviðmiðum geðgreiningarkerfisins DSM-V fyrir lotuofátsröskun en hefur ekki verið staðlað. Viðtalinu er ætlað að gefa upplýsingar um bæði núverandi og fyrri einkenni tengd röskuninni. Viðtalið tekur um 20 mínútur í fyrirlögn. Höfundar héldu samráðsfundi til að fara yfir greiningar úr klínískum viðtölum til að tryggja samræmi í mati og til að auka áreiðanleika viðtalsins.

Þunglyndi. BDI-II (Beck Depression Inventory II) er 21 atriða sjálfsmatskvarði sem metur alvarleika þunglyndiseinkenna. Hvert atriði er skorað á skalanum 0–3, spönn kvarðans er 0–63 þar sem herra skor gefur til kynna alvarlegri einkenni þunglyndis (Beck, Steer og Brown, 1996). Kvarðinn var þýddur á íslensku af Jóni Friðriki Sigurðssyni, Ásrúnu Matthíasdóttur, Önnu Kristínu Newton og Gísli Guðjónssyni. Prófræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu BDI-II-kvarðans teljast góðir; innri áreiðanleiki er góður ($\alpha=0,91-0,93$), endurtektaráreiðanleiki listans er góður og BDI-II hefur sýnt gott samleitni- og aðgreiniréttmæti. Íslenska útgáfa

BDI-II hefur góða skimunareiginleika og gefur vengildið 21 besta samspil næmis og sérhæfni (Jakob Smári, Daniel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson, 2008).

Lotugræðgi. BULIT-R (Bulimia Text-Revised) er sjálfsmatskvarði sem metur öll helstu einkenni lotugræðgi, þ.e. átköst, mótvægisáðgerðir, áhyggjur af líkamsþyngd og áhyggjur af líkamslögun (Thelen, Farmer, Wonderlich og Smith, 1991). Sigurlaug María Jónsdóttir, Guðlaug Þorsteinsdóttir og Jakob Smári (2005) þýddu kvarðann á íslensku. Svarað er á fimm punkta kvarða hversu vel hver staðhæfing á við. Herra skor gefur til kynna alvarlegri einkenni lotugræðgi. BULIT-R-kvarðinn telst hentugt mælitæki til að skima fyrir einkennum lotugræðgi hjá konum og greina á milli kvenna með og án átröskunar (Thelen o.fl., 1991). Prófræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu kvarðans eru góðir. Innri áreiðanleiki telst góður ($\alpha=0,92-0,96$) og kvarðinn greinir vel á milli þeirra kvenna sem eru með og án lotugræðgi, næmi er 0,69–0,78 og sérhæfni 0,65–0,74. Hugsmíðaréttmæti tækisins er gott (Sigurlaug María Jónsdóttir, Guðlaug Þorsteinsdóttir og Jakob Smári, 2005).

Framkvæmd

Sótt var um leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar til Vísindasiðanefndar (tilvísunarnúmer VSN-14-175) og hún tilkynnt til Persónuverndar. Þátttakendur undirrituðu yfirlýsingu um upplýst samþykki en nafnleyndar var gætt og persónuupplýsingar kóðaðar. Framkvæmd var ólík eftir starfsstöðvum. Þátttakendur í offitumeðferð á Reykjalundi veittu upplýsingar um kyn og aldur. Þeir svöruðu klínísku greiningarviðtali á lotuofátsröskun og spurningalistum (lotuofátskvarðanum, BDI-II- og BULIT-R-kvörðunum). Matsferlið tók innan við klukkustund. Í hópi skjólstæðinga með lotugræðgi í átröskunarmeðferð á Landspítala Háskólasjúkrahúsi fékkst klínísk sjúkdómsgreining úr sjúkraskrá, þátttakendur gáfu upplýsingar um kyn og aldur og svöruðu spurningalistum. Fyrirlögnin tók um það bil 30 mínútur. Þátttakendur í hópi leikskólastarfsmanna gáfu upplýsingar um kyn og aldur og svöruðu spurningalistum. Leikskólastarfsmenn

tóku listana með sér heim og skiluðu þeim, ómerktum í lokuðu umslagi, í kassa á skrifstofu leikskólastjóra.

Úrvinnsla

Tölfræðileg úrvinnsla var framkvæmd með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0). Listarnir voru upphaflega lagðir fyrir 95 einstaklinga. Við hreinsun gagna voru tveir úr hópi einstaklinga í offitumeðferð án lotuofátsröskunar og tveir úr hópi leikskólastarfsmanna fjarlægðir úr gagnasafni þar sem hlutfall svara, sem vantaði á listum þeirra, var yfir 5% af heildarsvörum þeirra. Þar með voru þátttakendur 91. Í þeim tilfellum, þar sem einstaka svar vantaði, var meðalsvörun annarra þátttakenda við spurningunni (e. *series mean*) notað. Lýsandi tölfræði var reiknuð til að skoða og bera saman kynjaskiptingu og aldursdreifingu þátttakenda, meðaltal og staðalfrávik. Öll skorin voru lítillega jákvætt skekkt. Dreifing breytanna stóðst ekki marktektarpróf Kolmogorov – Smirnov. Skekkjan (e. *skewness*) var yfir tvöfaldri staðalvillu skekkjunnar. Þrátt fyrir þennan forsendubrest á normaldreifingu gagna var skekkjan í öllum tilfellum undir einum sem gefur til kynna að skekkjan sé lítil. Forsendubrestinn verður þó að hafa í huga við túlkun á niðurstöðum. Það var misjafn fjöldi í hópunum og munur var á dreifingu á milli hópanna á sumum breytanna. Því var farið eftir prófi Levens um jafna dreifingu í hópunum við túlkun á niðurstöðum t-prófs óháðra úrtaka.

Innri áreiðanleiki var athugaður með Chronbach's alfa. Vegna þess hversu lítið er til af rannsóknum um þáttbyggingu Lotuofátskvarðans og hversu misvísandi þær niðurstöður eru var gerð leitandi þáttagreining á niðurstöðum kvarðans. Forsendur þess að hægt sé að þáttgreina gögn er að stærð úrtaks sé viðunandi. Þátttakendur þurfa að vera 5–15 sinnum fleiri en breytur sem verið er að þáttgreina, helst 100 þátttakendur eða fleiri (Gudmundsson, 2009). Úrtakið var 5,6 sinnum stærra en fjöldi breyta en þátttakendur voru ekki fleiri en 100 ($n=91$). Til að meta hvort úrtakið var nægilega stórt var gert KMO-próf (e. *Kaiser-Meyer-Olkin*). Ef úrtakið er nægilega

stórt ætti KMO að vera hærra en 0,5. Einnig var gert Bartlett-próf á gögnunum sem metur hvort fylgnifylki vikur marktækt frá einingarfylki (e. *identity matrix*); þetta próf þarf að vera marktækt miðað við $p \leq 0,05$. Forsendur stóðust KMO-próf (0,876) og Bartlett-próf ($p \leq 0,001$) og hægt var að þáttgreina gögnin.

Samleitni- og aðgreiniréttmæti var metið með því að athuga fylgni með fylgnistuðlinum Pearsons r milli lotuofátskvarðans og kvarðanna BDI-II og BULIT-R. Réttmætið telst gott ef kvarðinn hefur háa fylgni við mælitæki sem mælir svipaða hugsmíð (lotugræðgi mælt með BULIT-R-kvarðanum) en lægri við mælitæki sem mælir tengda en ólíka hugsmíð (þunglyndi mælt með BDI-II-kvarðanum). Mismunagildi kvarðans var metið með að gera dreifigreiningu (ANOVA) til að bera saman meðaltöl hópanna á Lotuofátskvarðanum og kvörðunum BULIT-R og BDI-II. Tölfræðileg marktektarmörk voru sett við $p \leq 0,05$.

Skimunareiginleikar Lotuofátskvarðans voru skoðaðir með því að finna vendigildi með hámarksnæmi og sérhæfni til að finna þá sem réttilega greinast með lotuofátsröskun. Þátttakendur í offitumeðferð, sem náðu greiningarviðmiðum röskunarinnar samkvæmt greiningarviðtali, töldust með röskunina, þeir sem höfðu áður náð greiningarviðmiðum röskunarinnar en gerðu það ekki lengur töldust vera með lotuofátsröskun í rénun og þeir sem ekki náðu greiningarviðmiðum samkvæmt greiningarviðtali töldust ekki vera með röskunina. Teiknaður var ROC-ferill (e. *receiver operating characteristic curve*) fyrir skor á Lotuofátskvarðanum borinn saman við greiningu á lotuofátsröskun: annarsvegar þátttakendur með lotuofátsröskun og hins vegar þátttakendur án lotuofátsröskunar eða með lotuofátsröskun í rénun. ROC-ferlar lýsa sambandi næmis og sértækni prófa við ákveðið vendigildi og gefa góða hugmynd um greiningarhæfni þeirra. Flatarmál undir grafi, AUC (e. *area under the curve*), var reiknað en það segir til um aðgreiningarhæfni mælitækisins, til dæmis gefur $AUC = 0,80$ til kynna að mælitækið aðgreinir einstaklinga rétt í hópa í 80% tilfella. Aðgreinihlutfall prófs telst framúrskarandi ef AUC er milli 0,90–1,00, gott milli 0,80–0,90, sæmilegt milli 0,70–0,80 og lélegt undir 0,70.

Niðurstöður

Tíðni lotuofátsröskunar í hópi einstaklinga í offitumeðferð á Reykjalundi var 24,5% ($n=13$) samkvæmt klínísku greiningarviðtali. Rúmur fjórðungur eða 26,5% ($n=14$) til viðbótar greindist með lotuofátsröskun í rénun og 49% ($n=26$) greindist ekki með lotuofátsröskun.

Innri áreiðanleiki 16 atriða Lotuofátskvarðans mældist góður með Cronbachs' s alfa = 0,93. Samleitni- og aðgreiniréttmæti reyndist eins og við var að búast. Hæst var fylgni milli lotuofátskvarðans og BULIT-R-kvarðans ($r=0,90$) enda báðum tækjum ætlað að meta endurtekin átköst og vanlíðan sem þeim tengist. Lægri – en þó sterk jákvæð fylgni – var milli Lotuofátskvarðans og BDI-II-kvarðans ($r=0,73$).

Dreifigreining (ANOVA) á meðaltölum hópanna á Lotuofátskvarðanum og kvörðunum BDI-II og BULIT-R var gerð til að meta mismunagildi Lotuofátskvarðans. Niðurstöður dreifigreiningarinnar (sjá 3. töflu) sýna marktækan mun á meðaltölum eftir hópum ($F(4, 86) = 27,761, p<0,001$).

Samanburður eftir á sýnir að offituhópur með lotuofátsröskun og hópur með lotugræðgi eru með marktækt hærra skor á Lotuofátskvarðanum en allir hinir hóparnir. Ekki var marktækur munur milli offituhóps með lotuofátsröskun og lotugræðgis-hóps. Á sama hátt var gerð dreifigreining á BULIT-R-skorum hópanna og þar kemur sama mynstur niðurstaðna í ljós. Marktækur munur var á milli hópanna á BULIT-R-kvarðanum ($F(4,86) = 34,776, p<0,001$). Samanburður eftir á sýnir sömuleiðis að offituhópur með lotuofátsröskun og hópur með lotugræðgi skora marktækt hærra á BULIT-R-kvarðanum en allir hinir hóparnir. Ekki var munur á milli offituhóps með lotuofátsröskun og lotugræðgishóps. Að lokum var skoðað hvort hóparnir væru ólíkir með tilliti til þunglyndiseinkenna og sýndi dreifigreining að marktækur munur var á þunglyndis-skorum hópanna ($F(4,86)=26,742, p<0,001$). Samanburður eftir á sýnir að þátttakendur með lotugræðgi skora marktækt hærra á BDI-II-kvarðanum en aðrir hópar. Þátttakendur með

Tafla 3. Lýsandi tölfræði, dreifigreining og Bonferroni-próf fyrir hóp í offitumeðferð, með lotuofátsröskun, án lotuofátsröskunar, með lotuofátsröskun í rénun, fyrir hóp með lotugræðgi og samanburðarhóp.

Kvarði	Hópar	Fjöldi	Meðal-tal	Staðal-frávik	Lægsta skor	Hæsta skor	F
LK	<i>Lotuofátsröskun</i>	13	27	8,1	14	45	27,761*
	<i>Ekki lotuofátsr.^{da}</i>	26	11	6,5	0	26	
	<i>Lotuofátsr. í rénun^{da}</i>	14	12	5,6	1	21	
	<i>Lotugræðgi</i>	12	31	7,3	16	40	
	<i>Samanburðarhópur^{da}</i>	25	11	7,7	0	31	
BDI-II	<i>Lotuofátsr.^d</i>	13	23	10,5	5	35	26,742*
	<i>Ekki lotuofátsr.^{da}</i>	26	9	7,8	0	29	
	<i>Lotuofátsr. í rénun^{da}</i>	14	7	6,1	0	19	
	<i>Lotugræðgi</i>	12	36	8,4	19	49	
	<i>Samanburðarhópur^{da}</i>	25	11	9,7	0	33	
BULIT	<i>Lotuofátsr.</i>	13	92	13,7	67	120	34,776*
	<i>Ekki lotuofátsr.^{da}</i>	26	58	12,1	41	84	
	<i>Lotuofátsr. í rénun^{da}</i>	14	65	14,4	40	90	
	<i>Lotugræðgi</i>	12	109	14,3	79	125	
	<i>Samanburðarhópur^{da}</i>	25	59	18,3	38	93	

* Marktækur munur miðað við 0,01 höfnunarmörk.

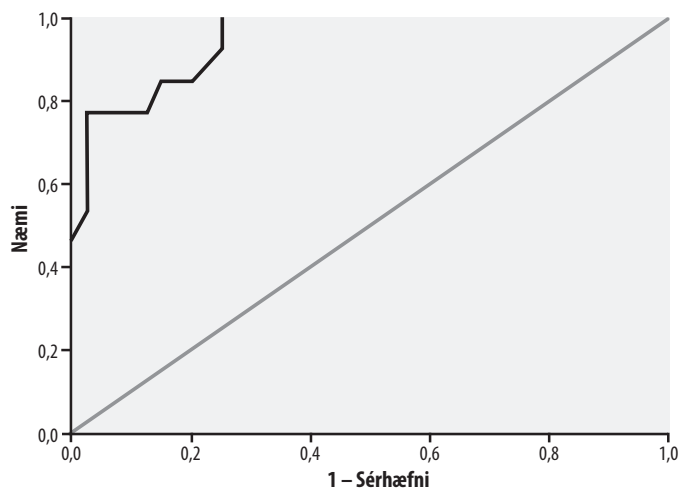
Samanburður er tilgreindur með bókstöfum: ^a lotuofátsröskun, ^b ekki lotuofátsr., ^c lotuofátsr. í rénun,

^d Lotugræðgi, ^e samanburðarhópur. Bókstafur gefur til kynna mun á meðaltali hópa miðað við $\alpha = 0,05$.

Tafla 4. Þáttaskipting Lotuofátskvarðans og hleðsla á þáttalausn.

Atriði	Þáttur		
	Hegðun	Hugsun	H2
Máltiðir (13)	0,97	0,33	0,69
Hætta þegar saddur (11)	0,68		0,69
Matarmynstur (9)	0,63		0,50
Vitund um svengd (16)	0,62		0,48
Stjórn á matarlöngun (3)	0,57	-0,35	0,68
Borða þegar leiðist (4)	0,55		0,57
Borða hratt (2)	0,53		0,62
Stoppa þegar nóg (10)	0,52	-0,39	0,67
Huglægt magn (8)	0,48	-0,43	0,65
Likamleg svengd (5)	0,44	-0,33	0,47
Samviskubit (6)		-0,85	0,71
Félagslegt át (12)		-0,82	0,68
Megrún (7)		-0,77	0,70
Upptekin af líkamsmynd (1)		-0,73	0,64
Hugsa um stjórn (14)		-0,65	0,74
Hugsa um mat (15)		-0,57	0,66

1. mynd. ROC-ferill, aðgreining milli einstaklinga í offitumeðferð með lotuofátsröskun og án lotuofátsröskunar.



lotuofátsröskun skora lægra á BDI-II-kvarðanum en þátttakendur með lotugræðgi en merkjanlega hærra en aðrir hópar til samanburðar (sjá 3. töflu).

Leitandi þáttagreining var gerð á gögnum Lotuofátskvarðans fyrir alla þátttakendur. Notast var við meginþáttagreiningu (e. *principal component analysis*). Þar sem tiltölulega há fylgni var á milli atriða var notast við oddhvassan snúning (e. *direct*

oblmin). Þáttagreiningin sýnir tvo þætti (sjá 4. töflu) sem saman skýra 57,8% breytileikans: 1) hugrænan þátt, tengdan hugsunum og líðan vegna matarvenja (6 atriði: 1, 6, 7, 12, 14 og 15) og 2) atferlisþátt, tengdan hegðun varðandi matarvenjur (9 atriði: 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13 og 16). Allar staðhæfingarnar sýndu sterk tengsl við annan hvorn þáttinn nema spurning 8 (huglægt

Tafla 5. Næmi, sérhæfni og forspárgildi Lotuofátskvarðans (LK) miðað við möguleg vendigildi hans.

Vendigildi á LK	Næmi	Sérhæfni
17,50	0,85	0,80
18,50	0,85	0,85
19,50	0,77	0,88
20,50	0,77	0,93
22,50	0,77	0,95
24,50	0,77	0,98
25,50	0,54	0,98

Tíðni lotuofátsröskunar 26%
AUC= 0,946

mat á átkasti) sem sýnir svipuð tengsl við báða þættina. Öll atriði listans hlaða á viðunandi máta. Nokkuð sterk neikvæð tengsl eru á milli þáttanna tveggja ($r=-0,58$).

Gerð var ROC-greining til að kanna hvernig Lotuofátskvarðinn greinir á milli þátttakenda samkvæmt klínísku greiningarviðtali. Á 1. mynd má sjá næmi og sértækni kvarðans samkvæmt greiningunni. ROC-greiningin gefur til kynna að skor á milli 24–25 var ákjósanlegt vendigildi sem sýnir hámarksnæmi og sérhæfni við skimun fyrir lotuofátsröskun ($AUC\ 0,81, p<,001, 95\%\ \text{öryggisbil},\ 0,89-1,00$) sem gefur til kynna að Lotuofátskvarðinn greini vel á milli þátttakenda með og án lotuofátsröskunar. Í 5. töflu má sjá nokkur dæmi um næmi og sértækni mismunandi skora á Lotuofátskvarðanum hjá hópnum í heild sinni.

Almennt má segja að niðurstöður ROC-greiningar gefi til kynna að aðgreiningarhæfni Lotuofátskvarðans sé góð. Listinn greinir ágætlega á milli skjólstaðinga í offitumeðferð með og án lotuofátsröskunar (eða með lotuofátsröskun í rénum).

Umræða

Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar er tíðni lotuofátsröskunar meðal skjólstaðinga í meðferð við offitu 24,5% sem er í samræmi við erlendar rannsóknir á tíðni röskunarinnar meðal þeirra sem eru í offitumeðferð (Barnes o.fl., 2014). Rúmur fjórðungur til viðbótar

hefur áður glímt við endurtekin átköst og hefur sennilega þá náð greiningarviðmiðum röskunarinnar. Þessar niðurstöður sýna að lotuofátsröskun er áberandi vandamál meðal þeirra sem leita sér offitumeðferðar. Próffræðilegir eiginleikar Lotuofátskvarðans eru góðir, listinn hefur góðan innri áreiðanleika og það er góður stuðningur við réttmæti túlkunar og notkunar á niðurstöðum kvarðans til skimunar fyrir lotuofátsröskun. Þetta er í samræmi við fyrri rannsókn á próffræðilegum eiginleikum íslenskrar útgáfu kvarðans (Jóhanna Vigfúsdóttir, 2013).

Þáttabygging Lotuofátskvarðans gefur til kynna að atriði hans hlaðast á tvo þætti: annars vegar á hugrænan þátt og hins vegar atferlisþátt. Fjöldi þátta er í samræmi við það sem höfundar kvarðans, Gormally og félagar (1982), lögðu upp með og hefur komið fram í rannsókn Hood og félaga (2013) en er ekki í samræmi við einþátta niðurstöðu portúgölsku útgáfu kvarðans (Duarte o.fl., 2015). Þessir tveir þættir eru huglægt viðmið endurtekinna átkasta, sem snúa að hugsunum og líðan í tengslum við matarvenjur, og hlutlægt viðmið endurtekinna átkasta sem snýr að átkastahegðun (Gormally o.fl., 1982). Atriði á hinni íslensku útgáfu Lotuofátskvarðans hlaða á sömu þætti og í rannsókn Hood og félaga (2013) með tveimur undantekningum, þ.e. atriði 3 (stjórn á matarlöngun), sem hjá Hood og félögum hleður á hegðunarflokk en hleður í þessari rannsókn á huglægan þátt, og atriði 8 (huglægt magn) sem hleður á báða þætti. Það eru nokkuð sterk tengsl milli þáttanna tveggja. Flokkanir eru í samræmi við viðmið í geðgreiningarkerfinu DSM-V fyrir huglæg og hlutlæg viðmið fyrir endurtekin átköst í lotuofátsröskun (American Psychiatric Association, 2013). Hugsmíðin, sem Lotuofátskvarðanum er ætlað að mæla, sem er vandi í tengslum við endurtekin átköst, samanstendur af tveimur efnisþáttum: huglægu og hlutlægu viðmiði. Því er eðlilegt að kvarðinn mæli tvo þætti á hugsmíðinni. Það kann að vera að með því að skoða skor kvarðans á hvorum þætti fyrir sig sé hægt að fá nákvæmari upplýsingar um einkenni endurtekinna átkasta. Kanna þarf áreiðanleika og réttmæti þáttanna frekar, meðal annars með staðfestandi þáttagreiningu, bæði í upphaflegum heimkynnum og í íslenski útgáfu

kvarðans. Þó ber að hafa í huga að þættirnir eru efnisþættir af sömu hugsmíð og að heildarskor kvarðans hefur nýst vel til að skima fyrir lotuofátsröskun (Freitas o.fl., 2006; Greeno o.fl., 1995; Grupski o.fl., 2013; Ricca o.fl., 2000).

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að íslensk útgáfa Lotuofátskvarðans sé vel til þess fallin að skima fyrir lotuofátsröskun meðal skjólstæðinga í offitumeðferð. Hægt er að miða við vengigildi 24–25 stig á Lotuofátskvarðanum til að greina á milli einstaklinga í meðferð við offitu, sem eru líklegir til að greinast með lotuofátsröskun, og þeirra sem eru ekki líklegir til að greinast með röskunina. Mikilvægt er að skima fyrir og finna þá einstaklinga, sem eru með lotuofátsröskun, til að hægt sé að veita þeim sértæk sálfræðimiðuð inngrip til að taka á einkennum röskunarinnar. Frekari rannsókna er þörf til að athuga hvort nýta megi sömu vengigildi í almennu þýði svo og almennt í offitumeðferð þar sem úrtakið samanstóð af einstaklingum í einni offitumeðferð á Íslandi en offitumeðferð er í boði víðar á landinu.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að mismunagildi kvarðans sé gott, það er hann greinir á milli einstaklinga með lotuofátsröskun og lotugræðgi annars vegar og einstaklinga án átröskunar hins vegar en listinn greinir ekki á milli þeirra sem eru með lotuofátsröskun og lotugræðgi. Það er eðlilegt ef haft er í huga að kvarðanum er ætlað að meta vanda í tengslum við endurtekin átköst (Gormally, o.fl., 1982). Grunneinkenni beggja raskananna er einmitt vandi vegna endurtekinna átkasta (American Psychiatric Association, 2013; Fairburn og Cooper, 2011) og því er ekki gert ráð fyrir að kvarðinn greini á milli þeirra. Mikilvægt er að hafa það í huga við notkun Lotuofátskvarðans í klínískum tilgangi.

Nokkrir annmarkar eru á rannsókninni sem vert er að geta um. Töluverður aldursmunur er á þeim sem eru í meðferð við offitu annars vegar og á hinum tveimur hópunum hins vegar (lotugræðgishópi og samانبurðarhópi leikskólastarfsmanna). Þessi munur á aldri hópanna gæti endurspeglað framþróun offituvandans, sem þróast yfirleitt yfir lengri tíma og því er líklega mun seinna leitað eftir aðstöð heilbrigðisstarfsfólks við vandanum heldur en þegar um átröskun

eins og lotugræðgi er að ræða. Ekki er talið líklegt að aldursmunurinn rýri gildi niðurstaðnanna.

Allir þátttakendur rannsóknarinnar sem voru í offitumeðferð, höfðu verið í meðferð í einhvern tíma þegar fyrir lögnin átti sér stað (frá 2 mánuðum og upp í rúmlega eitt ár). Meðferðin inniheldur bæði atferlismótandi þætti, fræðslu og sálfræðileg inngrip sem gætu haft áhrif á alvarleika einkenna lotuofátsröskunar hjá þátttakendum rannsóknarinnar. Áhrifa offitumeðferðarinnar verður meðal annars vart á því að nokkuð hátt hlutfall þátttakenda í offitumeðferð (26,5%) voru með lotuofátsröskun í rénun. Hins vegar má vera að sumir hafi ofmetið tíðni átkasta og erfiðleika tengda matarvenjum áður en þeir hófu offitumeðferð og teljist því ranglega vera með lotuofátsröskun í rénun. Það er líka mögulegt að vegna árangurs offitumeðferðar nái sumir ekki lengur greiningarviðmiðum fyrir röskunina en hefðu gert það áður en meðferð hófst. Því er ekki hægt að útiloka að meðferðin við offitu á Reykjalundi geti hafa haft áhrif á niðurstöður um tíðni lotuofátsröskunar.

Einnig ber að taka fram að greiningarviðtalið fyrir lotuofátsröskun er ekki staðlað og gæti það haft áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar. Notast var við þekkt greiningarviðmið röskunarinnar samkvæmt DSM-V-geðgreiningarkerfinu og voru þátttakendur beðnir um frekari dæmi og útskýringu á einkennum sínum til að staðfesta að einkennin pössuðu réttilega við greiningarviðmiðin (American Psychiatric Association, 2013).

Ennfremur verður að hafa í huga að úrtak skjólstæðinga í offitumeðferð var tekið á einum stað á landinu sem býður upp á offitumeðferð (Reykjalundur) og því er varhugavert að alhæfa yfir á allar offitumeðferðir á landinu. Ætla má þó að þetta úrtak endurspegli nokkuð vel þverskurð fólks sem leitar sér offitumeðferðar.

Þrátt fyrir þá annmarka, sem getið er hér á undan, hefur rannsóknin klínískt notagildi og niðurstöður hennar nýtast til að auðvelda skimun á lotuofátsröskun. Til að auka klínískt notagildi kvarðans enn frekar væri æskilegt að athuga hvort niðurstöður rannsóknarinnar og vengigildi, sem er talið líklegt til að spá fyrir um lotuofátsröskun hjá skjólstæðingum í

offitumeðferð, eigi líka við í almennu þýði sem og almennt meðal einstaklinga í offitumeðferð. Mikilvægt er að auka meðvitund varðandi lotuofátsröskun og auðvelda fyrir skimun á röskuninni meðal almennra meðferðaraðila.

Binge Eating Scale: Analysis of the scale's validity and clinical use

The aim of this study was to investigate the psychometric properties of the Icelandic translation of the Binge Eating Scale (BES) and its relation to depressive symptoms and bulimia. The BES is a sixteen-item questionnaire that assesses binge eating severity among obese persons. The BES was administered to individuals in obesity treatment (n=53), individuals with a diagnosis of bulimia nervosa (n=12) and kindergarten employees (n=26). The prevalence of binge eating indicative of binge eating disorder (BED) was 24.5% among individuals in obesity treatment. The results showed that using a scoring threshold of 24–25 sensitivity was 77% and specificity 98%. The scale has good internal consistency and reliability as well as a good construct-, convergent- and discriminant validity. The results of the study support the use of the Icelandic BES among individuals in obesity treatment.

Keywords: *Binge eating disorder, obesity, measurement instrument, bulimia nervosa, depression.*

Heimildir

American Psychiatric Association [APA]. (2013).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5. útgáfa). Washington: American Psychiatric Association.

Arnou, B., Kenardy, J. og Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (1), 79–90.

Barnes, R. D., White, M. A., Martino, S. og Grilo, C. M. (2014). A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care. *Obesity*, 22(12), 2508–2516. doi:10.1002/oby.20889

Jóhanna Vigfúsdóttir graduated with a Cand. Psych degree from the University of Iceland in the spring 2015. This article is based on her final thesis. Jóhanna is a psychologist at the Department of Psychiatry, More og Romsdal Hospital Trust. Helma Rut Einarsdóttir is a psychologist at the obesity team, Reykjalundur Rehabilitation Center. Ingunn Hansdóttir, PhD, is a Associate Professor School of Health Sciences, Faculty of Psychology at the University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Helma Rut Einarsdóttir, Reykjalundur Endurhæfingamiðstöð SÍBS, 270 Mosfellsbæ, Iceland. E-mail: helmarut@reykjalundur.is.

Beck, A. T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory*-(2. útgáfa). San Antonio, Texas: Psychological Corporation.

Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E. A., Ming, E. E., Victor, T. W., Herman, B. K. og Erder, M. H. (2016). Estimating the prevalence of binge eating disorder in a community sample from the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), 968–974. doi:10.4088/JCP.15m10059

Di Bernardo, M., Barciulli, E., Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Cabras, P. og Rotella, C. (1998). Validazione della versione italiana della Binge Eating Scale in pazienti obesi. *Minerva Psichiatrica*, 39(3), 125–130.

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. og Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41–47. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.007

Fairburn, C. G. og Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8–10. doi:10.1192/bjp.bp.110.083881

Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinario, J. C. og Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the Binge Eating Scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors*, 7(3), 282–289.

Goldfield, G.S., Adamo, K.B., Rutherford, J. og Legg, C. (2008). Stress and the relative reinforcing value of food in female binge eaters. *Physiology and Behavior*, 93(3), 579–587. doi:10.1016/j.physbeh.2007.10.022

Gormally, J., Black, S., Daston, S. og Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55.

Greeno, C. G., Marcus, M. D. og Wing, R. R. (1995). Diagnosis of binge eating disorder: Discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 153–160.

Grilo, C. M., White, M. A. og Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228–234.

Grupski, A. E., Hood, M. M., Hall, B. J., Azarbad, L., Fitzpatrick, S. L. og Corsica, J. A. (2013). Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 23(1), 1–6. doi:10.1007/s11695-011-0537-4

Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61(2), 29.

Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S. og McElroy, S. L. (2017). Binge eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 255–266. doi:10.1016/j.psc.2017.01.003

- Heatherton, T. og Baumeister, R. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110 (1), 86–108.
- Hood, M. M., Grupski, A. E., Hall, B. J., Ivan, I. og Corsica, J. (2013). Factor structure and predictive utility of the Binge Eating Scale in bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(6), 942–948.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. og Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J. og Rosenthal, N. R. (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(6), 1568–1573.
- Jakob Smári, Daniel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenski gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið*, 13, 147–169.
- Jóhanna Vigfúsdóttir. (2013). Þýðing og próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Lotuofátslistans – Binge Eating Scale (óbirt BS-verkefni). Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands, Reykjavík.
- Katterman, S., Kleinman, B., Hood, M., Nackers, L. og Corsica, J. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.01.005
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V. og Benjet, C. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Mazzeo, S. E., Saunders, R. og Mitchell, K. S. (2006). Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eating Behaviors*, 7(1), 47–52.
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741.
- Montano, C. B., Rasgon, N. L. og Herman, B. K. (2016). Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgraduate Medicine*, 128(1), 115–123. doi: 10.1080/00325481.2016.1115330
- Mootabi, F., Moloodi, R., Dezhkam, M. og Omidvar, N. (2009). Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4(4), 143–146.
- Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A. I., Keck, P. E. og McElroy, S. L. (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 13–26. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0313-5>
- Partida, O., Garcia, R., Cardenas, A. og Agraz, F. (2006). Evaluation of the binge eating scale in Mexican population: Translation and psychometric properties of the Spanish version. *Psiquiatria*, 22, 30–36.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P. og Rotella, C. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 111–115.
- Sigurlaug María Jónsdóttir, Guðlaug Þorsteinsdóttir og Jakob Smári. (2005). Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar gerðar Bulimia Text-Revised (BULIT-R) prófsins. *Læknablaðið*, 91(12), 923–928.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284–295.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S. og Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT—R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 119.
- Telch, C., Agras, W. og Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
- Timmerman, G. M. (1999). Binge Eating Scale: Further assessment of validity and reliability. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4(1), 1–12.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L. og von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D. og Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687–705.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A. og Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426–437. doi:10.1002/erv.1066
- Partida, O., Garcia, R., Cardenas, A. og Agraz, F. (2006). Evaluation of the binge eating scale in Mexican population: Translation and psychometric properties of the Spanish version. *Psiquiatria*, 22, 30–36.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L. og von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>

Viðauki 1

Lotuofátskvarðinn

(Binge Eating Scale)

Nafn: _____ **Dags.:** _____

Hér fyrir neðan eru ýmsar staðhæfingar. Vinsamlega lestu allar staðhæfingarnar undir hverju númeri og dragðu hring um bókstaf hjá þeirri staðhæfingu sem best lýsir því hvernig þér líður með matarvenjur þínar.

1.
 - a) Ég er ekki upptekin/n af þyngd minni eða líkamsstærð þegar ég er með öðrum.
 - b) Það skiptir mig máli hvernig ég lít út gagnvart öðrum en ég verð yfirleitt ekki fyrir vonbrigðum með sjálfa/n mig.
 - c) Ég á það til að vera upptekin/n af útliti mínu og þyngd og verð í kjölfarið fyrir vonbrigðum með sjálfa/n mig.
 - d) Ég er mjög upptekin/n af þyngd minni og finn oft fyrir mikilli skömm og ógeði á sjálfri/sjálfum mér. Það veldur því að ég forðast að eiga í samskiptum við aðra.
2.
 - a) Ég á ekki í neinum erfiðleikum með að borða rólega og á eðlilegan hátt.
 - b) Þó að ég virðist háma í mig mat verð ég ekki of södd/saddur af því að borða of mikið.
 - c) Stundum á ég það til að borða mjög hratt og verða óþægilega södd/saddur á eftir.
 - d) Ég er gjörn/gjarn á að gleypa í mig matinn án þess að tryggja hann vel. Þegar það gerist verð ég venjulega illa södd/saddur af því að ég hef borðað of mikið.
3.
 - a) Mér finnst ég hafa stjórn á matarlöngunum mínum þegar ég vil.
 - b) Mér finnst sem mér hafi mistekist oftast en „meðalmanneskju“ að stjórna matarvenjum mínum.
 - c) Mér finnst ég algjörlega hjálparvana þegar kemur að því að stjórna matarlöngunum mínum.
 - d) Þar sem ég upplifi mig svo hjálparvana við að stjórna matarvenjum mínum er ég orðin(n) mjög örvæntingafull/ur í-við að reyna að ná einhverri stjórn á þeim.
4.
 - a) Ég er ekki vön/vanur að borða þegar mér leiðist.
 - b) Ég borða stundum þegar mér leiðist en oft get ég fundið eitthvað annað að gera og hætt að hugsa um mat.
 - c) Ég er vön/vanur að borða meira þegar mér leiðist en af og til tekst mér að gera eitthvað annað til að hætta að hugsa um að borða.
 - d) Ég er mjög gjörn/gjarn að borða þegar mér leiðist. Ekkert virðist hjálpa mér við að rjúfa þann vana.
5.
 - a) Ég er yfirleitt orðin(n) líkamlega svöng/svangur þegar ég borða eitthvað.
 - b) Af og til borða ég eitthvað af hvatvísi þó að ég sé í raun ekki svöng/svangur.
 - c) Ég er vön/vanur að borða eitthvað, sem mig langar kannski ekki einu sinni í, til að fullnægja einhverri svengdartilfinningu þó að ég sé ekki líkamlega svöng/svangur.
 - d) Jafnvel þó ég sé ekki líkamlega svöng/svangur þá upplifi ég einhvers konar svengdartilfinningu (í munni) sem virðist aðeins fullnægt með því að borða. Stundum spýti ég því sem ég borða út úr mér svo ég þyngist ekki.

6.
 - a) Ég fæ hvorki samviskubit né óbeit á sjálfri/sjálfum mér þegar ég hef borðað of mikið.
 - b) Ég fæ af og til samviskubit og/eða óbeit á sjálfri/sjálfum mér þegar ég hef borðað of mikið.
 - c) Ég upplifi næstum alltaf mikið samviskubit og/eða óbeit á sjálfri/sjálfum mér þegar ég hef borðað of mikið.
7.
 - a) Ég missi ekki stjórn á matarvenjum mínum þegar ég er í megrun/að létta mig þó að ég hafi tímabundið borðað of mikið.
 - b) Stundum þegar ég borða „bannaðan mat“, þegar ég er í megrun/að létta mig, finnst mér eins og ég hafi „klúðrað megruninni“ og borða þá enn meira.
 - c) Íðulega hef ég þann vana að segja við sjálfa/n mig: „Nú hef ég klúðrað þessu, af hverju ekki bara að taka þetta alla leið“ þegar ég hef borðað of mikið og ég er í megrun. Þegar það gerist borða ég enn meira.
 - d) Ég fer reglulega í strangan megrunarkúr/stíft átak, missi svo tökin á kúrnum/átakinu og tek átkast. Líf mitt virðist annaðhvort vera átveisla eða svelt.
8.
 - a) Ég borða sjaldan svo mikinn mat að mér líði illa á eftir.
 - b) Um það bil einu sinni í mánuði borða ég svo mikið að ég verð óþægilega södd/saddur.
 - c) Ég tek reglulega tímabil í hverjum mánuði þar sem ég borða mikið magn af mat.
 - d) Ég borða svo mikið að oft líður mér verulega óþægilega eftir að ég borða og stundum verður mér flökurt.
9.
 - a) Yfirleitt tekur hitaæiningafjöldinn, sem ég innbyrði, ekki mjög miklum breytingum dag frá degi, þ.e. sveiflast ekki á milli þess að vera mjög mikill eða lítill.
 - b) Stundum eftir að ég hef borðað yfir mig reyni ég að minnka hitaæiningafjöldann í nánast ekkert til að vega upp á móti aukahitaæiningunum.
 - c) Ég er gjörn/gjarn á að borða yfir mig seinnipartinn. Matarmynstrið mitt virðist vera á þann hátt að ég er ekki svöng/svangur á morgnana en borða yfir mig á kvöldin.
 - d) Eftir að ég varð fullorðin/n hef ég tekið vikulöng tímabil þar sem ég nánast svelt mig. Það gerist á eftir tímabilum þegar ég hef borðað yfir mig. Það er eins og líf mitt sé annaðhvort átveisla eða svelt.
10.
 - a) Ég get yfirleitt hætt að borða þegar ég vil. Ég veit hvenær er komið nóg.
 - b) Af og til finn ég fyrir sterkri löngun/hvöt til að borða sem ég virðist ekki geta stjórnað.
 - c) Ég upplifi oft sterka löngun/hvöt til að borða sem ég virðist ekki geta stjórnað en öðrum stundum tekst mér að stjórna matarlöngun minni.
 - d) Mér finnst ég vera ófær um að stjórna matarlöngunum mínum. Ég óttast að geta ekki hætt að borða af sjálfsdáðun.
11.
 - a) Ég á ekki í vandræðum með að hætta að borða þegar ég er orðin södd/saddur
 - b) Ég get yfirleitt hætt að borða þegar ég er orðin södd/saddur en af og til borða ég yfir mig þannig að ég verð óþægilega södd/saddur.
 - c) Ég á í vandræðum með að hætta að borða þegar ég byrja og yfirleitt verð ég óþægilega södd/saddur eftir máltíð.
 - d) Þar sem ég á í erfiðleikum með að hætta að borða, þegar ég vil, verð ég stundum að framkalla uppköst til að losna við óþægindatilfinninguna.

- 12.
- a) Ég borða jafnmikið þegar ég er með öðrum (fjölskyldu, á mannamótum) eins og þegar ég er ein/einn.
 - b) Stundum þegar ég er með öðrum borða ég ekki eins mikið og mig langar til vegna þess að ég fer hjá mér vegna matarvenja minna.
 - c) Oft borða ég aðeins lítið magn af mat þegar ég er með öðrum vegna þess að ég skammast mín svo mikið fyrir matarvenjur mínar.
 - d) Ég skammast mín svo mikið fyrir ofát mitt að ég vel tíma til að borða yfir mig þegar ég veit að enginn mun sjá mig. Ég upplifi þá að ég sé „að borða í laumi/felum“.
- 13.
- a) Ég borða þrjár máltíðir á dag og fæ mér stöku sinnum eitthvað á milli mála.
 - b) Ég borða þrjár máltíðir á dag og fæ mér venjulega eitthvað á milli mála.
 - c) Þegar ég borða mikið milli mála kemst það upp í vana að sleppa reglulegum máltíðum.
 - d) Það koma reglulega tímabil þegar ég borða nánast stanslaust án skipulagðra matmálstíma.
- 14.
- a) Ég hugsa ekki mikið um að reyna að stjórna óvelkomnum matarlöngunum.
 - b) Að minnsta kosti stundum snúast hugsanir mínar eingöngu um að reyna að stjórna matarlöngunum mínum.
 - c) Ég eyði oft miklum tíma í að hugsa um hve mikið ég er búin/n að borða eða um að reyna að stoppa mig af í áti.
 - d) Mér finnst sem mestan hluta dagsins sé ég gangtekin/n af hugsunum um að borða eða borða ekki. Mér finnst eins og ég sé alltaf að berjast við að borða ekki.
- 15.
- a) Ég hugsa ekki sérstaklega mikið um mat.
 - b) Ég fæ sterka löngun í mat en hún varir bara í stuttan tíma í einu.
 - c) Það koma dagar þar sem mér finnst ég ekki geta hugsað um annað en mat.
 - d) Flesta daga finnst mér ég ekki geta hugsað um neitt annað en mat. Mér finnst eins og ég lifi fyrir að borða.
- 16.
- a) Yfirleitt veit ég hvort ég er líkamlega svöng/svangur eða ekki. Ég borða þá passlegan matarskammt til að seðja hungrið.
 - b) Af og til er ég í vafa um hvort ég sé líkamlega svöng/svangur eða ekki. Þá er erfitt að vita hve mikinn mat ég þarf að fá mér til að seðja hungrið.
 - c) Þó svo að ég viti kannski hve margar hitaeiningar ég á að borða hef ég ekki hugmynd um hversu stór „eðlilegur“ matarskammtur er fyrir mig.

Lotuofátslistinn - Binge Eating Scale (BES) (Gormally, Black, Daston og Rardin, 1982).
Íslensk þýðing: Jóhanna Vigfúsdóttir, Helma Rut Einarsdóttir og Ingunn Hansdóttir.

Viðauki 2

Rammi fyrir klínískt greiningarviðtal á lotuofátsröskun (Binge Eating Disorder, BED) miðað við greiningarviðmið DSM-5

Hvernig líður þér með matarvenjur þínar?

Breytast matarvenjur þínar mikið dag frá degi? JÁ __ NEI __

Ef já, gefa dæmi

Eru helgarnar frábrugðnar virkum dögum? JÁ __ NEI __

Ef já, gefa dæmi

Finnst þér þú hafa stjórn á því hvað þú borðar mikið? JÁ __ NEI __

Finnst þér mikilvægt að hafa stjórn á matarvenjum sínum? JÁ __ NEI __

Ef já, gefa dæmi

A. Hefur þú einhvern tímann, sérstaklega á síðustu þremur mánuðum: (*endurtekið, a.m.k. 1 sinni í viku að meðaltali, síðustu 3 mánuði*)

1. Borðað innan ákveðins tíma (t.d. innan tveggja klukkutíma) magn af mat (t.d. snakk, gos, sælgæti og annað matarkyns) sem er greinilega meira en fólk myndi almennt borða undir svipuðum kringumstæðum?

Ef já, gefa dæmi.

- Undir hvaða kringumstæðum (á ekki við ef það á sér stað í t.d. afmæli, jólum, veislu eða öðrum svipuðum aðstæðum þar sem þess konar matarhegðun telst „eðlileg“)?

JÁ __ NEI __

2. Fundist þú missa stjórn á því hvernig eða hversu mikið þú borðar?

Ef já, gefa dæmi. Til dæmis (eitt eða fleiri af eftirfarandi):

- Getur ekki hætt að borða þegar þú byrjar.
- Geta ekki stjórnað því hversu mikið eða hvað er borðað,
- „Zónað út“ á meðan þú borðar (*stjórnleysið þarf ekki að vera algert, t.d. heldur áfram að borða þó síminn hringir en stoppar ef einhver kemur inn í herbergið*).
- Upplifir almennt stjórnleysi tengt mat, þótt það tengist ekki átlötu.
- Kaupir í matinn með það í huga að missa viljandi stjórn og borða mikið magn (*ath. þó að átkastið sé skipulagt þarf stjórnleysið líka að birtast á meðan borðað er*).
- Stjórnleysið verið viðvarandi (*búin(n) að gefast almennt alveg upp á að hafa reglu og stjórn á mataræði*).
- Viðkomandi upplifir að missa stjórn þó að raunverulegt magn af mat sé ekki yfirdrifið.

JÁ __ NEI __

Ef nei við A annaðhvort/bæði 1 og 2 þá er það ekki átkast.

Ef já við A bæði 1 og 2 þá er það átkast.

Þegar þú tekur átkast á sér þá stað eitthvað af eftirfarandi?

- Borða mun hraðar en venjulega .
- Borða þar til ég verð óþægilega södd/saddur, líður illa líkamlega.
- Borða stóran skammt af mat þó ég sé ekki líkamlega svöng/svangur.
- Borða ein/n því ég upplifi skömm yfir hversu mikið ég borða
- Eftir átkast finnst mér ég vera ógeðsleg/ur, verð þunglynd(ur) (döpur/dapur) og fæ mikið samvikubit.

Ef já við 3 eða fleiri í C. (A) þá visbending um lotuofát.

JÁ __ NEI __

Upplifir þú mjög mikla vanlíðan í tengslum við eða í kjölfar átkasts og vegna matarvenja þinna?
Ef já, gefðu dæmi.

T.d. sjálfshatur, depurð, kvíði, vonleysi, samviskubit

T.d. kjarnaviðhorf, eins og t.d.: Ég er ógeðsleg/ur, viðbjóður, ég er algerlega stjórnlaus.

Má tengjast matarhegðuninni sjálfri eða áhyggjum af afleiðingum.

JÁ__ NEI__

Á síðustu þrem mánuðum, talið frá deginum í dag: Hversu oft í viku hefur þú tekið átköst eins og þú hefur lýst hér að ofan?

(Ath. Hafa dagatal nálægt og sýna hvaða tímabil er átt við, gott er að reyna að finna atburð á tímabilinu sem manneskjan tengir við, t.d. afmæli, 17. júní, áramót; hafa í huga eðlilegar sveiflur í matarvenjum vegna t.d. sumarfrís, ferðalags, jóla o.s.frv.).

Meðaltal á viku _____

Þegar þú hefur misst stjórn á mataræðinu og tekið átkast, hefur þú gripið til öfgafullra ráða til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu vegna þess?

JÁ__ NEI__

Ef já, gefðu dæmi. Til dæmis:

Fer í stífa megrun, fasta, nota hægðarlyf, vatnslosandi lyf, framkalla uppköst eða stunda mjög strangar líkamsæfingar. (Athugið, verður að vera mjög strangur megrunarkúr og/eða líkamsæfingar, ekki bara smá aðhald eða mæta í ræktina).

Ef já, hversu oft?

Oftast, alltaf, oft (verður að vera endurtekin, regluleg 1–3 í viku að minnsta kosti, einstaka mótvægisáðgerðir eru innan marka).

Meðaltal á viku _____

Ef já, við E og það var oftast, alltaf eða 1–3 í viku (A-B-C-D) þá er það vísbending um lotugræðgi.

JÁ__ NEI__

Ef já við E, en hefur aðeins gerst einstaka sinnum (1–2 á tímabilinu, þrír mánuðir eða sjaldnar), ekki verið regluleg (A-B-C-D-E) þá gefur það til kynna lotuofátsröskun.

Telst ná viðmiðum fyrir lotuofátsröskun ef nær viðmiðum fyrir A-B-C-D en ekki E.

JÁ__ NEI__

Hefur þú einhvern tímann náð viðmiðum fyrir lotuofátsröskun (A-B-C-D) en nærð þeim ekki lengur því að átkastið á sér stað sjaldnar en 1 sinni í viku?

Ef já, gefðu dæmi.

JÁ__ NEI__

Ef já, þá er lotuofátsröskun í rénun.

Hefur þú einhvern tímann náð viðmiðum fyrir lotuofát (A-B-C-D) en hefur ekki náð þeim í þó nokkurn tíma?

Ef já, gefðu dæmi.

JÁ__ NEI__

Ef já, þá er lotuofátsröskun í fullri rénun.

Alvarleikastig lotuofáts

Vægt: 1–3 átköst á viku

Miðlungs: 4–7 átköst á viku

Alvarlegt: 8–13 átköst á viku

Mjög alvarlegt (e.extreme): 14 eða fleiri átköst í viku