

Statusartikel

OCD og spiseforstyrrelser

Stephanie Bøgely Bækgaard Olsen & Per Ejlstrup Sigvardsen

Psykiatrien Øst, Sjællands Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V06240409. doi: 10.61409/V06240409

HOVEDBUDSKABER

- Tvangssymptomer ses ved både OCD og spiseforstyrrelser, og komorbiditeten mellem de to lidelser er høj.
- Komorbid OCD og spiseforstyrrelse kan være en speciel subtype, understøttet af fundet af en genetisk association, men yderligere forskning er nødvendig for at komme dette nærmere.
- Kendskabet til de to lidelsers psykopatologiske ligheder og forskelle har betydning for korrekt diagnostik og behandling.

Tvangsfænomener er centrale ved OCD, men er også en væsentlig komponent i andre psykiske sygdomme, særligt spiseforstyrrelser [1]. Både OCD og spiseforstyrrelser er komplekse, alvorlige psykiske sygdomme, som reducerer livskvalitet og kan være vanskelige at behandle [1]. Den overlappende psykopatologi og høje komorbiditet mellem de to lidelser har medført nosologiske overvejelser om, hvorvidt de to kliniske manifestationer repræsenterer distinkte sygdomme eller samme sygdom på et spektrum, f.eks. foreslog psykiater *Franklin S. DuBois* i 1949, at anoreksi i stedet blev kaldt »compulsion neurosis with cachexia« [2]. Senere forskning har desuden afsløret fælles biologi og epidemiologi mellem lidelserne [1].

Formålet med denne artikel er at gennemgå overlappet i epidemiologi, biologi, psykopatologi og behandling for OCD og spiseforstyrrelser med særligt fokus på komorbid OCD og spiseforstyrrelse.

EPIDEMIOLOGI

For patienter med anoreksi er livstidsprævalensen for OCD 20-50%. For patienter med OCD er livstidsprævalensen for anoreksi 5-10% [3].

Ætiologien for både OCD og spiseforstyrrelser involverer genetiske, psykologiske og miljømæssige faktorer [4, 5]. I tvillingestudier med monozygote findes en genetisk prædisposition på 35% for OCD og på omkring 50% for anoreksi. Der er ikke identificeret enkeltgener, som disponerer til lidelserne, men i et studie har man fundet enkelt nukleotidpolymorfier, som er delt mellem OCD og spiseforstyrrelser [3-5].

Biologisk har det været foreslået, at serotonin spiller en rolle for udviklingen af begge lidelser, men evidensen er ikke entydig. Nyere forskning fokuserer i højere grad på andre neurotransmittere, bl.a. glutamat [4].

Psykologisk menes personlighedstræk som perfektionisme og impulsivitet at prædisponere til både spiseforstyrrelser og OCD [4, 6].

Både OCD og spiseforstyrrelser kan være forbigående, men kan også blive kroniske og persistere igennem voksenlivet. OCD og spiseforstyrrelser såvel som kombinationen af disse sygdomme debuterer hyppigst i adolescensen og tidlig voksenalder. Kombinationen af OCD og spiseforstyrrelser er associeret til en række andre

psykiatriske lidelser, bl.a. depression og angst, og menes også at være associeret til en større sygdomsbyrde og dårligere prognose [7, 8]. Dødeligheden er øget for både OCD og spiseforstyrrelser. Et dansk registerstudie demonstrerede en mere end to gange højere mortalitetsrate for begge lidelser i forhold til baggrundsbefolkningen [9]. Død forårsaget af selvmord og alkoholoverforbrug var blandt de mest øgede for begge lidelser i forhold til baggrundsbefolkningen [9]. Det er uklart, om kombinationen af begge lidelser er associeret til en endnu højere dødelighed.

Psykopatologi

Obsessioner og kompulsioner

Obsessioner, »tvangstanker«, er gentagne, påtrængende og uønskede tanker, som patienten opfatter som urimelige eller meningsløse, men som ikke kan kontrolleres [10, 11] (**Tabel 1**). Patienten er bevidst om absurditeten i tankerne, også imens de står på, hvilket adskiller dem fra almindelige tvivlstanker og fra psykose [10]. Således er obsessioner egodystone (i konflikt med patientens selvopfattelse, følelser og værdier) modsat egosyntone (i overensstemmelse med patientens selvopfattelse, følelser og værdier) [10, 12]. Oftest medfører obsessioner betydelig angst eller ubehag, som i de fleste tilfælde kan mindskes ved at udføre kompulsioner, »tvangshandlinger« [11].

TABEL 1 Eksempler på obsessioner, kompulsioner, kognitive forvrængninger, angst og kontroltab.

Symptom	Eksempel	Fortolkning
Obsessioner	En kvinde er i tvivl, om hun har slukket komfuret, da hun forlod sit hus og kan slet ikke koncentrere sig om andet. Hun frygter, at huset vil brænde ned, hvis hun har glemt at slukke komfuret. Hun erkender disse tanker som egne tanker og oplever dem som urimelige	Tyder på OCD
Kompulsioner	En kvinde må tjekke gentagne gange, om komfuret er slukket, hvilket er så tidskrævende, at hun kommer for sent på arbejde. Hun er godt klar over, at disse handlinger er overdrevne, men hun føler sig nødsaget til at udføre dem	Tyder på OCD
Kognitive forvrængninger	Thought-action fusion: En ung mand får en påtrængende og ubehagelig tanke om at gøre skade på en nærtstående. Tanken i sig selv skaber en frygt for, om han er i stand til at udføre handlingen, selv om han ingen intentioner har herom	Denne kognitive forvrængning tyder på OCD
	Thought-shape fusion: En kvinde overvejer at spise et stykke lagkage, og tanken i sig selv får hende til at føle sig større og tykkere	Denne kognitive forvrængning tyder på en spiseforstyrrelse
Angst	En kvinde får en påtrængende tanke om at have glemt at slukke komfuret. Denne tvivlstanke skaber intens angst i kvinden, og hun udfører gentagen tjekkeadfærd for at lindre angsten	Obsessiv angst tyder på OCD
	En kvinde spiser et stykke lagkage til en fødselsdag og får efterfølgende en angst for at tage på i vægt, hvorfor hun foretager udrensende adfærd i form af en provokeret opkastning	Angst for at tage på i vægt tyder på en spiseforstyrrelse
Kontroltab	En drengs forældre meddeler, at de skal skilles, hvilket opleves som et kontroltab for drengen. Drengen begynder i månederne efter at udvise obsessive og kompulsive symptomer i form af tællemani og langvarige ritualer inden sengetid	Obsessioner og kompulsioner omhandler ikke mad og vægt, tyder på OCD

Kompulsioner er stereotype tilskyndelser til at udføre trivielle eller meningsløse handlinger, oftest foretaget som en reaktion på obsessioner (Tabel 1). Handlingerne gentages og kan være tidskrævende [1]. Deres funktion kan være at forhindre en udefra set usandsynlig begivenhed, men som, patienten er overbevist om, vil indtræde [12].

For OCD skal obsessioner og kompulsioner ifølge International Classification of Diseases (ICD)-10 erkendes som egne tanker eller indskydelser, og de skal være tilbagevendende og ubehagelige [12]. De skal opfattes som overdrevne eller urimelige og skal søges afvist eller modstået. Desuden må de ikke være til stede som følge af anden psykisk lidelse – specifikt nævnes lidelser i skizofrenispektret og affektive lidelser [12]. I den amerikanske diagnosemanual »Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition« (DSM-5) [13] fremgår, at indholdet af obsessioner og kompulsioner ikke må være direkte relateret til en spiseforstyrrelse. Et eksempel herpå kan være en obsession, som udelukkende omhandler frygt for fedme, og som ledsages af en tvangspræget

udrensende adfærd, som f.eks. opkastninger.

For spiseforstyrrelser ses påtrængende, rigide og altoverskyggende tanker om mad, kropsbillede og vægt [12]. Disse tanker medfører, som ved obsessioner, ubehag og kan være umulige at kontrollere [14]. Hertil kommer ofte gentagne, fornuftsstridige handlinger som følge af de tvangsprægede tanker: tvangsmotion, restriktive eller ritualiserede spisevaner og udrensende adfærd (opkastninger, laksantiamisbrug og lignende). Sådanne handlinger kan være lindrende på samme måde som kompulsioner, men kan også efterlade personen i skam, angst og ubehag [14]. Patienter med spiseforstyrrelser opfatter sjældent disse symptomer som urimelige, og oplevelsen af symptomerne er i høj grad egosynton: »A true mental anorectic never considers his/her symptom absurd« [14].

Mange patienter med spiseforstyrrelser oplever kompulsive symptomer, som ikke omhandler mad, vægt og krop, men som derimod minder om OCD-symptomer, f.eks. behov for symmetri, gentagelser eller at tælle [15, 16]. Derfor bør klinikere være opmærksomme på en eventuel komorbid OCD-diagnose for at sikre korrekt diagnostik og behandling. Sværhedsgraden af anoreksi er korreleret med mængden af obsessive og kompulsive symptomer [17, 18].

Differentialdiagnostisk skal det bemærkes, at tvangssymptomer også ses ved andre tilstande. Ved skizofreni ses tvangsprægede tanker, som adskiller sig fra OCD ved ofte at have karakter af detaljerede forestillingsbilleder eller -film, hvor indholdet typisk er aggressivt, seksuelt eller på anden måde bizart [19]. Disse tvangstanke er mere egosyntone end ved OCD og kaldes for »pseudoobsessioner«. Tvangstanker ved spiseforstyrrelser er som før beskrevet ligeledes ofte egosyntone, og svær anoreksi er på denne baggrund en af de få tilstande, som psykiatriloven sidestiller med psykose. Ved autismespektrumforstyrrelser ses tvangsprægede, repetitive og ritualiserede adfærdsmønstre, som umiddelbart kan ligne OCD-kompulsioner, men som sjældent udløses på baggrund af obsessiv angst, men nærmere med henblik på at selvregulere og at bearbejde sensoriske input. Disse handlinger opleves typisk som beroligende og behagelige [20].

Øvrig psykopatologi

Foruden tvangsfænomener er der flere psykopatologiske fund, som både ses ved OCD og spiseforstyrrelser (Tabel 1):

»Thought-action fusion« er en type af kognitiv forvrængning, som ses ved både OCD og spiseforstyrrelser [21]. Her er patienten overbevist om, at en tanke i sig selv kan føre til en – ofte negativ – hændelse eller konsekvens (Tabel 1). Ved spiseforstyrrelser ses »thought-shape fusion«, hvor patienten blot ved at tænke på at spise bestemte fødevarer oplever sig overvægtig på baggrund af denne tanke [21].

Angst er et centralt symptom ved både OCD og spiseforstyrrelser, og det er fælles for de to lidelser, at den tvangsprægede adfærd oftest har funktion i form af affektregulering og lindring af angst [22]. Ved OCD udføres kompulsioner oftest for at lindre obsessiv angst eller for at hindre en frygtet begivenhed [22]. Ved anoreksi og bulimi udføres den tvangsprægede, restriktive og udrensende spiseadfærd med henblik på at dæmpe angsten for at tage på i vægt [22]. Ud over angsten som symptom er der en overrepræsentation af komorbide angstlidelser ved både OCD og spiseforstyrrelser [23, 24].

Både patienter med OCD og spiseforstyrrelser har en tendens til at favorisere kortsigtede belønninger og lindring frem for langsigtede mål, men det er mest udtalt blandt patienter med spiseforstyrrelser [25]. Ved spiseforstyrrelser kan kortsigtede mål være restriktiv spising, vægttab og opnåelse af et bestemt kropsbillede, ofte på bekostning af langsigtet trivsel. For OCD overskygger den umiddelbare reduktion af angst, der opnås ved at udføre en tvangshandling, det langsigtede mål om at bryde fri fra cyklussen af tvangstanke og tvangshandlinger [11].

BEHANDLING

Førstevalget til behandling af OCD er kognitiv adfærdsterapi. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt, kan overvejes tillæg af farmakologisk behandling med selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) [26].

Behandlingen af spiseforstyrrelser er flersporet og indeholder kostvejledning, psykoedukation og psykoterapi, herunder kognitiv adfærdsterapi, systemisk narrativ terapi eller familierapi. Somatisk kontrol og monitorering er ofte nødvendig, og i svære tilfælde kan det blive nødvendigt med indlæggelse til døgnbehandling. Der findes ingen farmakologisk behandling af spiseforstyrrelser [27].

Ved komorbid OCD og spiseforstyrrelse kan begge lidelser forsøges behandlet samtidigt. En SSRI-behandling kan f.eks. tillægges behandlingen for spiseforstyrrelser, hvis en OCD-diagnose opdages hos en patient med en spiseforstyrrelse.

DISKUSSION

OCD og spiseforstyrrelser står i særskilte kapitler i begge diagnostiske manualer: ICD-10 og DSM-5. Imidlertid er det grundet en række psykopatologiske ligheder og en høj grad af komorbiditet foreslået, at OCD og spiseforstyrrelser kan være forskellige manifestationer af samme grundlidelse [11, 28]. Sidstnævnte understøttes af et nyere studie, som har fundet evidens for en genetisk association imellem de to lidelser [3].

Overordnet kan lidelserne differentieres ved indholdet af obsessionerne: De tanker og handlinger, der ses som led i en spiseforstyrrelse, omhandler typisk mad, vægt og krop, mens obsessioner ved OCD omfatter f.eks. tvivlstanker, hygiejne og frygt for sygdom eller katastrofe. Dog er denne inddeling ikke helt sort-hvid: Ved spiseforstyrrelser ses hyppigt OCD-lignende tvangssymptomer, og ved OCD ses en overhyppighed af problematisk spiseadfærd [16, 29]. Det symptom, som tidligere har været tillagt den største differentialdiagnostiske værdi, er, hvorvidt patienter med spiseforstyrrelser oplever obsessioner som ved OCD, eller om tvangstankerne adskiller sig fundamentalt fra OCD ved at være egosyntone [11]. Erfaring viser imidlertid, at OCD-patienters modstand mod obsessioner og kompulsioner ofte reduceres med tiden, og at symptomerne bliver gradvist mere egosyntone [10]. Omvendt kan de tvangsprægede tanker ved spiseforstyrrelser blive mere egodystone i takt med, at patienten forstår, at denne er ramt af en sygdom.

I den kommende diagnosemanual ICD-11 tillades obsessioner med varierende indsigt, og OCD inddeles i »OCD med god indsigt« og »OCD med dårlig til fraværende indsigt« [30]. Obsessioner ved OCD kan derfor i visse tilfælde være egosyntone. Det bliver således anerkendt, at diagnostisk adskillelse af tvangsfænomenerne er vanskelig og synliggør behovet for en mere dynamisk tilgang til psykiatrisk diagnosticering end den aktuelle kategoriske model.

Uanset om der er tale om to relaterede eller helt separate lidelser, er det relevant for klinikere at være opmærksomme på nuancerne i den overlappende psykopatologi imellem de to lidelser for at undgå, at symptomer overses, herunder at OCD-symptomer maskeres i spiseforstyrrelsessymptomer eller omvendt. At kunne identificere en eventuel komorbid OCD eller spiseforstyrrelse er af vigtig prognostisk betydning, da begge lidelser i så fald skal behandles, og da behandlingen for de to tilstande er forskellig.

Korrespondance Per Ejlstrop Sigvardsen. E-mail: per.ejlstrup.sigvardsen.03@regionh.dk

Antaget 16. oktober 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 3. februar 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V06240409

doi 10.61409/V06240409

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Obsessive-compulsive disorder and eating disorders

This review finds that obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders share significant epidemiological and psychopathological similarities, entailing diagnostic challenges and potential for delayed treatment. Recent research suggests that several biological features are also shared between the diseases. However, further research is needed to explore this connection in more detail. Clinicians must identify the psychopathological features to ensure accurate diagnosis and outcome.

REFERENCER

1. Mandelli L, Draghetti S, Albert U et al. Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: a meta-analysis of the literature. *J Affect Disord.* 2020;277:927-939. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.003>
2. DuBois FS. Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa). *Am J Psychiatry.* 1949;106(2):107-115. <https://doi.org/10.1176/ajp.106.2.107>
3. Yilmaz Z, Halvorsen M, Bryois J et al. Examination of the shared genetic basis of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2020;25(9):2036-2046. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0115-4>
4. Brock H, Rizvi A, Hany M. Obsessive-compulsive disorder. *StatPearls.* 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/> (12. aug 2024)
5. Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(Suppl 2):S286-S295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330646/> (12. aug 2024)
6. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):638-646. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.001> (27. jan 2024)
7. Drakes DH, Fawcett EJ, Rose JP et al. Comorbid obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders: an epidemiological meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2021;(141):176-191. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.035> (24. aug 2024)
8. Sallet PC, De Alvarenga PG, Ferrão Y et al. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord.* 2010;43(4):315-325. <https://doi.org/10.1002/eat.20697>
9. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet.* 2019;394(10211):1827-1835. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)
10. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res.* 2022;243:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.014>
11. Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clin Psychol Rev.* 2002;22(5):647-669. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00112-x](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00112-x)
12. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems. 2004: (10);second edition. <https://iris.who.int/handle/10665/42980> (6. jun 2024)
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, fifth edition, 2013. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> (6. jun 2024)
14. Aragona M, Vella G. Psychopathological considerations on the relationship between bulimia and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology.* 1998;31(4):197-205. <https://doi.org/10.1159/000029040>

15. Albert U, Venturello S, Maina G et al. Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):456-460. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27903>
16. Lavender A, Shubert I, De Silva P, Treasure J. Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *Br J Clin Psychol*. 2006;45(Pt 3):331-342. <https://doi.org/10.1348/014466505x53579>
17. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TE. Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997;21(4):367-376. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(1997\)21:4<367::aid-eat10>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(1997)21:4<367::aid-eat10>3.0.co;2-w)
18. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LKG et al. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale&Brown obsessive&compulsive scale. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;12(1):57-62. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1098-108X%28199207%2912%3A1%3C57%3A%3AAID-EAT2260120108%3E3.0.CO%3B2-7> (4. apr 2024)
19. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res*. 2022;243:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.014>
20. Wu MS, Rudy BM and Storch EA. Obsessions, compulsions, and repetitive behavior: autism and/or OCD. I: Davis III Thompson E, White SW, Ollendick TH, red. *Handbook of Autism and Anxiety*. Springer. 2014;107-120. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-06796-4_8 (25. maj 2024)
21. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):263-284. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.001>
22. Amianto F, Secci I, Arletti L et al. Obsessive-compulsive symptoms in young women affected with anorexia nervosa, and their relationship with personality, psychopathology, and attachment style. *Eat Weight Disord*. 2022;27(3):1193-1207. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01252-y>
23. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res* 2015;230(2):294-299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
24. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Disord*. 1996;10(1):27-46. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)00033-X](https://doi.org/10.1016/0887-6185(95)00033-X) (25. maj 2024)
25. Boisseau CL, Thompson-Brenner H, Pratt EM et al. The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013;44(3):316-321. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.01.006>
26. Sundhedsstyrelsen. Behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). National klinisk retningslinje, 2019. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-OCD/National-klinisk-retningslinje-behandling-af-obsessiv-kompulsiv-tilstand.ashx?sc_lang=da&hash=8ACD9D3DA954CCD151EA9F92B45CD9AF (8. jun 2024)
27. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa. 2016. https://www.dpsnet.dk/wp-content/uploads/2021/02/nkranoreksi_final.pdf (14. aug 2024)
28. Rubenstein CS, Altemus M, Pigott TA et al. Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa. *J Anxiety Disord*. 1995;9(1):1-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/088761859591551R> (25. maj 2024)
29. Grabe HJ, Thiel A, Freyberger HJ. Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(6):449-453. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102006449.x>
30. World Health Organization. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*, 2019. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en> (8. jun 2024)