

Statusartikel

Binge eating disorder hos børn, unge og voksne

Marie Lyngdryp Kjeldbjerg^{1, 2}, Pernille Andreassen³, Dorthe Dalstrup Pauls^{2, 4}, Jens Meldgaard Bruun^{2, 3, 4} & Loa Clausen^{1, 2}

1) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, 2) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, 3) Nationalt Center for Overvægt, 4) Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V06250529. doi: 10.61409/V06250529

HOVEDBUDSKABER

- Binge eating disorder (BED) er særlig udbredt hos børn, unge og voksne med overvægt og mistrivelsesproblematikker.
- Et nyligt udviklet screeningsværktøj til praktiserende læger kan bidrage til opsporing af BED hos børn og unge.
- Der findes effektiv behandling af BED til børn, unge og voksne flere steder i Danmark.

Binge eating disorder (BED) er en spiseforstyrrelse, der ofte kan overses hos både børn, unge og voksne, til trods for at den forekommer lige så hyppigt som anoreksi og bulimi [1, 2]. Omkring 1% af børn og unge opfylder kriterierne for BED på et givent tidspunkt [2], og op mod 2% af den voksne befolkning forventes at lide af BED på et tidspunkt i deres liv [1]. Forskning tyder på, at mange unge [3] og voksne med BED ikke får behandling [4], formentlig fordi diagnosen er relativt ukendt blandt både sundhedsprofessionelle og patienter [5]. Da patientgruppen hyppigt ses i sundhedsvæsenet på grund af andre somatiske og psykiatriske problematikker, er der dog mange muligheder for både screening og intervention [3-5]. Formålet med denne artikel er at øge opmærksomheden på BED samt at give et overblik over diagnosekriterier, prævalens, opsporing og behandling hos børn, unge og voksne med denne spiseforstyrrelse.

Diagnosekriterier for binge eating disorder

BED er ifølge det amerikanske diagnosesystem DSM-5 og det kommende ICD-11 en spiseforstyrrelse på lige fod med anoreksi og bulimi [6, 7]. Ved både anoreksi og bulimi ses et forstyrret forhold til krop eller vægt, f.eks. i form af forvrænget kropsopfattelse, eller at vægt og figur har en overdreven betydning for selvopfattelsen. Derudover er kernesymptomet ved anoreksi selvpåført lav kropsvægt, mens kernesymptomerne ved bulimi er tilbagevendende tvangsoverspisninger (defineret nedenfor) og efterfølgende kompenserende adfærd (f.eks. selvfremkaldt opkastning eller ekstrem faste) for at forhindre vægtøgning.

Kernesymptomet ved BED er som ved bulimi tilbagevendende tvangsoverspisninger, men uden den regelmæssige kompenserende adfærd. Ligeledes er der ikke krav om forstyrrede tanker og følelser i forhold til krop og vægt, selv om dette ofte er til stede [8]. Tvangsoverspisninger karakteriseres ved, at man mister kontrol over sin spisning og spiser en objektivt stor mængde mad (min. 2-3 gange mere, end hvad andre vil spise i en lignende situation) inden for et afgrænset tidsrum (højest 2 t.) [6]. En tvangsoverspisning består typisk af en stor mængde mad, som individet selv definerer som »forbudte«, f.eks. hvidt brød, chips, kage eller slik, men kan

også bestå af f.eks. tre portioner aftensmad. Kontroltabet beskrives ofte som at hoppe på et tog, man ikke kan stoppe, og er kendetegnet ved, at man først stopper med at spise, når man har det fysisk dårligt, eller al maden er væk. Ofte spiser personen uden at være fysisk sulten, indtil vedkommende er ubehageligt mæt, eller i et højere tempo end normalt. Samtidig spiser de fleste typisk alene, fordi de skammer sig over deres spisning. Tvangsoverspisningerne efterfølges af betydelige negative følelser såsom skyld og/eller afsky (se **Tabel 1** for diagnosekriterier) [6].

TABEL 1 Diagnosekriterier for tvangsoverspisning ifølge DSM-5 [6].

Ved tilbagevendende bulimiske episode (tvangsoverspisninger) er en bulimisk episode karakteriseret af begge af følgende:

I en afgrænset tidsperiode (f.eks. 2 t.) indtages en madmængde, som er klart større, end hvad de fleste personer kan spise inden for samme tidsperiode under lignende omstændigheder

En følelse af at miste kontrol over spisningen under episoden (f.eks. føle, at man ikke kan stoppe med at spise eller kontrollere, hvad eller hvor meget man spiser)

De bulimiske episoder er ledsaget af 3 (eller flere) af følgende

Man spiser hurtigere end normalt

Man spiser, indtil man er ubehageligt mæt

Man spiser store mængder mad, selv om man ikke føler fysisk sult

Man spiser alene, fordi man føler sig flov over, hvor meget man spiser

Man væmmes ved sig selv, føler sig deprimeret eller meget skyldig efterfølgende

De bulimiske episoder giver anledning til betydelig frustration/lidelse

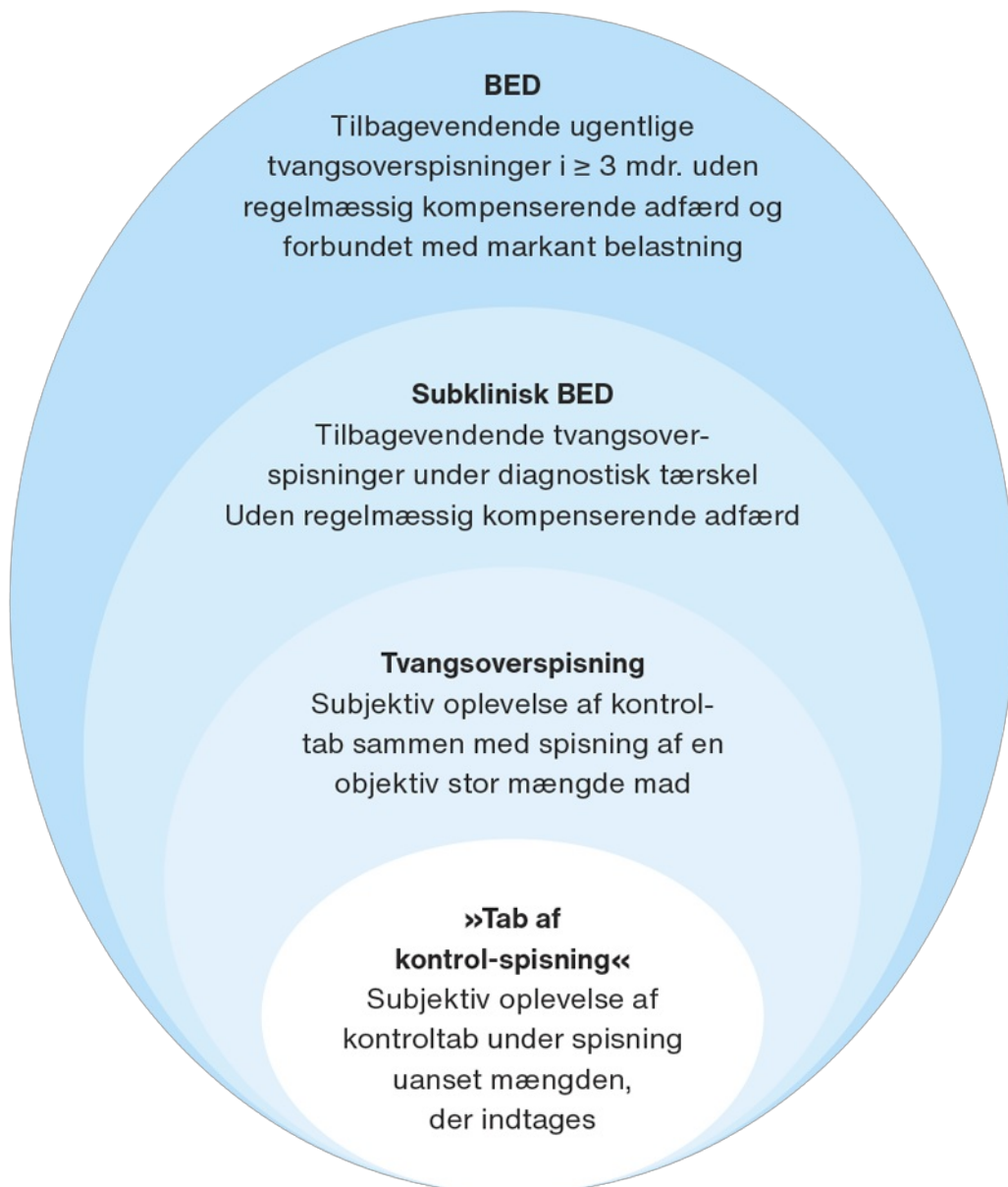
De bulimiske episoder er gennemsnitligt forekommet min. 1 × om ugen gennem de seneste 3 mdr.

De bulimiske episoder er ikke ledsaget af tilbagevendende brug af uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd som ved bulimi og optræder ikke kun i forbindelse med bulimia nervosa eller anorexia nervosa

Diagnosekriterierne for børn og unge er de samme som for voksne. Der bør dog lægges større vægt på kontroltabsfølelsen i forbindelse med overspisningen frem for mængden af mad [9]. Dels fordi definitionen af en stor mængde mad varierer i denne aldersgruppe på grund af forskelle i kropsstørrelse, madbehov og periodevise

vækstspurte, og dels fordi børn og unge har begrænset adgang til mad og indkøb [10, 11]. Derfor bruges ofte begrebet »tab af kontrol-spisning« (loss of control eating) for børn og unge, hvilket f.eks. kan komme til udtryk ved, at de spiser en mindre mængde af mange forskellige madvarer i hjemmet for at undgå, at spisningen opdages af forældrene. »Tab af kontrol-spisning«, hvor der ikke nødvendigvis spises en stor, men en anderledes mængde mad, kan også forekomme hos voksne og inkluderes i ICD-11-definitionen af tvangsoverspisning som alternativt kriterie til den store madmængde [7]. Se **Figur 1** for en visualisering af forholdet mellem »tab af kontrol-spisning«, tvangsoverspisning, subklinisk BED og BED.

FIGUR 1 Definitioner af »tab af kontrol-spisning«, tvangsoverspisning og subklinisk og klinisk binge eating disorder (BED) og deres relation. Oversat og gengivet fra [12].



BED findes ikke i ICD-10, som fortsat anvendes i Danmark, men er som nævnt en selvstændig diagnose i ICD-11

[7, 13]. Indtil implementeringen af ICD-11 er det muligt at kategorisere BED under diagnosekoden F50.8A Tvangsoverspisning. Nuværende praksis i Danmark er typisk at følge DSM-5 kriterierne, som er beskrevet ovenfor og i Tabel 1.

Kort epidemiologisk overblik over binge eating disorder

Der er, så vidt vi ved, kun ét studie, som har undersøgt prævalensen af BED i Danmark. I dette studie baseret på spørgeskemaer fandt forfatterne en etårsprævalens på 2,6% blandt unge 16-17-årige [14], hvilket er i tråd med en metaanalyse, der finder en punktprævalens på 1,3% for BED og 3% for subklinisk BED hos børn og unge. Forekomsten af BED er fundet højere hos børn og unge, der har overvægt [2]. Subkliniske tilfælde er særligt vigtige at være opmærksom på hos børn og unge, da disse er associeret med senere forekommende BED og nuværende dårligt mentalt helbred [15, 16]. Udenlandske befolkningsundersøgelser har fundet en livstidsprævalens hos voksne på 0,8-2% [1, 4]. Kønfordelingen ved BED er ca. tre kvinder for hver mand [4, 17].

Debutalder

Et enkelt studie har fundet »tab af kontrol-spisning« helt ned til seksårsalderen [18]. BED debuterer dog oftest i årene omkring pubertetens start og frem til og med 20'erne [3, 4]. Symptomer på BED er derfor noget, man bør være opmærksom på i alle aldersgrupper.

Helbred og komorbiditet

BED er generelt forbundet med en række psykiske og fysiske lidelser. Hos unge er BED og subklinisk BED associeret med øgede selvmordstanker og -forsøg [3], og det ses også, at en BED-diagnose forudsiger senere overvægt [16]. Voksne med BED har øget risiko for især diabetes, hypertension og forskellige kroniske smerter, og ca. to tredjedele af voksne med selvrapporterede symptomer svarende til BED har overvægt [4]. BED er generelt på tværs af flere aldersgrupper associeret med psykiatrisk komorbiditet såsom depression, angst, ADHD og bipolar affektiv sindslidelse [19].

Risikofaktorer

Udviklingen af BED er påvirket af både sociale, psykologiske og genetiske/biologiske faktorer [12]. Vægtrelateret mobning fra jævnaldrende og vægtrelaterede kommentarer fra familiemedlemmer i ungdommen [20] samt belastende familieforhold [11] er eksempler på sociale risikofaktorer [20]. »Tab af kontrol-spisning« er en risikofaktor for senere tvangsoverspisning [12]. Flere psykologiske og neuropsykologiske faktorer er fundet at være associeret med »tab af kontrol-spisning« hos unge og/eller BED hos voksne. Det gælder f.eks. vanskeligheder med følelsesregulering [21], forhøjet negativ affekt, øget belønningsrespons, opmærksomhedsbias rettet mod mad samt dysfunktion af eksekutive funktioner. Disse antages at have betydning for udviklingen og fastholdelsen af BED [12, 22].

Genetisk forskning peger på en association mellem psykiatrisk og metabolisk sårbarhed og BED [23]. Derudover er nyere forskning også optaget af neuroendokrine faktorerers betydning for tvangsoverspisning [24].

Behandling af binge eating disorder

Kognitiv adfærdsterapi er den mest velundersøgte terapiform til voksne med BED og er virksom både individuelt og i gruppe [25]. Behandlingen forløber typisk over 10-20 sessioner og fokuserer på normalisering af spisemønstre, samtidig med at sammenhængen mellem adfærd, følelser og tanker afdækkes og udfordres [5, 26].

end effekten af disse er mindre velundersøgt sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi [25]. Interpersonel terapi søger at forbedre patientens relationer og relationelle evner, idet relationelle konflikter kan trigge tvangsoverspisning [26, 27]. Dialektisk adfærdsterapi bygger på kognitiv adfærdsterapi, men har et større fokus på at forbedre dysfunktionel emotionsregulering [26, 27]. Generelt mindsker psykoterapi spiseforstyrrelsessymptomerne både ved behandlingsafslutning og op til et år efter. Ca. 50% af voksne i psykoterapeutisk behandling opnår totalt ophør af tvangsoverspisninger ved behandlingsafslutning samt 6 og 12 mdr. efter [25, 28].

For børn og unge findes der kun enkelte effektstudier, som indikerer, at kognitiv adfærdsterapi (både gruppebehandling og individuel behandling), interpersonel terapi, dialektisk adfærdsterapi samt familiebaseret behandling kan være effektive til behandling af BED [5, 29]. Generelt mangler der viden om, hvilken behandling der virker bedst for hvem i relation til både børn, unge og voksne [5].

Tilgængelighed og barrierer for behandling

I Danmark findes der enkelte behandlingstilbud til børn og unge. Behandling til voksne er tilgængelig i psykiatrien over hele landet, om end den stadig er baseret på tidsafgrænsede puljemidler. Nationalt Center for Overvægt giver på deres hjemmeside (som opdateres regelmæssigt) et overblik over, hvor i Danmark der er behandlingstilbud til børn og unge med BED [30].

Samlet set får unge og voksne med BED mindre hjælp til deres spiseforstyrrelse sammenlignet med mennesker med andre psykiske lidelser [3, 4]. En amerikansk befolkningsundersøgelse fandt, at 72,6% af unge med BED var i behandling for et mentalt, fysisk eller socialt problem, mens kun 11,4% af disse havde fået behandling for deres spiseforstyrrelse [3]. Dette billede genfindes blandt voksne med BED [4], og vi antager, at det også er gældende i Danmark, hvor behandling af BED hidtil har været begrænset, særligt for børn og unge. Forklaringen på den begrænsede behandling af BED tænkes at bunde i stigma ved spiseforstyrrelser og overvægt, at personerne med BED ikke selv er klar over, at de har en spiseforstyrrelse og kan få behandling, at sundhedsprofessionelle mangler kendskab til BED, samt at nuværende behandlingstilbud er utilstrækkelige [5].

Patientgruppen med BED er som nævnt ofte i kontakt med sundhedsvæsenet af andre årsager [3, 4], og der er således flere berøringsflader, hvor sundhedsprofessionelle kan være opmærksomme på og screene for BED. Dette vil være særlig relevant, når man møder børn, unge og voksne med overvægt, særligt hvis de selv giver udtryk for, at de har udfordringer i forhold til spisning, eller hvis de også har emotionelle udfordringer såsom tristhed, angst [3, 11] eller relationelle udfordringer med jævnaldrende eller i familien [11, 20].

Opsporing af binge eating disorder

Det er afgørende for patientgruppen med BED, at sundhedsprofessionelle bliver bedre til tidligt at opspore og behandle deres lidelse. Til dette formål er der for nylig udviklet et kortfattet dansk screeningsværktøj, som er målrettet unge 13-18-årige. Screeningsværktøj til tidlig opsporing af BED i almen praksis (STOB) er udarbejdet til brug hos praktiserende læger, men kan også bruges af andre sundhedsprofessionelle. Værktøjet består af seks spørgsmål, som besvares hjemme eller ved egen læge (se **Figur 2**). Derudover medfølger et kort dialogværktøj, som praktiserende læger kan bruge i forbindelse med den indledende eller opfølgende samtale [30]. Screenings- og dialogværktøjet er udarbejdet med sparring fra praktiserende læger samt unge i målgruppen og er undersøgt for sin umiddelbare validitet med gode resultater [10].

FIGUR 2 Screeningsværktøj til tidlig opsporing af binge eating disorder (BED) (STOB) i almen praksis [30].

STOB-værktøjet

Spørgsmål Til børn og unge Om BED

Introduktion

De fleste kender nok til at spise for meget en gang i mellem, for eksempel til højtidet, fødselsdage, eller hvis nogen serverer noget mad, man virkelig godt kan lide. Den slags overspisning er helt almindelig. Men der findes også en anden type overspisning, hvor man blandt andet kan opleve at miste kontrollen over, hvad, hvor meget, eller hvor hurtigt man spiser. Her kan man føle sig ude af stand til at stoppe spisingen, også selvom man ikke er sulten eller har fået ondt i maven. Nogle beskriver det, som om man er på et tog, der kører, og man kan ikke stoppe det eller hoppe af.

Den type overspisning, hvor man oplever at miste kontrollen over sin spising, kan se ud på to måder:

- I den ene spiser man en stor mængde mad på ret kort tid. Man går typisk på jagt efter mad i skabe og skuffer og ender måske med at spise en masse mad hurtigt, for eksempel en sandwich, en bolle med pålæg, chokoladekiks og en portion is.
- I den anden spiser man en mængde mad, som kan opfattes som normal af andre, men hvor man alligevel har følelsen af at miste kontrollen og ikke kunne styre spisingen.

Det er oplevelsen af at miste kontrollen, når man spiser, der er afgørende for, om der er tale om Binge Eating Disorder (BED). **Nedenfor er der 6 spørgsmål, som du skal besvare, så godt du kan.**

Spørgsmål

1. Har du inden for de sidste 3 måneder haft episoder, hvor du har overspist? ☐ JA ☐ NEJ	4. Oplever du at overspise, når du ikke er sulten eller at fortsætte selvom du har fået ondt i maven? ☐ JA ☐ NEJ
2. Hvis ja til spørgsmål 1, hvor mange gange om ugen har du haft episoder med overspisning inden for de sidste 3 måneder? ☐ Mindre end 1 gang ☐ 1-2 gange ☐ 3-4 gange ☐ mere end 4 gange	5. Overspiser du i skjul? Det kan for eksempel være, at du kun overspiser, når du er alene hjemme, at du gemmer papir og poser fra maden væk, eller at du kun spiser mad, der allerede er åbnet for, så det ikke kan ses? ☐ JA ☐ NEJ
3. Oplever du at miste kontrollen i forbindelse med en overspisning, så du for eksempel har svært ved at styre hvad, hvor meget, eller hvor hurtigt du spiser? ☐ JA ☐ NEJ	6. Oplever du at føle skyld, skam eller at blive ked af det, når du har overspist? ☐ JA ☐ NEJ

Nationalt Center for Overvægt
Livet med mere
caretoons

©2024. Materialet er udviklet i et samarbejde mellem Nationalt Center for Overvægt og Caretoons ApS som en del af projektet STOB. Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen og har til formål at udvikle et screeningsværktøj til almen praksis til tidlig opsporing af tvangsoverspisning/Binge Eating Disorder (BED) hos børn og unge samt at udbrede viden om lidelsen i almen praksis samt til patienter og pårørende.

Til screening for BED hos voksne samt børn under 13 år kan STOB også være en inspiration. Derudover findes der til voksne også Binge Eating Disorder Questionnaire (BED-Q), som dog ikke er valideret. BED-Q er udviklet i Danmark og frit tilgængelig på internettet.

Konklusion

Spiseforstyrrelsen BED er en alvorlig psykiatrisk lidelse, der er associeret med betydelig somatisk og psykiatrisk komorbiditet og medfører øget risiko for udvikling af svær overvægt. Der mangler fortsat forskning, som kan gøre os klogere på ætiologi, epidemiologi og behandling, også i dansk sammenhæng. Sundhedsprofessionelle

bør være særligt opmærksomme på at opspore BED, da patienterne sjældent søger hjælp specifikt hertil. Det kan være særlig vigtigt at screene børn, unge og voksne med vægtproblematikker og samtidige emotionelle udfordringer og mistrivsel, da disse faktorer øger risikoen for at udvikle BED eller kan være følgevirkninger hertil. Der findes tilgængelige screeningsværktøjer på dansk til både børn, unge og voksne, og der findes desuden effektiv tilgængelig behandling i Danmark.

Korrespondance Marie Lyngdrup Kjeldbjerg. E-mail: makjpd@rm.dk

Antaget 26. september 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 1. december 2025

Interessekonflikter JMB oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk, Boehringer Ingelheim og Eli Lilly. LC oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V06250529

doi 10.61409/V06250529

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Binge eating disorder in children, adolescents, and adults

In a Danish context, Binge Eating Disorder (BED) is an often-overlooked psychiatric condition affecting children, adolescents, and adults. As patients with BED are often seen in other healthcare settings for different conditions, this review finds that there are many opportunities to improve screening and care for people with BED. This is important, given that BED is a severe eating disorder, but it is also essential because of the significant physical and mental health issues associated with BED. To this end, a new screening tool for general practitioners targeting adolescents has recently been developed.

REFERENCER

1. Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017;5:56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
2. Kjeldbjerg ML, Clausen L. Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(4):549-574. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01850-2>
3. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
4. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):904-14. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
5. Smith KE, Goldschmidt AB. Treatment of binge-eating disorder across the lifespan: an updated review of the literature and considerations for future research. *Curr Obes Rep*. 2024;13(2):195-202. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00553-4>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
7. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en/> (04. sep 2025)

8. Melisse B, Dingemans A. Redefining diagnostic parameters: the role of overvaluation of shape and weight in binge-eating disorder: a systematic review. *J Eat Disord.* 2025;13(1):9. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01187-0>
9. Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eat Behav.* 2008;9(3):360-5. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.03.002>
10. Maigaard S, Andreassen P, Clausen L, Bruun JM. Development and face validity of the Danish STOB screening tool for early detection of binge eating disorder in children and adolescents. *J Eat Disord.* 2025;13(1):55. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01237-7>
11. Byrne ME, LeMay-Russell S, Tanofsky-Kraff M. Loss-of-control eating and obesity among children and adolescents. *Curr Obes Rep.* 2019;8(1):33-42. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-0327-1>
12. Tanofsky-Kraff M, Schvey NA, Grilo CM. A developmental framework of binge-eating disorder based on pediatric loss of control eating. *Am Psychol.* 2020;75(2):189-203. <https://doi.org/10.1037/amp0000592>
13. Bertelsen A. WHO ICD-10: psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. udg. Munksgaard Danmark, 1996
14. Olsen EM, Koch SV, Skovgaard AM, Strandberg-Larsen K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort: a study of prevalence, correlates, and impact. *Int J Eat Disord.* 2021;54(4):492-505. <https://doi.org/10.1002/eat.23458>
15. Andersen ST, Strandberg-Larsen K, Skovgaard AM et al. Comparison of prevalence and mental health problems across symptom frequency of self-reported symptoms of binge-eating disorder in a community sample of adolescents. *Int J Eat Disord.* 2023;56(10):1947-1960. <https://doi.org/10.1002/eat.24023>
16. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:17-30. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S148050>
17. Erskine HE, Whiteford HA. Epidemiology of binge eating disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(6):462-470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
18. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N et al. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(4):385-93. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00363.x>
19. Tan EJ, Raut T, Le LKD et al. The association between eating disorders and mental health: an umbrella review. *J Eat Disord.* 2023;11(1):51. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00725-4>
20. Puhl RM, Wall MM, Chen C et al. Experiences of weight teasing in adolescence and weight-related outcomes in adulthood: a 15-year longitudinal study. *Prev Med.* 2017;100:173-179. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.04.023>
21. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion regulation in binge eating disorder: a review. *Nutrients.* 2017;9(11):1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
22. Clermont C, Rodrigue C, Bégin C. Empirical validation of a developmental model for binge-eating disorder in adolescents: a structural equation modeling approach. *J Eat Disord.* 2025;13(1):79. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01240-y>
23. Davies H, Aicobaie S, Ashraf B et al. Identifying diseases associated with the genetics of anorexia nervosa and binge eating in the UK Biobank. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2024;87:167-168. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.08.332>
24. Baenas I, Miranda-Olivos R, Solé-Morata N et al. Neuroendocrinological factors in binge eating disorder: a narrative review. *Psychoneuroendocrinology.* 2023;150:106030. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106030>
25. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2019;87(1):91-105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
26. Agras WS, Robinson AH, red. The Oxford handbook of eating disorders. 2. udg. Oxford University Press, 2018.
27. Schousboe BH, Clausen L, Støvring RK. BED: en lærebog om binge eating disorder. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2021
28. Linardon J. Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):785-797. <https://doi.org/10.1002/eat.22897>
29. Brothwood PL, Baudinet J. Interventions for improving psychological symptoms in binge eating disorder and loss of control eating in childhood and adolescence: a systematic scoping review. *J Eat Disord.* 2025;13(1):44. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01206-0>
30. Nationalt Center for Overvægt. STOB. Viden om og værktøjer til binge eating disorder, 2024. <https://www.ncfo.dk/stob/> (04).

sep 2025)