



# Pendekatan Klinis *Binge Eating Disorder*

Ivon Lestari Goutama

Alumna Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Atma Jaya,  
Jakarta, Indonesia

## ABSTRAK

*Binge eating disorder* adalah klasifikasi gangguan makan terbaru pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5*, ditandai dengan terbiasanya seseorang untuk makan secara berlebihan atau selalu makan dalam porsi besar tanpa kemampuan untuk mengontrol ataupun menghentikan kebiasaan tersebut. Hal ini dilakukan sebagai sarana untuk mengurangi kecemasan dan meringankan perasaan tertekan, mengatasi kebosanan, atau depresi. Gangguan ini lebih sering terjadi pada wanita terutama di periode usia dewasa muda.

**Kata kunci:** *Binge eating disorder*, depresi, DSM 5, gangguan makan, kecemasan

## ABSTRACT

*Binge eating disorder* is the latest classification of eating disorders in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5*, characterized by overeating or always eating large meals without the ability to control or to stop the habit; as a means to reduce anxiety and oppression, to relieve boredom or depression. Women are more likely to be affected, especially in the period of young adulthood. **Ivon Lestari Goutama. Binge Eating Disorder - clinical approach**

**Keywords:** Anxiety, binge eating disorder, depression, DSM 5, eating disorder

## PENDAHULUAN

Pada tahun 1994, *American Psychiatric Association* melalui *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV* menjelaskan dua kategori spesifik diagnosis gangguan makan, yaitu *anorexia nervosa (AN)* dan *bulimia nervosa (BN)*, sementara untuk gangguan makan lain yang klinis signifikan dan memerlukan studi lebih lanjut dikategorikan dalam EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*).<sup>1</sup>

*Binge Eating Disorder (BED)* merupakan kategori baru dalam DSM-5 untuk diagnosis gangguan makan, yang sebelumnya merupakan bagian dari EDNOS dan didefinisikan sebagai episode makan dengan kuantitas lebih besar (*binge eating*) dari apa yang kebanyakan orang dapat makan dalam periode waktu ataupun kondisi yang sama diikuti dengan adanya perasaan kehilangan kontrol selama proses makan tersebut serta berulang dalam jarak waktu singkat (misalnya setiap periode dua jam), yang terjadi setidaknya seminggu sekali selama tiga bulan.<sup>2-5</sup>

Proses *binge eating* umumnya dilakukan diam-diam meskipun pasien sudah merasa

kenyang dan meliputi makanan dengan nilai kalori tinggi.<sup>4,5</sup> Berbeda dengan dua kategori gangguan makan sebelumnya, pasien BED diketahui tidak memiliki keinginan berlebihan untuk mendapatkan proporsi tubuh kurus, ataupun perilaku kompensasi setelah proses *binge eating*, seperti mencoba muntah, melakukan restriksi diet berlebihan, atau menggunakan laksatif untuk mengeluarkan makanan yang telah dimakan.<sup>4,5</sup>

## EPIDEMIOLOGI

BED adalah gangguan makan paling sering, ditemukan pada 21 – 48% pasien *overweight* dan 5-30% obesitas serta 50-75% pasien dengan *severe obesity* yang mencari perawatan medis.<sup>4-6</sup> Sejumlah 3,5 – 4% wanita dewasa dan 2% pria dewasa memiliki BED,<sup>3,4,5,7</sup> pada pria paling sering dalam rentang usia 45 – 59 tahun dan pada wanita sejak masa dewasa muda yaitu 18 – 29 tahun.<sup>5,8</sup> Sekitar 1,6% remaja diketahui mengalami gangguan makan ini.<sup>9</sup> Proporsi penderita lebih banyak ditemukan pada kulit hitam dibanding kulit putih, namun *onset* pola *binge eating* pada penderita kulit putih lebih dini.<sup>10</sup> Meskipun demikian, psikopatologinya sama pada seluruh kelompok ras dan etnis.<sup>10,11</sup> Prevalensi

gangguan ini lebih banyak pada kelompok individu *overweight* dan obesitas yang mencari penanganan penurunan berat badan, namun BED dapat timbul pada populasi umum, sekalipun dengan berat badan normal.<sup>2</sup>

## ETIOLOGI

Penyebab utama BED belum diketahui sampai sekarang, namun seperti tipe gangguan makan lainnya, dapat ditimbulkan oleh kombinasi beberapa faktor seperti riwayat keluarga, stres interpersonal, perasaan negatif terkait berat badan, bentuk badan, dan makanan, pembatasan pola makan serta kebosanan.<sup>2-4</sup>

Pengalaman masa kecil yang buruk oleh adanya masalah dalam keluarga atau komentar kritis mengenai bentuk badan, berat badan, atau pola makan yang dialami pasien dapat berhubungan dengan perkembangan BED.<sup>3,4</sup> Anggota dalam keluarga yang memiliki riwayat gangguan makan mempunyai risiko tinggi.<sup>12</sup>

Gaya kepribadian impulsif dan ekstrovert termasuk pola makan tidak sehat misalnya melewati waktu makan, tidak makan dalam

Alamat Korespondensi email: [ivon.goutama@gmail.com](mailto:ivon.goutama@gmail.com)



porsi cukup, atau menghindari jenis makanan tertentu, dapat memberikan kontribusi terjadinya gangguan ini.<sup>3,4,12</sup> Pembatasan pola makan, baik dengan diet rendah kalori maupun melewati waktu makan terutama di siang hari oleh pasien BED akan meningkatkan keinginan pasien untuk melakukan *binge eating*, terutama jika memiliki tingkat kepercayaan diri yang rendah dan gejala depresi.<sup>12</sup> Proses makan dijadikan penderita BED sebagai sarana untuk mengurangi kecemasan, mengatasi kebosanan, dan meringankan perasaan tertekan atau depresi.<sup>2,4</sup>

## DIAGNOSIS DAN MANIFESTASI KLINIS

Kriteria diagnosis untuk BED terangkum jelas dalam DSM-5 (Tabel).<sup>2</sup>

**Tabel.** Kriteria diagnosis klinis *binge eating disorder* berdasarkan DSM-5<sup>2</sup>

BINGE EATING DISORDER 307.51 (F50.8)	
A	Episode <i>binge eating</i> berulang. Sebuah episode <i>binge eating</i> dikarakteristikkan dengan dua hal berikut:
1	Makan, dalam periode waktu singkat yang berlainan (misalnya, dalam jangka 2 jam) dengan jumlah makanan yang lebih besar daripada umumnya dikonsumsi seseorang pada periode waktu dan kondisi yang sama.
2	Kurangnya kemampuan mengontrol makan dalam setiap episode (misalnya, perasaan bahwa seseorang tidak bisa berhenti makan atau mengendalikan apa atau berapa banyak asupan yang dikonsumsi)
B	Episode <i>binge eating</i> berhubungan dengan tiga (atau lebih) gejala sebagai berikut:
1	Makan jauh lebih cepat dari biasanya
2	Makan sampai merasa kenyang yang tidak nyaman
3	Makan dalam jumlah besar meskipun secara fisik tidak merasa lapar
4	Makan secara diam-diam karena merasa malu dengan banyaknya asupan yang dikonsumsi
5	Merasa sangat bersalah, jijik dengan diri sendiri, atau depresi setelah <i>binge eating</i>
C	Timbulnya <i>distress</i> bermakna berkenaan dengan <i>binge eating</i>
D	<i>Binge eating</i> rata-rata terjadi setidaknya sekali seminggu selama tiga bulan.
E	<i>Binge eating</i> tidak berhubungan dengan timbulnya perilaku kompensasi berulang yang tidak wajar seperti pada bulimia nervosa dan tidak terjadi secara eksklusif selama berlangsungnya bulimia nervosa dan <i>anorexia nervosa</i>

Ciri penting BED adalah adanya episode berulang *binge eating* yang rata-rata harus terjadi setidaknya sekali seminggu selama 3 bulan.<sup>2</sup>

Sebuah "*episode binge eating*" didefinisikan sebagai proses makan dalam periode waktu berlainan, dengan jumlah makanan lebih

besar daripada kebanyakan orang akan makan dalam periode waktu dan keadaan serupa.<sup>2</sup> Hal yang paling sering membingungkan klinisi untuk mendiagnosis adalah saat menentukan jumlah makanan, makanan yang dianggap berlebihan secara umum mungkin dianggap normal selama perayaan atau liburan.<sup>2</sup>

Periode waktu berlainan dalam BED mengacu pada selang waktu yang singkat, biasanya kurang dari 2 jam, tanpa pembatasan kapan proses makan kembali dilakukan.<sup>2</sup> Seseorang yang mengalami *binge eating* di sebuah restoran dapat kemudian melanjutkan makan saat di rumah.<sup>2</sup> *Snacking* dalam porsi sedikit sepanjang hari tidak akan dianggap sebagai *binge eating*.<sup>2</sup>

Pasien BED cenderung kehilangan kontrol untuk membatasi asupan makan yang sewajarnya dikonsumsi, namun penurunan kontrol terkait *binge eating* bukan hal yang absolut, misalnya, seorang individu dapat terus mengalami *binge eating* saat telepon berdering tetapi akan berhenti jika teman sekamarnya atau pasangannya tiba-tiba memasuki ruangan.<sup>2</sup>

Tipe makanan yang dikonsumsi selama periode *binge eating* sangatlah bervariasi serta lebih ditekankan pada jumlah dibandingkan keinginan mengonsumsi suatu jenis nutrisi.<sup>2</sup>

Pasien BED dikatakan mengalami remisi parsial apabila setelah kriteria BED terpenuhi, BED terjadi pada frekuensi rata-rata kurang dari 1 episode per minggu untuk jangka waktu lama, remisi penuh jika tidak ditemukan kriteria BED setelah sebelumnya pasien didiagnosis BED.<sup>2</sup>

Derajat keparahan BED dibuat berdasarkan frekuensi episode kejadian BED, derajat ringan apabila kejadian BED terjadi 1-3 episode per minggu, derajat sedang apabila 4-7 episode per minggu, derajat berat bila 8-13 episode per minggu, dan derajat *extreme* bila BED mencapai lebih dari 14 episode.<sup>2</sup>

Rata-rata setengah individu BED memiliki obesitas, namun tidak berarti bahwa setiap pasien obesitas memiliki BED.<sup>4</sup> Pasien BED cenderung memiliki riwayat berat badan tidak stabil yang berlangsung lama.<sup>4</sup> BED juga dapat berkaitan dengan insomnia, *menarche* dini, nyeri leher atau bahu dan punggung bawah, nyeri otot kronik, dan penyakit metabolik.<sup>4</sup>

## DIAGNOSIS BANDING

### 1. Bulimia Nervosa (BN)

BED memiliki pola makan berulang yang menyerupai BN, namun berbeda dalam beberapa hal mendasar.<sup>2</sup> Perilaku kompensasi yang tidak wajar dalam usaha mengeluarkan makanan yang telah dikonsumsi, seperti *purging* atau mencoba muntah, penyalahgunaan laksatif, pengaturan pola makan berlebihan, hanya dimiliki oleh BN.<sup>2,4</sup> Individu BED sering mengupayakan restriksi asupan makan yang dirancang untuk mempengaruhi berat dan bentuk badan tanpa hasil.<sup>2</sup> BED juga berbeda dari BN dalam hal respons terhadap pengobatan, perbaikan klinis secara konsisten lebih tinggi pada BED.<sup>2</sup>

### 2. Obesitas

Pasien obesitas secara umum tidak mengalami proses makan berulang dalam waktu singkat, sehingga pada pasien obesitas jarang terjadi fenomena *weight cycling*, yaitu naik turun berat badan lebih dari 10 kg yang tidak stabil.<sup>2,4</sup> Berdasarkan penelitian di Amerika, jika dibandingkan dengan pasien obesitas tanpa BED dengan berat badan yang sama, pasien BED cenderung mengonsumsi kalori lebih besar di setiap proses makan terlepas kondisi BED pasien, patologi gangguan makan lebih hebat seperti *emotional eating* atau kebiasaan makan yang buruk, memiliki gangguan fungsional yang lebih buruk, kualitas hidup lebih rendah, tekanan yang lebih hebat, serta komorbiditas psikiatrik yang lebih besar.<sup>2,4</sup>

### 3. Gangguan Bipolar dan Depresi

Peningkatan nafsu makan dan berat badan termasuk dalam kriteria *major depressive episode* dan secara atipik menentukan diagnosis gangguan bipolar dan depresi.<sup>2</sup> Namun, peningkatan asupan makan dalam konteks *major depressive episode* ataupun gangguan bipolar dapat atau tidak terkait dengan hilangnya kontrol, sehingga jika kriteria lengkap untuk kedua gangguan terpenuhi, kedua diagnosis dapat ditegakkan.<sup>2</sup>

### 4. Borderline Personality Disorder

BED termasuk dalam kriteria gangguan perilaku impulsif yang merupakan bagian dari definisi *borderline personality disorder*. Jika kriteria untuk kedua gangguan terpenuhi, maka kedua diagnosis harus ditegakkan.<sup>2</sup>

## TATALAKSANA

Tatalaksana pasien BED bertujuan untuk



mengurangi frekuensi *binge eating* dan gangguan penyerta lain, meningkatkan kesehatan metabolisme serta memperbaiki berat badan pada pasien yang mengalami obesitas, diabetes, atau keduanya, dan mengatur *mood* (pada pasien dengan gangguan depresi atau kecemasan).<sup>5</sup> Pendekatan tatalaksana pasien BED termasuk psikoterapi, farmakoterapi, dan kombinasi.<sup>5</sup>

### 1. Psikoterapi

*Cognitive behavioral therapy* (CBT) merupakan tatalaksana psikologis yang dianggap paling efektif.<sup>4</sup> CBT menghasilkan penurunan BED dan masalah yang berkaitan, seperti depresi; namun tidak ada penurunan berat badan hanya dengan CBT.<sup>4</sup>

Psikoterapi interpersonal efektif, namun terapi tersebut lebih menekankan hubungan interpersonal yang berkontribusi dibandingkan gangguan utama BED.<sup>4</sup> Dalam dua studi<sup>13,14</sup> ditemukan bahwa psikoterapi interpersonal hasilnya lebih rendah dibandingkan CBT di akhir terapi, namun pasien psikoterapi interpersonal terus menunjukkan perbaikan berkelanjutan setiap tahun setelah terapi selesai, sehingga simpulan akhirnya seimbang.<sup>15</sup> Berdasarkan teori CBT dan psikoterapi interpersonal, penekanan fokus terapi pada hubungan interpersonal akan dapat mempersiapkan individu lebih menyeluruh untuk tantangan kehidupan sosial sehari-hari dibandingkan CBT yang meskipun bekerja cepat hanya fokus pada gangguan BED saja, sehingga angka relapsnya cukup tinggi.<sup>15</sup>

### 2. Farmakoterapi

Beberapa obat seperti *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI), *desipramine*,

*imipramine*, *topiramate*, dan *sibutramine* memberikan hasil yang bermakna.<sup>4</sup> SSRI yang telah berhasil pada kasus BED termasuk dengan perbaikan *mood* meliputi *fluvoxamine*, *citalopram*, dan *sertraline*.<sup>4</sup> Beberapa studi menunjukkan bahwa terapi SSRI dosis tinggi, seperti *fluoxetine* 60 – 100 mg, sering menurunkan berat badan selama pengobatan tetapi kembali naik saat obat dihentikan.<sup>4</sup>

Pada bulan Januari 2015, *lisdexamfetamine* menjadi obat yang pertama (dan satu-satunya) yang disetujui oleh *U.S. Food and Drug Administration* untuk mengobati pasien dengan BED. *Lisdexamfetamine* dikenal luas sebagai stimulan sistem saraf pusat dan *prodrug dextroamphetamine* yang bekerja mengurangi gejala impulsif, gejala *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) pasien anak dan dewasa, dengan efek samping mulut kering, gelisah, insomnia, menurunkan nafsu makan serta gangguan pencernaan.<sup>5</sup> Penelitian *lisdexamfetamine* terhadap hampir 1.000 pasien memberikan hasil sangat bermakna dalam mengurangi frekuensi *binge eating*, pemikiran obsesif dan kompulsif terhadap *binge eating*, dan berat badan.<sup>5</sup> Efek potensiasi *lisdexamfetamine* harus diwaspadai sehingga harus dimonitor secara ketat.<sup>5</sup>

### 3. Kombinasi Psikoterapi dan Farmakoterapi

Dalam satu studi di Amerika Serikat, kombinasi psikoterapi CBT, *lisdexamfetamine*, dan antidepresan generasi kedua membantu pasien BED mengurangi frekuensi *binge eating* dan mampu mengontrol keinginan makannya, serta mengatasi masalah kurang percaya diri.<sup>5</sup> Pasien BED memiliki berbagai tingkat distres yang terkait dengan pemikiran obsesif dan kompulsif, kekhawatiran tentang bentuk dan berat badan, dan gejala *mood* negatif yang

dapat dikurangi dengan kombinasi terapi ini.<sup>5</sup> Aktivitas fisik juga menghasilkan penurunan kejadian BED bila dikombinasikan dengan CBT.<sup>4</sup>

### PROGNOSIS

BED menghasilkan kenaikan berat badan yang mengarah pada obesitas dan komplikasinya, meliputi diabetes melitus tipe 2, penyakit jantung, serta masalah lain pada sistem pencernaan, atau nyeri sendi dan otot.<sup>3</sup> BED umumnya memiliki komorbiditas psikiatri yang signifikan seperti gangguan bipolar, gangguan depresi, gangguan cemas, dan pada sejumlah kecil, penyalahgunaan obat yang berhubungan dengan derajat keparahan BED.<sup>2</sup>

### SIMPULAN

BED dikaitkan dengan buruknya keadaan psikologis dan fisik, termasuk depresi dan gangguan kejiwaan lain, distres hubungan dan gangguan fungsi sosial, sakit kronis, obesitas, dan diabetes. Gangguan ini biasanya muncul pada masa dewasa awal, dapat juga pada masa remaja sampai pertengahan kehidupan. Kriteria diagnosis BED terangkum jelas dalam DSM-5, ditekankan pada hilangnya kontrol terhadap keinginan makan dalam jangka waktu berlainan yang menyebabkan pasien makan dengan porsi yang lebih besar dibanding normal dan terjadi dalam waktu singkat, kurang dari 2 jam. Tatalaksana pasien BED bertujuan untuk mengurangi frekuensi *binge eating* dan gangguan penyerta lain, meningkatkan kesehatan metabolisme serta memperbaiki berat badan pasien. Kombinasi psikoterapi dan farmakoterapi dapat memberikan hasil yang memuaskan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Moore RHS, Wonderlich SA, Walsh BT, Mitchell JE, editors. Developing an evidence based classification of eating disorders: Scientific findings for DSM-5. 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publ. Inc; 2011.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th Ed. "DSM-5". Washington DC: American Psychiatric Publ.; 2013. p.350-3
3. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Binge eating disorder [Internet]. Available from: <http://win.niddk.nih.gov/publications/binge.htm>.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11<sup>th</sup>ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p.519-22.
5. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, et al. Binge-eating disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2016;165(6):409-20. doi: 10.7326/M15-2455.
6. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J. Gastric bypass in a low-income, inner-city population: Eating disturbances and weight loss. *Obesity Res*. 2004;12:956-61.
7. The National Institute of Mental Health. Eating disorders: Facts about eating disorders and the search for solutions [Internet]. Available from: [www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders-new-trifold/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders-new-trifold/index.shtml).
8. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatr*. 2007;61(3):348-58.

## TINJAUAN PUSTAKA



9. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatr*. 2011;68(7):714–23.
10. Lydecker JA, Grilo CM. Different yet similar: Examining race and ethnicity in treatment-seeking adults with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2016; 84(1): 88-94. Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/84/1/88/>
11. Franko DL, Brenner HT, Thompson DR, Boisseau CL, Davis A, Forbush KT, et al. Racial/ethnic differences in adults in randomized clinical trials of binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2012; 80(2): 186–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668439/>
12. Mayo Clinic. Binge eating disorder [Internet]. 2016. Available from: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/binge-eating-disorder/home/ovc-20182926>
13. Barnes RD, Blomquist KK, Grilo CM. Exploring pretreatment weight trajectories in obese patients with binge eating disorder. *Compr Psychiatry* 2011; 52: 312–8.
14. Fairburn CG, Jones R, Peveler R, Carr SJ. Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Arch Gen Psychiatr*. 1991; 48: 463–9.
15. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatr*. 2012;200 (3):232-7



*Up date event Anda*

[www.kalbemed.com/Events.aspx](http://www.kalbemed.com/Events.aspx)