

Bacheloroppgave

Effekten av kognitiv atferdsterapi som behandling for overspisingslidelse

Av

102351

102444

Innleveringsfrist 26.04.2018

VF202 – Bacheloroppgave

Livsstilsendring og folkehelse

Antall ord: 10462

April, 2018

Institutt for helsefag – Høgskolen Kristiania

«Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Institutt for helsefag – Høgskolen Kristiania. Høgskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger»

Forord

Gjennom studieløpet har vi fått god kunnskap innen mange ulike temaer innenfor helse. Vår motivasjon til denne bacheloroppgaven var at vi hele veien har vært nysgjerrige og ivrige på hvordan mennesker håndterer vanskelige følelser og tanker. Vi ønsket å se nærmere på behandlingsmetoder som kan hjelpe når mat og kropp blir problematisk, og når atferd- og tankemønster blir sykkelig.

Vi vil takke veileder for god veiledning og motivasjon. Samtidig takker vi medstudenter, familie og venner for god støtte gjennom hele studieperioden.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1. Innledning	6
<i>1.1 Teori</i>	7
1.1.1 Generelt spiseforstyrrelser.....	7
1.1.2 Overspisingslidelse.....	8
1.1.3 Klassifisering og diagnostisering	8
1.1.4 Overvekt og spiseforstyrrelser.....	10
1.1.5 Sammenhengen mellom overspisingslidelse og overvekt.....	11
1.1.6 Kroppsmasseindeks	11
<i>1.2 Behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser</i>	12
1.2.1 Kognitiv atferdsterapi	12
1.2.2 Andre behandlingsmetoder.....	13
<i>1.3 Problemstilling</i>	13
1.3.1 Utdyping av problemstilling.....	14
1.3.2 Begrunnelse av problemstilling.....	14
1.3.3 Avgrensninger	15
<i>1.4 Oppgavens oppbygging</i>	15
2. Metode	15
2.1. Søkestrategi.....	15
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
2.3 Utvalgt litteratur	18
2.5 Etikk	19
2.6 Kostnader.....	19
3. Resultater	20
3.1 Randomiserte kontrollerte studier	20
3.1.1	20
3.1.2	21
3.1.3	23
3.1.4	25

3.1.5	26
3.2 <i>Meta-analyser</i>	28
4. Diskusjon	30
4.1 <i>Hovedfunn</i>	30
4.2 <i>Korttidsperspektiv og langtidsperspektiv</i>	31
4.3 <i>Tematikk</i>	32
4.3.1 <i>Overspisingslidelse og samsykelighet</i>	32
4.3.2 <i>Overspisingslidelse og vektproblematikk</i>	32
4.3.3 <i>Selvrapporing av BMI</i>	34
4.3.4 <i>Terapeutens tilnærming</i>	34
4.3.5 <i>Effekt på symptomer og grad av livskvalitet</i>	35
4.4 <i>Kritisk vurdering av litteraturstudien</i>	36
4.4.1 <i>Våre inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	36
4.4.2 <i>Litteraturkritikk</i>	37
4.5 <i>Styrker og svakheter</i>	37
4.5.1 <i>Utvalg og frafall</i>	37
4.5.2 <i>Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	38
4.5.3 <i>BMI som måleenhet</i>	38
4.6 <i>Betydning av funn</i>	39
4.6.1 <i>Behov for videre forskning</i>	40
6. Konklusjon	41
Referanseliste	42

Sammendrag

Bakgrunn

Overspisingslidelse er en spiseforstyrrelse som karakteriseres av et tap av kontroll over matinntaket og gjentatte inntak av store mengder mat over kort tid. Studier viser en tydelig forekomst blant overvektige. Kognitiv atferdsterapi er en effektiv form for psykoterapi som omhandler hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen, og har vist god effekt i behandling av spiseforstyrrelser. Hvilke konkrete effekter kognitiv atferdsterapi har på overspisingslidelse er ønsket å se nærmere på.

Problemstilling

Hvor egnet er kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode for overspisingslidelse, og hvilke effekter har det på å redusere symptomer hos pasientene?

Metode

Valgt metode er en litteraturstudie. Databasen PubMed ble benyttet for et systematisk litteratursøk med utvalgte søkeord. Artikler ble valgt ut i fra forhåndsbestemte inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Resultat

Litteraturstudien inkluderer fem randomiserte kontrollerte studier, og en oversiktsartikkel. Studiene viser en signifikant effekt på reduksjon av antall overspisingsepisoder. Noen studier viste vektreduksjon hos deltakerne, men ikke signifikant effekt på reduksjon av BMI. Enkelte studier viser betydningsfull innvirkning på depresjon og bekymring knyttet til kropp, vekt og mat. Korttidsbehandling ga en langtidseffekt, på lik linje med vanlig behandlingstid.

Konklusjon

Kognitiv atferdsterapi bidrar i hovedsak til reduksjon i antall overspisingsepisoder, og kan også redusere bekymringstanker, depresjonssymptomer og angst hos pasientene. Denne artikkelen inneholder for lite litteratur til å trekke en annen konklusjon enn at kognitiv atferdsterapi er et viktig alternativ som behandlingsmetode for pasienter med overspisingslidelse.

1. Innledning

Psykisk helse er et stort og sentralt tema som omfavner mange deler av et menneske.

Gjennom hele livsløpet vil mennesket oppleve små og store utfordringer og hendelser som påvirker egne tankeprosesser og følelser. Et hvert individ har ulike strategier å håndtere påkjenninger i livet, hvor både biologiske, psykologiske og kulturelle faktorer spiller inn på hvordan vi utvikler oss (1). Det er svært mange ytre påvirkninger som kan virke inn på hvilke tanker og følelser som omfavner et menneske, og hvilken opplevelse mennesket har av seg selv. Ungdom og unge voksne er ekstra utsatt for negativ påvirkning, blant annet knyttet opp mot puberteten og endringer i livet fra barn til voksen. Psykiske utfordringer kan likevel ramme mennesker i alle aldre (2). Forekomsten av psykiske lidelser har økt de siste årene. En gruppe psykiske tilstander som omhandler forsøk på å oppnå kontroll og mestring, er spiseforstyrrelser (1). Spiseforstyrrelser er komplekse tilstander som reduserer livskvaliteten hos mennesket, og som påvirker individets tanker, følelser og spiseatferd. Overspisingslidelse er en spiseforstyrrelse som kan utvikles hos mennesker i alle aldre, og kjennetegnes ved overspising og tap av kontroll over matinntaket. Spiseforstyrrelsen rammer både normal- og overvektige personer, men studier viser en tydelig forekomst blant overvektige (3).

Ikke alltid er den psykiske helsen en del av behandlingen av overvekt og fedme, til tross for at både overvekt og psykiske lidelser er et økende helseproblem i befolkningen. Det er viktig å undersøke hvilke behandlingsmetoder som kan hjelpe når mat og kropp blir problematisk, og når atferd- og tankemønstre bli sykelig både for individet, men også på samfunnsnivå. Dette øker sjansen for suksessfull behandling, og økt livskvalitet hos individet og bidra til økt forståelse og kartlegging for psykiske tilstander som omhandler kropp og mat. Samtidig er det viktig å finne flere strategier som kan bidra med å forebygge utviklingen av spiseforstyrrelser. Psykoterapi er samtalebaserte behandlingsmetoder som hjelper individet til å håndtere, endre og utforske egne tanker, følelser og atferd slik at individet oppnår bedring (4). Kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode som er godt dokumentert i behandling av spiseforstyrrelser og andre psykiatriske tilstander (5). Hvilke effekter det gir og hvilke spesifikke faktorer denne behandlingsmetoden har på overspisingslidelse er interessant å se nærmere på. Dette kan bidra til at det er enklere å ta tak i elementer av sykdommen, før den blir mer alvorlig og utvikler seg videre.

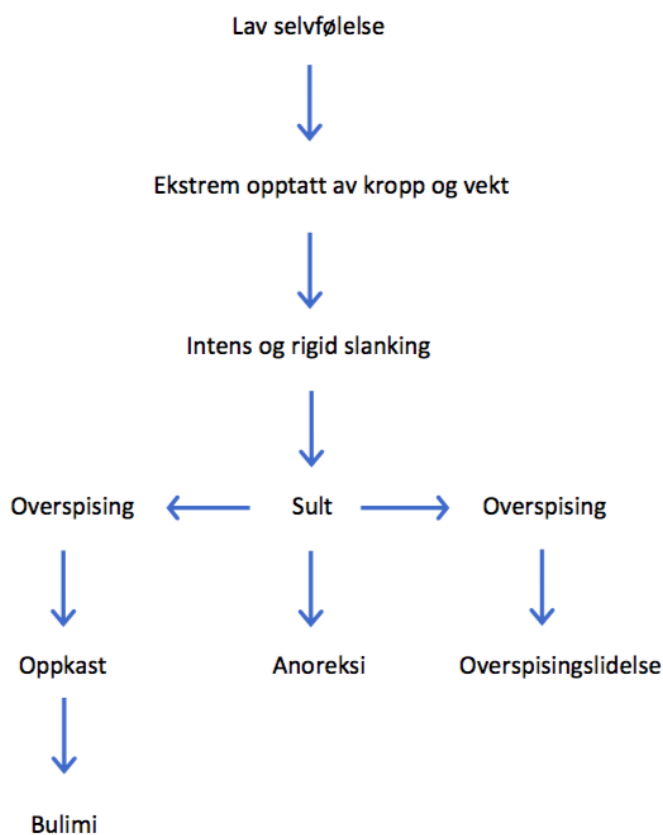
1.1 Teori

1.1.1 Generelt spiseforstyrrelser

Helsemyndighetene definerer spiseforstyrrelser som en gruppe psykiske lidelser med symptomer som omhandler forholdet til mat, kropp og vekt (6). Sitert fra Finn Skårderud, 2000, defineres spiseforstyrrelser som:

“Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten” (7)

Misnøye med eget utseende og prestasjoner er et utbredt fenomen i den generelle befolkningen (8, s. 12). Det er menneskelig å evaluere seg selv på bakgrunn av hvordan man presterer og tar oss ut i samfunnet. Hos mennesker med spiseforstyrrelser vil vekt, form, prestasjoner og personlige egenskaper bli et estimat på personens egenverd og selvoppfatning, og det er stor sammenheng mellom lav selvfølelse og spiseforstyrrelser (Figur 1). Det å ha vansker med å forholde seg til mat, handler mye om å ta kontroll over egne tanker og følelser.



Figur 1; Kognitiv modell for spiseforstyrrelser. Viser sammenhengen mellom lav selvfølelse og utviklingen av spiseforstyrrelser (9, s. 143)

Spiseforstyrrelser finnes i flere former, og deles hovedsakelig inn i tre hovedtyper (10). Vi skiller mellom anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (Binge Eating Disorder; BED). I tillegg finnes det spiseforstyrrelser som ikke fyller de diagnostiske kriterier for verken anorexia nervosa, bulimia nervosa eller overspisingslidelse, men som ofte har likhetstrekk med de andre diagnosene. Disse kalles atypiske eller uspesifiserte spiseforstyrrelser (Eating Disorder Not Otherwise Specified; EDNOS). Mens anorexia nervosa og bulimia nervosa som regel oppstår i ungdomsårene, starter ofte overspisingslidelse i voksen alder, og i noen tilfeller som en konsekvens av andre former for spiseforstyrrelser (8, s. 17). Forekomsten av overspisingslidelse angis til å være 3% av befolkningen, hvorav 1/3 er menn.

1.1.2 Overspisingslidelse

Overspisingslidelse omhandler flere episoder med inntak av større mengder mat over kort tid og karakteriseres med at overspiseren opplever et tap av kontroll over matinntaket (8, s. 14). Episodene trigges ofte av en stor trang til å spise, av årsaker som ofte omhandler emosjonelle påkjenninger eller tidligere restriktivt matinntak. I etterkant av en slik overspisingsepisode føler personen ofte på følelser som skam og skyldfølelse. I motsetning til en som lider av bulimia nervosa, bruker ikke overspiseren metoder for å kvitte seg med maten eller energioverskuddet. Frekvensen av overspisingen kan variere fra en til to ganger i uken, til flere ganger om dagen.

1.1.3 Klassifisering og diagnostisering

I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015 (ICD-10) finner vi de diagnostiske kriteriene for de ulike spiseforstyrrelsene (6). I ICD-10 finner vi kun hovedgruppene anorexia nervosa, bulimia nervosa og uspesifikke spiseforstyrrelser, der overspisingslidelse går under kategorien uspesifikke spiseforstyrrelser. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) er et klassifikasjonssystem utarbeidet av American Psychiatric Association (APA), der de diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelser er noe forskjellig fra de som finnes i ICD-10. I DSM-IV er overspisingslidelse definert som et av punktene under hovedkategorien uspesifikke spiseforstyrrelser. Overspisingslidelse ble her beskrevet som “Recurrent episodes of binge eating in absence of the regular use of inappropriate compensatory behaviors characteristic of Bulimia Nervosa” (11). Fra 2013 ble det gjort endringer i manualen og overspisingslidelse ble

en egendefinert kategori og diagnose i DSM-5 (6). Siden ICD-10 mangler diagnostiske kriterier for overspisingslidelse, benyttes kriteriene i DSM-5 til å sette diagnosen overspisingslidelse i Norge. Oversatt av helsedirektoratet har DSM-5 følgende diagnostiske kriterier for overspisingslidelse:

A) Gjentatte episoder med overspising. En overspisingsepisode er karakterisert av følgende:

1. Spising av en mengde mat som er definitivt større enn hva folk flest ville spise innenfor et avgrenset tidsrom (f. eks i løpet av to timer) under de samme omstendighetene.
2. En opplevelse av kontrolltap over spisingen under episoden (kan ikke stoppe å spise eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser).

B) Overspisingsepisoden er assosiert med tre eller flere av de følgende kriteriene:

1. Spiser raskere enn normalt
2. Spiser til en føler seg ukomfortabelt mett
3. Spiser store mengder mat uten å kjenne fysisk sult
4. Spiser alene fordi en er flau over mengden mat som spises
5. Føler seg kvalm, deprimert eller skyldig etterpå

C) Markert ubehag i forhold til overspisingsepisoden.

D) Overspisingsepisode i gjennomsnitt 1 gang per uke i minst tre måneder.

E) Overspisingen er ikke forbundet med gjentatt bruk av upassende kompensatorisk atferd som ved bulimi, og skjer ikke bare under en periode med bulimi eller anoreksi.

The Eating Disorder Examination (EDE) er et semistrukturert intervju utarbeidet av Professor Fairburn og Dr. Cooper (12). Intervjuet gir informasjon om alvorlighetsgraden av en spiseforstyrrelse, i tillegg til å være et godt hjelpemiddel for diagnostisering (13). Verktøyet brukes for å vurdere psykopatologien forbundet med diagnostisering av spiseforstyrrelsen, samt pasientens nåværende tilstand. Intervjuet har et standardsett med spørsmål og varer i minst 45 minutter, men sjeldent lenger enn én time og 15 minutter (12). Spørsmålene i intervjuet fokuserer hovedsakelig på de siste fire ukene (28 dagene), og kartlegger hyppigheten av sentrale atferdstrekk ved en spiseforstyrrelse. Samtidig gir den informasjon om alvorlighetsgraden av en rekke aspekter ved spiseforstyrrelsen. Noen av spørsmålene dekker en lengre periode, tre måneder, da de kan være av diagnostisk betydning. EDE skåres innen fire subskalaer: restriksjon, bekymring for spising, bekymring for vekt og bekymring

for figur. Skåringene foretas fortløpende under intervjuet, og skåres på en skala fra 0-6, der null representerer fravær av den aktuelle tilstanden og seks representerer tilstedeværelse i ekstrem grad. Skåren for hver enkelt subskala regnes ut og rapporteres som gjennomsnitt og standardavvik. For å finne en samlet eller «global» skår, summeres de fire subskalaskårene, og totalsummen deles på antall subskalaer.

I intervjuet EDE forekommer spørsmål som kan identifisere de ulike spiseforstyrrelsene, deriblant overspisningslidelse (12). Disse spørsmålene omhandler bulimiske episoder og andre episoder med overspisning, og er å finne under subskalen bekymring for spising. Et begrep som ofte dukker opp er objektive bulimiske episoder. Objektive bulimiske episoder (OBE's) defineres som inntak av unormale mengder mat i løpet av de siste 28 dagene med en subjektiv følelse av tap av kontroll.

Det er blitt utviklet et selvrapporteringskjema, Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), som er basert på intervjuet EDE (14). I likhet med EDE består EDE-Q av fire subskalaer, der subskalaskårene og den globale skåren regnes ut på samme måte som i intervjuvarianten. Spørreskjemaet består av 28 spørsmål og måler alvorlighetsgraden av en spiseforstyrrelse. Noen av spørsmålene i EDE-Q omhandler frekvens av ulike typer atferd og går ikke under en subskala, men gir verdifull klinisk informasjon om pasientens atferd og handlingsmønster (13). Skjema spør også om høyde og vekt, for å regne ut BMI.

1.1.4 Overvekt og spiseforstyrrelser

Fedme er en av de viktigste helseutfordringene i verden, og omtrent 315 millioner (5%) av verdens befolkning har en BMI på over 30 (15). I Norge har en av fem nordmenn en BMI på over 30. Dette er svært urovekkende med tanke på at overvekt og fedme gir økt sykdomsrisiko og kan føre til flere helseproblemer, i tillegg til å skape problemer med trivsel og livskvalitet. Helsedirektoratet oppgir at opp til 30% av kvinner som søker behandling for fedme har, eller har hatt, en spiseforstyrrelse tidligere i livet. Som regel gjelder dette bulimia nervosa, men overspisningslidelse opptrer stadig oftere. Vi kjenner ikke til tilsvarende tall for menn, men mye tyder på at de samme tallene også gjelder for menn.

1.1.5 Sammenhengen mellom overspisingslidelse og overvekt

Overspisingslidelse rammer både normal- og overvektige personer, men studier viser en tydelig forekomst blant overvektige (3). Omtrent 20-30 % av mennesker med BMI over 27 og 40 % av mennesker med fedme tilfredsstiller diagnosekriterier for overspisingslidelse.

Utvikling av vektproblemer kan henge sammen med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger (15). Nederlagsfølelser, stress, bekymringer, depresjon og tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger og aktiviteter kan påvirke mennesket negativt, og føre til forstyrret spiseatferd og vektøkning. Sammen med overvekt kan det utvikles sykdomstilstander og livsstilssykdommer som høyt blodtrykk (hypertensjon), høyt kolesterol (hyperlipidemi), hjerte og karsykdommer og diabetes type 2. Derfor er det viktig å ta tak i vektproblematikken, i tillegg til de psykologiske faktorene rundt lidelsen, slik at personen ikke får følgesykdommer og komorbiditet.

1.1.6 Kroppsmasseindeks

Kroppsmasseindeks (BMI; Body mass index) er et mål på vekt i forhold til høyde, og er en enkel måte å beregne om en person er undervektig, normalvektig eller overvektig (16). BMI beregnes ut i fra personens vekt og høyde og regnes ut på følgende måte: $\text{vekt}(\text{kg})/\text{høyde}(\text{m})^2$. BMI brukes til å si noe om risikoen for å utvikle sykdom. Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en oversikt over sammenhengen mellom BMI og sykdomsrisiko. BMI verdiene deles inn i flere klassifiseringer, ut i fra hvor høy eller lav summen er (Tabell 1).

Tabell 1: Viser sammenhengen mellom BMI og helse for voksne, uansett alder og kjønn. (17)

Klassifisering	BMI ¹	Sykdomsrisiko
Undervekt	18.4 eller lavere	Lav for diabetes, men økt for andre helseplager
Normalvekt	18-5-24.9	Lav
Overvekt	25.0-29.9	Økt for diabetes
Fedme – grad I	30-34.9	Økt for diabetes, økt for dødelighet
Fedme – grad II	35-39.9	Høy risiko for flere helseproblemer, økt dødelighet
Fedme – grad III	40 eller høyere	Ytterligere økt helserisiko

¹BMI; Body mass index

Det er viktig å poengtere at BMI ikke skiller mellom fett- og muskelmasse, og tar heller ikke høyde for alder og kjønn (18, s. 125). Mennesker med stor muskelmasse kan derfor ha høy BMI, uten å være overvektige eller ha en helserisiko. Dette har likevel lite å si i et befolkningsperspektiv, ettersom denne gruppen utgjør en svært liten del av befolkningen.

1.2 Behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser

Flere oppfølgingsstudier gjort over fem år, viser at 10% av personer diagnostisert med overspisingslidelse forblir syke (19). Lidelsen preges av overspising som kan føre til vektøkning. Studier viser at prevalensen av overvekt og fedme doubles hos pasienter som ikke viser bedring i sykdomsforløpet. Behandling av spiseforstyrrelsen er derfor viktig både for å forbedre den mentale helsen, men også den fysiske. Hovedmålene med de ulike behandlingsmetodene av spiseforstyrrelser er å forbedre spiseatferden og gjøre det enklere å håndtere følelser og tanker i forhold til kropp, vekt og selvfølelse (20). Samtidig skal det bevisstgjøre de underliggende tankeprosessene som vedlikeholder spiseforstyrrelsen.

1.2.1 Kognitiv atferdsterapi

Psykoterapi kan defineres som “enhver intervensjon som har til hensikt å redusere psykologisk ubehag, redusere uhensiktsmessig atferd eller fremme hensiktsmessig atferd gjennom veiledning, strukturert eller ustrukturert interaksjon, et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan” (21, s. 46). Kognitiv atferdsterapi er en form for psykoterapi som omhandler hvordan tanker, følelser, atferd og handlinger henger sammen (22). Terapien er en kombinasjon av kognitiv terapi og atferdsterapi og handler om sammenhengen mellom tanker, følelser, opplevelser og atferd (23). Kognitiv atferdsterapi tar for seg hvilken situasjon pasienten er i nå, i forskjell fra andre behandlingsmetoder som tar for seg vansker fra fortiden (21, s. 46). Pasienten lærer å håndtere og endre tankeprosesser, og videreføre dette i handlinger de gjør. Denne typen terapi krever dermed at pasienten selv er aktiv og prøver ut nye måter å håndtere ulike situasjoner på mellom behandlingstimene (23). Samtidig er dette en korttidsterapi som fokuserer på problemløsning hvor terapeuten kartlegger sammen med pasienten, hvilke faktorer som bidrar til at uønskede tanker eller handlinger opprettholdes. Pasienten skal oppleve økt mestring, via ulike oppgaver og øvelser som kan skape ønsket atferdsendring.

Behandlingen foregår i samtaler med psykolog eller terapeut og har et intervall på en til to ganger per andre uke. Samtalene går over 20 til 60 minutter og har til hensikt å øke bevisstheten rundt egne tanker, atferdsmønstre og følelser og identifisere automatiske tanker. Samtidig vil pasienten lære ulike strategier for å håndtere og løse vanskelige problemer. Kognitiv atferdsterapi benyttes ofte sammen med medikamentell behandling, eller som behandlingsform alene. Terapimetoden brukes for en rekke sykdommer og plager innenfor psykiatrien og avhengighetsbehandling som blant annet angst, depresjon, atferdsproblemer og røykavvenning.

1.2.2 Andre behandlingsmetoder

Det finnes flere ulike terapeutiske teknikker og tilnæringsmetoder innen psykoterapi, hvor kognitiv atferdsterapi er en dem (4). En annen sentral tilnærming som brukes i behandling av flere psykiske lidelser er interpersonlig psykoterapi (IPT). Behandlingsmetoden er en korttidsterapi og har til hensikt å hjelpe pasientene med å mestre mellommenneskelige vansker (24). Målet er å bedre kommunikasjonen med andre mennesker, spesielt rundt deres følelser og behov. Behavioral weight loss therapy (BWLT) er en annen terapiform, med hovedfokus på atferdsendring (25). Denne behandlingsmetoden tar for seg ulike strategier for livsstilsendring som skal ha som mål å føre til vektnedgang og økt livskvalitet hos individet. Samtidig skal atferdsendringen i livsstilsvaner kunne bidra til at individet opprettholder vekten over tid. BWLT foregår ofte i ukentlig grupper, med en varighet på rundt 60-90 minutter og foregår over 20 uker (26). I løpet av disse ukene legges det flere individuelle daglige, og ukentlige mål, som innebærer positiv endring av atferden rundt mat og fysisk aktivitet.

1.3 Problemstilling

Denne oppgaven har som formål å samle og oppsummere god informasjon om hvilken effekt kognitiv atferdsterapi har som behandling av spiseforstyrrelsen overspisingslidelse.

Overspisingslidelse er ikke like grundig undersøkt og forsket på i forhold til andre spiseforstyrrelser, til tross for at det er en av de mest utbredte spiseforstyrrelsene i befolkningen (8, s. 17). Det er viktig å poengtere at spiseforstyrrelser er en psykisk sykdom, og ikke en livsstil man velger. Vi mener dette er et fagfelt som bør undersøkes nærmere, slik

at man kan finne gode behandlingsmetoder som kan lindre symptomene ved overspisingslidelse, og øke livskvaliteten hos individer med spiseforstyrrelsen. Derfor har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvor egnet er kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode for overspisingslidelse, og hvilke effekter har det på å redusere symptomer hos pasientene?

1.3.1 Utdyping av problemstilling

Effekter vi ønsker å undersøke er generelt hvilken virkning kognitiv atferdsterapi har på å dempe symptomer, hvor vi primært undersøker behandlingens innvirkning på antall overspisingsepisoder og BMI. Sekundært ønsker vi å se på hvordan kognitiv atferdsterapi kan bidra til å redusere eller dempe psykiske følgesymptomer. Vi kommer til å undersøke både korttidseffekter og langtidseffekter.

1.3.2 Begrunnelse av problemstilling

I dagens samfunn er det mange ytre påvirkninger som kan virke inn på hvordan mennesker tenker og føler seg, og ikke minst hvilken opplevelse vi har av oss selv. Kroppsbilde og selvbildet av bare noen deler som kan være utsatt for negativ påvirkning. Overspisingslidelse er en alvorlig lidelse som ikke bare preger den psykiske helsen hos individet, men som også vil øke risikoen for å utvikle livsstilssykdommer på grunn av risiko for overvekt og fedme (27, s. 342). Kognitiv atferdsterapi har vært en effektiv behandlingsmetode for flere tilstander i psykiatrien, og det har også vist god effekt i behandling av spiseforstyrrelser (5). Når mat og kropp blir problematisk, og atferd- og tankemønstre blir sykelige, er det viktig å vite hvilke behandlingsmetoder som fungerer. Dette for å forhindre forverring eller komplikasjoner, og ikke minst øke livskvaliteten hos individet, noe som ligger til grunn for vårt valg av problemstilling.

1.3.3 Avgrensninger

I denne oppgaven ønsker vi å fokusere på diagnosen overspisingslidelse, og vil derfor ikke inkludere anorexia nervosa. Det er viktig å merke seg at i DSM-IV er overspisingslidelse et punkt under kategorien uspesifikke spiseforstyrrelser. Dette er beskrevet som tilbakevendende episoder av overspising uten kompenserende eller rensende atferd karakterisert som bulimia nervosa (11). Uspesifikke spiseforstyrrelser i alle former er ikke inkludert i artikler som går ut i fra kriterier for overspisingslidelse i DSM-5. Diagnosen bulimia nervosa er mye forsket på i forhold til kognitiv atferdsterapi og har mange likhetstrekk med overspisingslidelse (28, s. 100). Vi har derfor vært åpen til at denne diagnosen kan dukke opp i relevante studier, spesielt ved overvektige pasienter.

1.4 Oppgavens oppbygging

Problemstillingen i oppgaven vil besvares ut i fra kapitlene metode, resultat, diskusjon og konklusjon. Metodedelen beskriver fremgangsmåten brukt for å innhente relevant informasjon og kriterier for valg av litteratur. I resultatdelen presenteres funnene gjort i denne studien, som deretter drøftes opp mot problemstilling og aktuell teori. Avslutningsvis vil det bli dratt slutninger og konklusjoner på bakgrunn av resultatene.

2. Metode

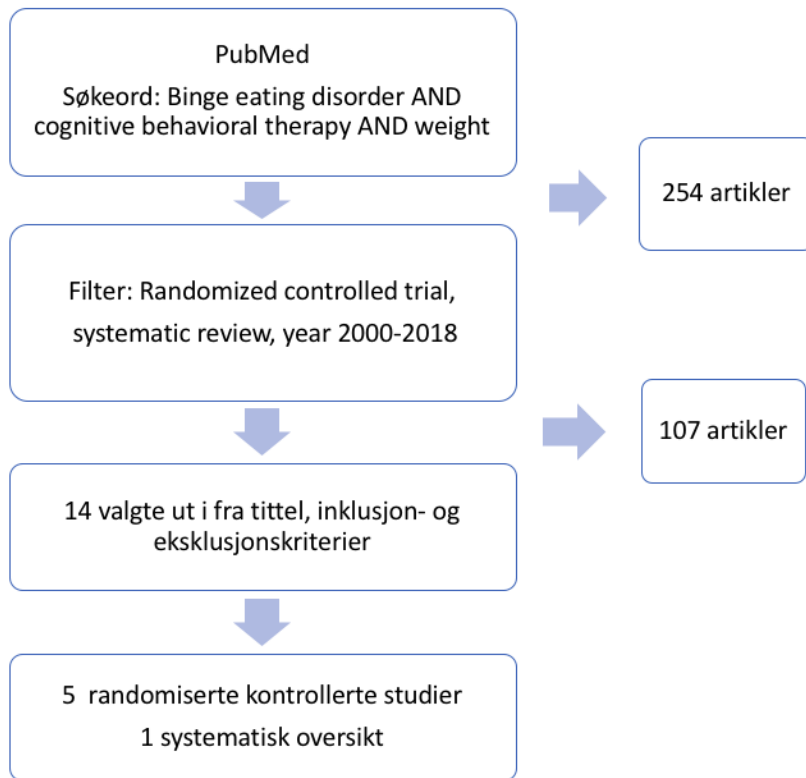
Vi har valgt å svare på problemstillingen vår ved å gjennomføre en litteraturstudie.

Litteraturstudie er en rent teoretisk studie som utføres med et litteratursøk for å samle inn kunnskap og informasjon om et valgt tema. Tematikken gjør det vanskelig å gjennomføre en annen metodisk tilnærming på grunn av begrenset tilgang på ressurser. Dette i form av tid, utstyr, tilgang og oppsøking av terapeuter og forskningsobjekter, samt etisk grunnlag.

2.1. Søkestrategi

Vi benytter godt kjente databaser innen medisin og helsefag for å finne litteratur egnet til å svare på problemstillingen, og for å sette oss inn i tematikken. Vårt første litteratursøk ble gjort systematisk på MEDLINE og PubMed, hvor vi fikk hjelp av biblioteket på Høyskolen Kristiania og tildelt veileder til valg av søkeord. Søkene i databasene MEDLINE og PubMed ga flere like resultater, og etter å ha prøvd ulike kombinasjoner med aktuelle søkeord, var det

“binge eating disorder”, “cognitive behavioral therapy” og “weight” som ga de mest relevante resultatene i databasen PubMed (Figur 2). Søkord som omhandlet hyppighet på overspisingsepisoder, ga ikke ønsket resultat og ble ikke inkludert. De utvalgte artiklene er oppført i Tabell 4.



Figur 2: Figuren viser søkestrategi fra litteratursøk i PubMed.

Ved benyttelse av valgte søkeord fikk vi totalt 254 treff, hvorav 107 med filter (Figur 2). Vi gikk fortløpende gjennom titler og sammendrag til vi kom frem til 14 artikler. Etter grundig gjennomlesing av artiklene, ble ytterligere åtte artikler ekskludert. De ekskluderte artiklene inkluderte flere spiseforstyrrelser og behandlingsmetoder enn ønsket, og/eller viste funn og resultater som ikke var relevant for vår problemstilling.

For å forsikre oss om at vi fikk med nok relevant litteratur for å besvare problemstillingen, gjennomførte vi et nytt litteratursøk i Mars 2018. Dette gjorde vi ut ifra litteraturen vi allerede hadde, og med litt andre søkeord. Litteratursøket ble gjort usystematisk, med fokus på at tittelen på artiklene inkluderte ulike former av søkeordene “binge eating disorder” og “cognitive behavioral therapy”. Fire artikler ble valgt ut på bakgrunn av overskrift og sammendrag, og ble grundig lest av begge forfattere. Ytterligere en artikkel ble inkludert etter det andre litteratursøket, med samme eksklusjonsgrunner som ved første litteratursøk.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Aktuelle artikler ble valgt ut i fra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 3). Det var ønskelig å ha med artikler som var publisert etter år 2000 for å få ny og oppdatert kunnskap, siden overspisingslidelse nylig har blitt en egen diagnose. Foretrukne studiedesign var meta-analyser, systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier (RCT). RCT er å foretrekke som forskningsmetode når man ønsker å se på effekt av et tiltak (29). Samtidig er dette en prospektiv studie som følger deltakerne over tid og samler data underveis. Meta-analyser og systematiske oversiktsartikler gir god oversikt over eksisterende forskning innen fagfeltet med høy validitet.

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøk.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Overspisingslidelse - alene eller kombinert med overvektige pasienter med bulimia nervosa	Bulimia nervosa, anorexia nervosa og EDNOS ³ .
Randomisert kontrollerte studier og systematiske oversiktsartikler	Andre studiedesign enn randomiserte kontrollerte studier og systematiske oversikter
Individuell eller gruppebasert oppfølging	Selvhjelp eller ledet selvhjelp som hoveddel av behandlingen
Kognitiv atferdsterapi i form av samtale med terapeut/psykolog.	Samtaler med terapeut/psykolog over internett, telefon og/eller e-mail
Artikler publisert etter år 2000	Artikler publisert tidligere enn år 2000
Kognitiv atferdsterapi som behandling, eller i sammenligning med andre kognitive terapimetoder (BWL ¹ , IPT ²)	Andre psykiatriske og farmakologiske behandlingsmetoder.
Diagnostisert overspisingslidelse og/eller uspesifikke spiseforstyrrelser med overspising som utfyller kriteriene for DSM-IV eller DSM-5	Udiagnostisert overspisingslidelse som ikke utfyller kriteriene i DSM-IV eller DSM-5

¹BWLT; Behavioral weight loss therapy, ²IPT; Interpersonlig psykoterapi, ³EDNOS; Eating Disorder Not Otherwise Specified

2.3 Utvalgt litteratur

De utvalgte artiklene ble grundig gjennomlest av begge forfattere (Tabell 4). For å vurdere hvilke artikler som var aktuelle for å svare på vår problemstilling, analyserte vi artiklene ut i fra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi benyttet oss av sjekklister fra folkehelseinstituttet for å gjøre en kritisk vurdering av de utvalgte randomiserte kontrollerte studiene (30). Dette ble også gjennomført ved vurdering av oversiktsartikkelen (31). Disse var utarbeidet av nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og ble hentet fra folkehelseinstituttet.

Tabell 4: Tabellen viser våre utvalgte artikler etter alle litteratursøk.

Artikkel	Beskrivelse	Hovedfunn
Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis (32)	Sammenligner og tar for seg psykologiske og farmakologiske behandlingsmetoder.	Viser at CBT ¹ har en signifikant effekt på reduksjon av OBE's ⁵ . CBT ¹ er et godt alternativ i behandling av overspisingsslidelse.
Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success (33)	Randomisert kontrollert studie som undersøker langtidseffekt av kortvarig behandling med CBT ¹ hos pasienter med overspisingsslidelse.	CBT har signifikant reduksjon i antall OBE's ⁵ , depresjonssymptomer og bekymringstanker. CBT ¹ har liten effekt på BMI ⁴ .
Efficacy and predictors of long-term treatment success for Cognitive-Behavioral Treatment and Behavioral Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with binge eating disorder (34)	Randomisert kontrollert studie som undersøker langtidseffekten av CBT ¹ og BWLT ² . Målte BMI ⁴ , symptomer på depresjon, antall overspisingsepisoder og sykdomsforløp.	CBT ¹ gir signifikant forbedring i antall OBE's ⁵ sammenlignet med baseline. Deltakere hadde en signifikant forverring under oppfølging, men tydelig forbedring etter seks år sammenlignet med baseline.
Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder (35)	Randomisert kontrollert studie som undersøker langtidseffekt av gruppebasert IPT ³ og CBT ¹ . Studien har en oppfølgingstid på fire år etter behandling.	CBT ¹ har en signifikant langtidseffekt på reduksjon av OBE's ⁵ , bekymring rundt kropp og vekt, depresjon og angst. Både IPT ³ og CBT ¹ viser en god effekt i behandling av BED ⁶ .

Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial (36)	Randomisert kontrollert studie som undersøker effekten av CBT ¹ og BWLT ² hos overvektige pasienter med BED.	Viser en signifikant reduksjon i antall overspisingsepisoder i både BWLT ² og CBT ¹ . Størst i CBT ¹ . BWLT ² og kombinasjonen av begge behandlingene ga best effekt på reduksjon i BMI ⁴ .
A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder (37)	Randomisert kontrollert studie som undersøker langtidseffekten av gruppebasert CBT ¹ og IPT ³ for pasienter med overspisingsslidelse. Deltakerne blir fulgt opp ett år etter behandlingsslutt.	Studien viser et likeverdig resultat i IPT ³ og CBT ¹ . Begge behandlingsmetodene gir en signifikant reduksjon i antall OBE's ⁵ .

¹CBT; Kognitiv atferdsterapi, ²BWLT; Behavioral weight loss therapy, ³IPT; Interpersonlig psykoterapi, ⁴BMI; Body mass index, ⁵OBE's; Objektive bulimiske episoder, ⁶BED; Binge eating disorder

2.5 Etikk

Vi foretar oss en litteraturstudie, og ser derfor ikke for oss noen spesielle etiske problemer eller utfordringer som må tas hensyn til. Forskning vi benytter oss av er utført i henhold til etiske retningslinjer for medisinsk forskning. Helsinkideklarasjonen er en av de viktigste etiske retningslinjene vi har og brukes internasjonalt. Deklarasjonen tar for seg en rekke prinsipper for forskning på mennesker, der pasientens medvirkning, informasjon og samtykke står sentralt (38). I Norge er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som vurderer om forskning blir drevet på en forsvarlig måte (39). Det vil også være hensiktsmessig å sikre at alle forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven er fagfellevurderte.

2.6 Kostnader

Dette er en litteraturstudie og det er derfor ikke noen store kostnader, annen enn print av artikler og kjøp av relevante fagbøker. Gjennom biblioteket til Høyskolen Kristiania har vi tilgang til å bestille artikler kostnadsfritt, og det vil derfor ikke forekomme noen betydelig store utgifter.

3. Resultater

Dette kapitelet tar for seg våre seks utvalgte artikler, der hver enkelt studie vil bli presentert etter hverandre. Resultatene våre inkluderer fem randomiserte kontrollerte studier, og en oversiktsartikkel.

3.1 Randomiserte kontrollerte studier

3.1.1

Fischer et al publiserte i 2014 en RCT ved navn "Short term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: Long-term efficacy and predictors of long-term treatment success" (33). Studien er publisert i Behavior research and therapy. Formålet med studiet var å evaluere langtidseffekten av kortvarig behandling med kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) for pasienter med overspisingslidelse. Intervensjonen ble gjennomført ved å kartlegge antall overspisingsepisoder, BMI og sykdomspatologi opp til fire år etter behandling. Samtidig skulle studien sekundært undersøke indikatorer og påvirkningsfaktorer som kan forhindre bedring og gi tilbakefall. Studien rekrutterte deltakerne mellom 18-70 år via aviser og flyers, hvorav 132 ble intervjuet over telefon. 41 deltakere møtte kriteriene for overspisingslidelse i følge DSM-IV. Eksklusjonskriteriene var alvorlig mentale sykdommer, graviditet og deltakelse i andre behandlinger knyttet til vekt og mat. Vanligvis gjennomføres CBT over 16 behandlingstimer. I denne studien ble det fullført åtte behandlingstimer i 90 minutter, og deretter fem behandlingstimer over tolv måneder. I løpet av behandlingen ble det kartlagt individuelle strategier for å håndtere overspising og hvilke utløsningsfaktorer pasienten kunne erfare. Studien hadde oppfølging opp til fire år. EDE-Q ble benyttet for å kartlegge spiseforstyrrelsens patologi. BMI ble målt på en elektronisk vekt og stadiometer, men ved fire års oppfølging ble dette selvrapportert. I slutten av behandlingen hadde 37 deltakere fullført. Under fire års oppfølging fullførte 26 deltakere.

Primært viste studien at antall OBE's gikk signifikant fra 7.4 før behandling, til 2.1 etter behandling. Etter fire år var dette tallet nede på 0.7. Sannsynligheten for diagnostisering av overspisingslidelse gikk fra 100% til 4.6 % etter fire år. Resultatene i studien viste at behandlingen også ga en signifikant reduksjon i depresjonssymptomer og bekymringstanker knyttet til kropp og vekt. Resultatene ga kun en liten reduksjon i BMI på 5% i løpet av oppfølgingsperioden. Pasienter med høye verdier i EDE-Q skalaen, hadde økt antall OBE's

og lavere remisjonsrate (grad av forbedring) under oppfølging. Denne studien konkluderer med at kort behandling etterfulgt av oppfølgingstimer vil ha en langtidseffekt på overspisingsslidelse, med størst effekt på antall overspisingsepisoder.

3.1.2

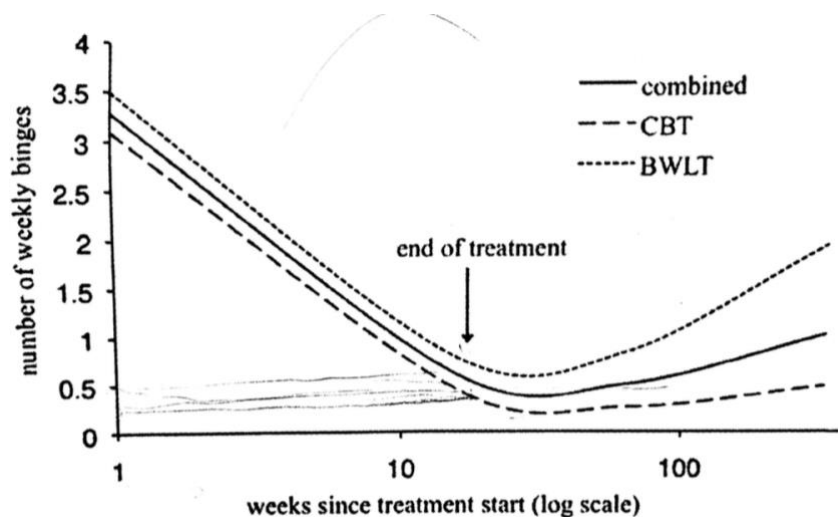
Munsch et al publiserte i 2012 en studie ved navn “Efficacy and predictors of long-term treatment success for cognitive-behavioral treatment and behavioral weight-loss-treatment in overweight individuals with binge eating disorder” (34). Studien er publisert i Behavior research and therapy. Formålet med studien var å vurdere langtidseffekten av CBT og BWLT på pasienter med overspisingsslidelse. Samtidig skulle studien sekundært undersøke potensielle indikatorer og påvirkningsfaktorer som kan øke sannsynligheten for langvarig behandlingseffekt. 375 personer ble rekruttert via aviser og telefonintervju. Deltakerne måtte møte kriteriene for overspisingsslidelse i DSM-IV-TR diagnostisert ut i fra spørsmål over telefon, og deretter et personlig intervju. Deltakerne skulle være mellom 18 og 70 år og ha en BMI mellom 27 og 39 kg/m². Eksklusjonskriterier er beskrevet i en større versjon av artikkelen, som vi ikke har tilgang til. Før behandlingsstart, etter behandling og tolv måneder etter ble symptomene på overspisingsslidelsen kartlagt ut i fra EDE. I oppfølgingsfasen opp til seks år ble dette kartlagt ut i fra EDE-Q. Behandlingsopplegget foregikk med syv grupper som fikk behandlingen CBT, og åtte grupper som fikk BWLT. Behandlingstimene foregikk i grupper hvorav hver behandling forekom ukentlig over 90 minutter i 16 uker. 80 deltakere ble randomisert, hvorav 50 deltakere fullførte etter seks år. Primært ble det sett på remisjonsraten, selvrapporterte overspisingsepisoder, BMI og sykdomspatologi. Dette ble kartlagt før og etter behandling, tolv måneder etter og seks år etter behandling. Effekten av CBT ble målt i forhold til BWLT og også i kombinasjon med BWLT. Antall overspisingsepisoder ble målt av deltakerne selv. BMI ble målt av terapeuter før behandling og etter tolv måneder, men ble selvrapportert etter seks år.

Tabell 5; Tabellen viser antall deltakere med overspisingsslidelse etter seks år (34).

Patient characteristic	6 years follow up		
	CBT ¹	BWLT ²	Total
BED ³ diagnosis %	3.8	11.5	7.7

¹CBT; Kognitiv atferdsterapi, ²BWLT; Behavioral weight loss therapy, ³BED; Binge eating disorder.

Ved behandlingsslutt hadde 2.1 % (n = 48) av alle deltakerne i både CBT og BWLT fortsatt en overspisingsslidelse. Etter seks år gikk dette til 7.7 % (Tabell 5). Hos kun CBT tilsvarte dette 3.8 % av deltakerne (n =26) etter seks år. Selvrapporterte ukentlige overspisingsepisoder før behandling var gjennomsnittlig tre dager i uken. Etter behandlingen gikk dette ned til under 0.5 overspisingsepisoder, og forble stabilt seks år etter med en liten jevn stigning (Figur 3). For BWLT var denne stigningen betydelig høyere enn hos CBT.



Figur 3; Figuren viser antall ukentlige overspisingsepisoder i behandlingsperioden (34).

I den kombinerte gruppen ble både remisjon fra overspising, antall ukentlige overspisingsepisoder og sykdomsforløpet signifikant forbedret etter behandling. På en annen side forverret dette seg noe etter seks år, men forble likevel signifikant forbedret enn ved baseline. Effektstørrelsen var medium til stor. Remisjon var signifikant forbedret i CBT etter endt behandling, men forverret seg betydelig mer i denne gruppen under oppfølging enn hos de som mottok BWLT. Remisjon var signifikant forbedret i CBT etter endt behandling, men forverret seg betydelig mer i denne gruppen under oppfølging enn hos de som mottok BWLT. For antall selvrapporterte overspisingsepisoder, var det ingen forskjell mellom gruppene etter behandling, men under oppfølging hadde BWLT signifikant høyere verdier i antall overspisingsepisoder sammenlignet med CBT. Effektstørrelsen var stor i denne sammenligningen. Gjennomsnittlig BMI hos deltakerne som fikk CBT var 33.1 før behandlingen ble iverksatt (Tabell 6). Etter seks år var deres BMI på 31.5 og hadde dermed en vektreduksjon på 2.5 %. Kombinert var det 17.9 % som gikk ned mer enn 10 % av egen kroppsvekt mellom baseline og seks års oppfølging.

Tabell 6; Tabellen viser gjennomsnittlig BMI før behandling og etter seks år (34).

Patient characteristic	Pretreatment				6 years follow up			
	CBT ¹		BWL ²		CBT ¹		BWL ²	
	Mean (SD)	N	Mean (SD ⁴)	N	Mean (SD ⁴)	N	Mean (SD ⁴)	N
BMI ³	33.1 (4.1)	43	33.7 (3.6)	36	31.5 (5.2)	24	33.5 (3.8)	21
Female, sex	90.9	44	86.1	36	92.3	26	88.5	26
Mental disorders %	40.9	44	41.7	36	36.0	25	30.8	26

N= antall deltakere, ¹CBT; Kognitiv atferdsterapi, ²BWL; Behavioral weight loss therapy, ³BMI; Body Mass Index, ⁴SD; Standardavvik

3.1.3

Grilo et al publiserte i 2011 en RCT studie ved navn “Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge eating disorder” (36). Studien er publisert i National institutes of health. Formålet med studien var å teste effekten av behandlingsmetodene CBT og BWLT hos pasienter med overspisingslidelse. Samtidig skulle studien måle varigheten av behandlingseffekten opp til tolv måneder etter behandlingen. 952 deltakere ble rekruttert via telefon ut i fra inklusjonskriterier, hvor av 125 kvalifiserte til studien etter grundigere intervju. Inklusjonskriteriene i studien var en alder mellom 18 og 60 år, BMI mellom 30-55 og at deltakerne fylte kriteriene i DSM-IV for overspisingslidelse. Eksklusjonskriteriene var om deltakeren allerede var i behandling for spise- eller vektproblematikk, hadde medisinske tilstander som omhandlet vekt og mat, eller krevende psykiatriske tilstander. Randomiseringen foregikk i tre grupper, hvor en gruppe fikk CBT som behandling, en fikk BWLT som behandling og den siste fikk en kombinasjon av både CBT og BWLT. Randomiseringen ble gjort digitalt, og deltakerne var uvitende om hvilken gruppe de ble tildelt før behandlingsstart. Behandlingen ble utført av terapeuter med doktorgrad, samt erfaring med behandling av spiseforstyrrelser og overvekt. Deltakerne ble delt i grupper med 11-12 deltakere og fikk 16 timer med enten CBT eller BWLT i 60 minutter over 24 uker. Begge behandlingene hadde til sammen 45 deltakere hver. Den tredje gruppen med kombinert CBT og BWLT, fikk først 16 timer med CBT over 16 uker, og deretter BWLT over 24 uker med 16 timer.

34 av 45 deltakerne i CBT, 31 av 45 i BWLT og 21 av 35 i de kombinerte gruppene fullførte studien. I forhold til antall overspisingsepisoder og hyppighet på episodene ga CBT en betydelig lavere forekomst av overspisingsepisoder enn BWLT etter oppfølgingen på seks måneder ($p=0.03$) og tolv måneder ($p=0.04$). Kliniske variabler for behandlingen viste at ved startfasen hadde deltakerne i gjennomsnitt 15.6 OBE's i løpet av en 28 dagers periode i CBT gruppen (Tabell 7). Etter behandlingen gikk dette ned til 2.2 episoder. Etter tolv måneder var antall overspisingsepisoder i gjennomsnitt 2.4.

Tabell 7; Tabellen viser antall overspisingsepisoder, BMI, vekt og vektnedgang før behandling og i behandlingsperioden. Tabellen er hentet fra artikkelen (36).

VARIABEL	PRE-TREATMENT						POST-TREATMENT					
	CBT ⁵		BWLT ⁶		CBT+BWT		CBT ⁵		BWLT ⁶		CBT+BWT	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
BE ¹ /Month (EDE ²)	15.6	(8.0)	14.9	(8.5)	17.9	(9.4)	2.2	(3.8)	4.6	(11.0)	3.4	(9.0)
BMI ³	39.3	(6.1)	38.0	(5.3)	39.0	(6.1)	38.5	(5.7)	35.7	(5.9)	38.9	(6.2)
Weight (lb ⁴)	250.1	(52.6)	242.7	(45.8)	237.2	(42.8)	248.5	(49.3)	221.1	(43.4)	230.4	(40.9)
Weightloss (lb ⁴)	--		--		--		1.7	(11.1)	8.7	(14.4)	7.2	(13.8)

VARIABEL	6-MONTH FOLLOW UP						12-MONTH FOLLOW UP					
	CBT ⁵		BWLT ⁶		CBT+BWT		CBT ⁵		BWLT ⁶		CBT+BWT	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
BE ¹ /Month (EDE ²)	2.7	(8.5)	5.5	(7.6)	3.2	(7.8)	2.4	(8.1)	4.6	(6.0)	4.0	(8.4)
BMI	38.7	(5.7)	36.6	(6.8)	38.2	(5.3)	38.3	(6.0)	36.6	(6.5)	38.7	(5.6)
Weight (lb ⁴)	246.0	(48.4)	231.7	(52.1)	231.7	(44.2)	243.4	(50.6)	230.6	(49.1)	229.9	(39.0)
Weight loss (lb ⁴)	1.9	(14.9)	9.1	(21.7)	9.6	(22.8)	3.1	(18.7)	5.4	(21.2)	6.2	(24.5)

¹BE; Binge episodes ²EDE; The eating disorder examination ³BMI; Body mass index, ⁴lb; Pound,

⁵CBT; Kognitiv atferdsterapi, ⁶BWLT; Behavioral weight loss therapy

Gjennomsnittlig reduksjon av BMI i CBT var -0.5 % og steg kun med 0.4 % etter tolv måneder. Både hos gruppene som mottok BWLT og de som fikk CBT og BWLT kombinert hadde signifikant reduksjon i BMI etter behandling ($p=0.0003$; $p=0.008$). Dette var ikke tilfelle hos CBT ($p=0.38$). BWLT og CBT+BWLT hadde også signifikant reduksjon i total vektnedgang ($p=0.0006$; $p=0.01$). Sammenlignet med CBT som ikke ga noe signifikant

reduksjon i vekt, ga BWLT raskere vektnedgang under behandling. Etter tolv måneder var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene hverken i BMI eller total vektnedgang.

Studien konkluderte med at CBT er en effektiv behandling for overspisingslidelse ved å redusere antall overspisingsepisoder, med en varighet over tolv måneder. CBT kan også gi en vedvarende bedring for andre psykopatologiske og depressive symptomer. Samtidig ble det sett at remisjon fra overspising og redusert antall overspisingsepisoder var assosiert med signifikant større BMI tap.

3.1.4

Hilbert et al publiserte i 2012 en RCT studie ved navn "Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder" (35). Studien er publisert i The British Journal of Psychiatry. Formålet med studien var å undersøke langtidseffekten av gruppebasert CBT og IPT på pasienter med overspisingslidelse. De 90 utvalgte deltakerne var tatt ut av et større behandlingsforsøk for overvektige personer med overspisingslidelse, rekruttert i New Haven, Connecticut, USA. Det var de første fem gruppene (55.6%) fra denne studien som ble valgt ut til å delta. Alle deltakerne møtte DSM-IV-TR diagnosekriterier for overspisingslidelse. Pasientene ble randomisert inn i to ulike behandlingsgrupper, enten CBT eller IPT, der det var 45 personer i hver gruppe. Begge behandlingsmetodene bestod av 20 ukentlige timer med gruppesamtaler på 90 minutter, i tillegg til tre individuelle samtaler. EDE 12.0D ble brukt for å kartlegge dager med OBE's hos deltakerne, i tillegg til spørreskjema EDE-Q som kartla spiseforstyrrelsens psykopatologi. Alle kliniske intervjuer ble utført av erfarne fagkyndige med bachelorgrad eller høyere utdanning. Utfallene var basert på EDE-intervjuet, hvor det primært ble sett på antall dager med OBE's. De sekundære utfallene så på antall OBE's, samt samlet skår for bekymring rundt figur og vekt, depresjon, angst og BMI. Frafall fra behandlingen tilsvarte sju deltakere, hvorav tre fra CBT og fire fra IPT. Deltakerne ble kontaktet fire år etter behandlingsslutt for vurdering av langtidseffekten. Fire års oppfølgingen bestod av et telefonintervju og selvrappoteringskjemaet EDE-Q. Av 90 deltakerne var det kun 58 deltakere som gjennomførte fire års oppfølgingen, hvorav 20 deltakere i CBT og tolv i IPT droppet ut av studien.

Primært viste studien en signifikant effekt på evnen til å forhindre overspising ($p < 0.001$). 13 av deltakerne i CBT og 23 i IPT var helt friske ved fire års oppfølgingen, og hadde ingen OBE's den siste måneden (Tabell 8). 18 i CBT og 26 i IPT hadde hatt færre enn fire OBE's

den siste måneden. Antall OBE's i CBT gruppen før behandling var 16.44 i gjennomsnitt. Etter behandling var tallet nede på 0.49 og ved fire års oppfølgingen var det en liten stigning, med økning til 5.86. Studien viste også en signifikant effekt på alle sekundære variabler ($p < 0.001$), med unntak av BMI ($p = 0.433$). Gjennomsnittlig BMI i CBT gruppen før behandling var 37.94 og ved fire års oppfølgingen var den på 37.36. Studien viste en signifikant forbedring i antall dager med OBE's, bekymring for figur og vekt, alle EDE-Q indikatorene (unntatt restriksjon) og depresjon under oppfølgingen ($p < 0.01$). I løpet av oppfølgingsperioden økte antall dager med OBE's og angstsymptomer, men til tross for økningen var tallene fremdeles lavere sammenlignet med før behandlingen. Reduksjonen i bekymring for figur og vekt, depresjon og alle EDE-Q indikatorer ble opprettholdt under hele oppfølgingsperioden ($p > 0.01$).

Tabell 8; Tabellen viser antall deltakere og prosentandel som hadde ingen eller færre enn fire overspisingsepisoder før og etter behandling, samt ved ett og fire års oppfølging. (35).

Previous month:	Pre-treatment		Post-treatment		1-year		Long-term	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Recovered: no OBE's ⁴								
CBT ²	0	0.0	36	81.8	28	77.8	13	52.0
IPT ³	0	0.0	29	64.4	22	53.7	13	76.7
Remitted: fewer than 4 OBE's ⁴								
CBT ²	0	0.0	42	95.5	32	88.9	18	72.0
IPT ³	0	0.0	39	86.7	33	80.5	26	83.9
Improved: being at/lower than EDE-Q ¹								
CBT ²	4	8.9	26	65.0	25	75.8	12	54.5
IPT ³	1	2.2	16	36.4	20	57.1	16	61.5

N=antall deltakere, ¹EDE-Q; Eating disorder examination questionnaire, ²CBT; kognitiv atferdsterapi, ³IPT; interpersonlig psykoterapi, ⁴OBE's; objektive bulimiske episoder.

Studien konkluderer med at CBT har en signifikant langtidseffekt i behandling av overspisingsslidelse. Behandlingen har en betydelig effekt på å redusere antall overspisingsepisoder, bekymring rundt figur og vekt, samt tilfeller av depresjon og angst. Både CBT og IPT er gode alternativer for behandling av overspisingsslidelse.

3.1.5

Wilfley et al publiserte i 2002 en RCT studie ved navn "A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of

overweight individuals with binge eating disorder” (37). Artikkelen er publisert i *Arch gen pshychiatry*. Formålet med studien var å sammenligne effektene av gruppebasert CBT og gruppebasert IPT hos overvektige pasienter med overspisingslidelse. 162 overvektige pasienter ble randomisert i 20 ukers behandling i CBT eller IPT. Inklusjonskriterier for deltakerne var at de møtte kriteriene for overspisingslidelse i følge DSM-IV, var mellom 18-65 år og hadde en BMI på 27-48 kg/m². Deltakerne skulle ikke være gravide eller planlegge graviditet, ta medisiner som påvirker kroppsvekten, eller være preget av psykiske lidelser som krever profesjonell behandling. Samtidig kunne ikke deltakerne allerede være i psykoterapi fra før eller være med på andre program eller dietter med hensikt i å gå ned i vekt. Rekruttering av deltakere foregikk i ulike medier, hvorav intervjuene foregikk over telefon. 162 av 974 personer oppfylte kriteriene fra DSM-IV for overspisingslidelse og kunne randomiseres.

Kartlegging av overspising, psykopatologi, vekt og generell psykologisk funksjon ble utført både før og etter behandling, og ved fire måneders intervall opp til tolv måneder etter behandling. Deltakere ble randomisert inn i ni ulike kohorter på 18 personer, og igjen i en CBT gruppe og en i IPT. Gruppene ble delt inn i grupper ut i fra kjønn. Kvalifiserte deltakere ble tildelt gruppe underveis ut i fra når de ble akseptert til å kunne være med i studien. Behandlingen foregikk over 20 90-minutter gruppesamtaler hver uke, og tre individuelle timer for å individuell kartlegging. Gruppemøtene ble ledet av to terapeuter, hvorav minst en hadde doktorgrad. Kartlegging og målinger ble gjort blant annet ut ifra intervjustrategiene fra EDE, og ut i fra DSM-3-R, som er et strukturert klinisk intervju. Intervjuene ble teipet og ble evaluert ved randomisering. Dager med overspising ble definert som antall dager i løpet av en 28 dagers periode man har hatt minst en OBE's. Psykopatologien ble ut i fra EDE vurdert i restriksjoner i matveien og bekymringer i forhold til mat og vekt. I løpet av behandlingen hadde studien et frafall på 16 deltakere fra CBT og sju fra IPT. 133 deltakere fullførte alle oppfølgingstimene.

64 av 78 deltakere i CBT hadde ingen OBE's i slutten av behandlingen (Tabell 9). Etter tolv måneder hadde antall deltakere med ingen OBE's blitt redusert til 48 av 72. Det ble også sett på hvor mange deltakere som hadde under fire dager med OBE's. 73 av 78 deltakerne i CBT hadde under fire dager med OBE's etter avsluttet behandling. Etter tolv måneder hadde 56 av 67 deltakere fortsatt under fire dager med OBE's.

Tabell 9; Tabellen viser antall deltakere og prosentandel som hadde ingen eller færre enn fire overspisingsepisoder ved behandlingslutt, samt ved tolv måneders oppfølging (37)

	Etter behandling		12 mnd		Etter behandling		12 mnd	
	Ingen OBE's ³		Ingen OBE's		<4 dager OBE's		<4 dager OBE's	
	N	%	N	%	N	%	N	%
IPT ¹	59	74	50	70	72	90	63	89
CBT ²	64	82	48	72	73	94	56	84

N=antall deltakere, ¹IPT; interpersonlig psykoterapi, ²CBT; kognitiv atferdsterapi, ³OBE's; objektive bulimiske episoder

Resultatene viste likeverdige resultater for begge gruppene. Antall OBE's økte jevnt gjennom oppfølgingen, men var signifikant redusert sammenlignet med baseline. Antall OBE's i CBT gruppen før behandling var gjennomsnittlig 17.3. Etter behandling var det redusert til 0.6 og holdt seg stabilt etter tolv måneder med gjennomsnittlig tall på 1.7. Blant deltakerne som fullførte hele studien, ble overspisingen redusert med 96 % hos deltakerne som mottok CBT, og 94 % for de som mottok IPT. Studien konkluderer med at både IPT og CBT som behandling har en langtidseffekt på forbedring av symptomene på overspisingsslidelse.

3.2 Meta-analyser

Peat et al publiserte i 2017 en oversiktsartikkel ved navn "Comparative effectiveness of treatments for binge-eating disorder: Systematic review and network meta-analysis" (32). Artikkelen er publisert i Wiley Online Library, og er et sammendrag av en større systematisk oversikt. Formålet var å sammenligne ulike behandlingsmetoder for overspisingsslidelse og avgjøre hvilken behandling som kan gi best effekt og flest fordeler for pasientene. Det ble gjort grundige vurderinger i forhold til bias, og analysene ble gradert ut i fra strength of evidence (SOE) som beskrives som enten høy, moderat, lav eller utilstrekkelig. Artikkelens inklusjonskriterier var engelske RCTer med individer i alle raser og etnisiteter som oppfyller kriteriene for overspisingsslidelse ut i fra DSM-IV eller DSM-5. Studiene skulle ha to eller flere komparatorer, hvor terapeutiske strategier ble sammenlignet, og inkluderte både psykologiske, atferdsendrende, farmakologiske og alternative behandlinger for overspisingsslidelse. Eksklusjonskriterier er ikke oppført Artikkelen inkluderer 29 artikler, hvorav 18 psykologiske studier, og tolv farmakologiske. I denne oppgaven tar vi kun for oss de psykologiske, hvor flere ulike varianter av CBT ble sammenlignet, med til sammen 240 deltakere.

Oversiktsartikkelen undersøkte antall overspisingsepisoder hos deltakerne, deltakernes BMI, hyppighet på episodene og grad av depressive symptomer. To statistisk signifikante ulikheter ble funnet i denne sammenligningen. Gruppen som mottok terapeutledet CBT hadde størst reduksjon av overspisingsepisoder (Tabell 10). Samtidig fikk deltakerne i denne gruppen bedre evne til å forhindre overspisingsepisoder etter behandling (Mean 6.3 (SD: 12.3). Ingen av de to signifikante funnene forble signifikant etter tolv måneders oppfølging.

Tabell 10; Tabellen viser sammenligning av ulike varianter kognitiv atferdsterapi i behandling av overspisingsslidelse (32)

Treatment	Baseline	End of treatment	12 months
Peterson et al. 2009		Abstinence %	
CBT-TL ¹ (n=60)	0	51.7*	20.8
CBT-PTL ² (n=63)	0	33.3	27.0
CBT-SSH ³ (n=67)	0	17.9	25.4
Peterson et al. 2009		Binge frequency mean (SD)	
CBT-TL ¹ (n=60)	24.6 (18.7)	6.3 (12.3)*	16.2 (19.4)
CBT-PTL ² (n=60)	21.9 (12.3)	9.7 (12.4)	12.3 (12.9)
CBT-SSH ³ (n=60)	22.4 (13.7)	11.9 (13.2)	12.4 (13.7)
Peterson et al., 2001; peterson et al., 1998		Abstinence %	
CBT-TL ¹ (n=16)	0	68.8	66.7
CBT-PTL ² (n=19)	0	68.4	84.6
CBT-SSH ³ (n=15)	0	86.7	75.0
Peterson et al.,2001; peterson et al., 1998		Binge frequency mean (SD)	
CBT-TL ¹ (n=16)	3.4 (1.7)	0.7 (1.3)	0.5 (0.8)
CBT-PTL ² (n=19)	5.5 (6.5)	1.3 (3.4)	1.1 (2.7)
CBT-SSH ³ (n=15)	3.1 (2.1)	0.4 (1.1)	1.9 (2.9)

*Signifikant; * $p < .008$, ¹CBT-TL; cognitive behavioral therapy, therapist-led, ²CBT-PTL; cognitive behavioral therapy, partially therapist-led, ³CBT-SSH; cognitive behavioral therapy, structured self-help, n=antall deltakere

CBT ble også sammenlignet med BWLT, hvor 170 deltakere deltok fra to studier. Deltakernes BMI gikk signifikant ned i gruppen som fikk BWLT, men hadde ingen signifikant forskjell fra CBT etter tolv måneder. Behandlingsmetoden CBT ga signifikant bedre reduksjon i hyppigheten av overspisingen, sammenlignet med BWLT. Deltakere som avsto fra overspising ved behandlingsslutt var ikke signifikant høyere hos CBT enn ved BWLT. Prosentandel deltakere som oppnådde total remisjon av overspising etter behandlingen var betydelig lavere i CBT enn hos BWLT. Dette ble målt som utilstrekkelig SOE. Denne forskjellen var ikke å finne etter tolv måneder.

Studien viser at CBT generelt har en gunstig effekt på å redusere antall overspisingsepisoder. Det ble sett signifikante positive effekter av behandlingen. Andre behandlinger inkludert i studien ga alle en forbedring etter behandling og oppfølging, sammenlignet med før behandling. Studien konkluderer ikke med at CBT er bedre enn noen andre behandlingsmetoder, men at det er et godt alternativ som behandler og pasient kan velge å benytte.

4. Diskusjon

4.1 Hovedfunn

Studiene representert i denne oppgaven viser at CBT har en signifikant effekt på reduksjon av antall overspisingsepisoder. Selv om studiene ikke viser et totalt fravær av overspisingsepisoder etter behandling, ser man en betydelig forbedring hos pasientene sammenlignet med baseline. Studiene viser derimot ingen signifikant effekt på reduksjon av BMI. Det er viktig å nevne at tre studier viste en liten reduksjon av BMI etter behandling, men at tallene ikke var signifikante ved oppfølging (33, 34, 36). To av studiene viser også at CBT har en signifikant effekt på reduksjon av bekymringstanker knyttet til kroppsform og vekt, samt depresjonssymptomer (33, 35). En studie viser i tillegg en signifikant reduksjon i angstsymptomer (35).

Dersom vi ser på CBT i forhold til andre behandlingsmetoder nevnt i denne oppgaven, kan vi si at både CBT og IPT har en optimal behandlingseffekt på overspisingsslidelse. Dette gjelder reduksjon av antall overspisingsepisoder, samt depresjonssymptomer og bekymring for figur og vekt. BWLT viser også en signifikant reduksjon i antall overspisingsepisoder, men

pasienter som mottok denne behandlingen hadde en større risiko for tilbakefall etter behandling sammenlignet med CBT. Denne type behandling har derimot en betydelig bedre effekt på vektreduksjon og BMI.

4.2 Korttidsperspektiv og langtidsperspektiv

De ulike studiene i oppgaven varierer i behandlingstid, der noen benytter seg av korttidsbehandling, mens andre langtidsbehandling. En av studiene undersøkte effekten av CBT som korttidsbehandling (33). CBT gjennomføres vanligvis over 16 til 20 behandlingstimer, men i denne studien fikk deltakerne kun åtte behandlingstimer på 90 minutter, etterfulgt av fem behandlingstimer over tolv måneder (5). Antall OBE's over en 28 dagers periode gikk gjennomsnittlig fra 7.4 før behandling til 2.1 etter behandling. Etter fire år var det redusert til 0.4. Korttidsbehandlingen viser en stabil nedgang av overspisingsepisoder gjennom hele behandlingen og oppfølgingstiden. Selv om deltakerne fikk en kortere behandling enn vanlig, viser studien at en korttidsbehandling også vil kunne gi en langtidseffekt på overspisingsslidelse. Dette kan tyde på at CBT har en positiv effekt på reduksjon av overspisingsepisoder uavhengig av lengden på behandlingen.

To av studiene i denne oppgaven er tilsvarende like i intervensjonen og varighet av behandlingen, der begge sammenlignet langtidseffekten av CBT og IPT som behandlingsmetode (35, 37). Studiene brukte intervjuet EDE for å individuelt kartlegge psykopatologien i spiseforstyrrelsen. Oppfølgingstiden var ulik i studiene. Hilbert et al foregikk over fire år, i motsetningen til Wilfley et al som kun hadde ett års oppfølging. Begge studiene viste en betydelig reduksjon i antall OBE's etter behandling, og deretter en økning under oppfølgingstiden. Deltakerne i studiene hadde et høyt antall overspisingsepisoder de siste 28 dagene før behandlingsstart (Hilbert et al: 16.44, Wilfley et al: 17.3). Resultatene viste at behandlingsmetoden CBT hadde en svært god effekt på reduksjon av antall overspisingsepisoder rett etter behandling, men at tallet steg under oppfølgingstiden. Dette kan tyde på at CBT har en betydelig effekt rett etter behandling, men at resultatene kan være utfordrende å opprettholde over tid. Selv om deltakerne fikk en økning i antall overspisingsepisoder var tallet likevel betydelig lavere etter oppfølgingstiden, enn ved baseline (Hilbert et al: 5.58, Wilfley et al: 1.7). Pasienter med overspisingsslidelse vil sannsynligvis få en bedre sykdomstilstand med CBT, men det kan være utfordrende å oppnå en varig endring og fullstendig remisjon.

4.3 Tematikk

4.3.1 Overspisingslidelse og samsykkelighet

Et fellestrekk for deltakerne i fire av studiene er at flere har andre psykiske lidelser og tilstander i tillegg til spiseforstyrrelsen (34-37). Depresjon- og angstsymptomer opptrer hyppigst. Dette defineres som «Axis I og Axis II Disorder» i deltakernes karakteristika og kan vise en komorbiditet mellom spiseforstyrrelsen og andre psykiske utfordringer. Denne observasjonen stemmer godt overens med teorien, da man ser at mange pasienter med spiseforstyrrelser oppfyller kriteriene for andre psykiske lidelser som depresjon, angst- og ruslidelser, traumer og/eller personlighetsforstyrrelser (40). Ved samsykkelighet bør det vurderes hvilken tilstand behandlingen hovedsakelig skal være rettet mot, eller om behandlingen skal omfatte både spiseforstyrrelsen og de psykiske utfordringene. Siden CBT fokuserer på bevisstgjøring av tanke-, handlings- og atferdsmønstre kan behandlingsmetoden også ha effekt på samtlige psykiske lidelser.

4.3.2 Overspisingslidelse og vektproblematikk

Ingen av studiene i oppgaven viste at CBT hadde en signifikant effekt på reduksjon av BMI, og vi ser at vekten endres lite under behandlingen (32-37). Dette er i utgangspunktet ikke et overraskende funn, da CBT fokuserer på å håndtere og endre tankeprosesser, og ikke har hovedfokus på vektreduksjon og atferdsendring alene. Enkelte pasienter kan likevel oppleve en vektneidgang ved behandlingen, siden individets atferd rundt mat og spising vil være under endring. Dette kan ha sammenheng med reduksjon i antall overspisingsepisoder, da det kan gi et lavere kaloriinntak hos pasienten og dermed også en vektreduksjon. I situasjonen til de med overspisingslidelse er det ikke nødvendigvis bare overspisingsepisodene som er hovedårsak til overvekten i utgangspunktet, men at energiinntaket også er høyt utenom overspisingsepisodene (8, s. 253). Overvekt er forbundet med mistriivsel, og et ønske om å se annerledes ut, og gå ned i vekt (40, s. 202). Følelser som skam, hjelpeløshet og utilstrekkelighet kan føre til negative tanker, isolasjon og unngåelse av sosiale situasjoner. Både bekymring rundt eget utseende, men også rundt egen helserisiko kan virke svært belastende for individet, og gå ut over andre områder i deres liv. Sett bort i fra psykiske utfordringer kan overvekt og fedme også føre til fysiske komplikasjoner, som belastnings- og slitasjeskader og øke også risikoen for livsstilssykdommer (27, s. 342). En vektreduksjon kan være gunstig og nødvendig for pasienter med overspisingslidelse, for å bremse utviklingen av

andre komplikasjoner og sykdommer som kan forringe livskvaliteten og den generelle helsen hos individet.

I CBT og generell psykoterapi er det viktig at både pasient og terapeut vet hva de skal fokusere på i de timene de tilbringer sammen og hvordan de skal planlegge gangen i terapien (8, s. 253). Å behandle både spiseforstyrrelsen i seg selv, og samtidig overvekten hos pasienten kan bli utfordrende og overveldende for pasienten. Et godt alternativ er å fokusere på å behandle spiseforstyrrelsen og dens symptomer innledningsvis, og endre både atferd og tankemønster rundt mat, før det vurderes å gjøre noe med vektproblematikken. Å behandle spiseforstyrrelsen før eventuell vektnedgang er derfor den mest foretrukne strategien hos pasienter med overspisingslidelse. Dette er også hensiktsmessig i et langtidsperspektiv for å forhindre tilbakefall, og opparbeide mestring og en styrket selvfølelse hos pasienten.

Grilo et al så på effekten av CBT i behandling av overspisingslidelse, sammenlignet med BWLT og kombinasjonen av begge behandlingene (36). I denne studien hadde deltakerne som mottok CBT og BWLT tilsvarende lik behandlingstid, der behandlingen bestod av 16 timer over 24 uker. Kombinasjonsgruppen hadde en lengre behandlingsperiode bestående av 16 timer CBT over 16 uker, og deretter 16 timer BWLT over 24 uker. Studien viste at CBT ikke hadde en signifikant effekt på reduksjon av BMI, men at kombinasjonen av behandlingene derimot hadde en betydelig større effekt på vekttap blant pasientene. Etter endt behandling hadde deltakerne i kombinasjonsgruppen et gjennomsnittlig BMI tap på -2.7, i motsetning til -0.5 hos deltakerne som mottok CBT. Dersom pasienten og terapeuten har et felles mål om å oppnå vektreduksjon under behandlingsperioden, kan kombinasjonen av CBT og BWLT være et mer egnet alternativ til behandling enn CBT alene. Dette funnet viser at CBT har minimal effekt på BMI, men i kombinasjon med andre behandlingsmetoder som fokuserer på vektreduksjon, deriblant BWLT, kan behandlingen resultere i et større vekttap. Vi må være bevisste på at denne observasjonen kan ha en sammenheng med behandlingstiden, som var noe lengre enn de to andre behandlingsmetodene. Dette kan resultere i at pasientene oppnådde større vekttap eller motivasjon, ved å bli observert og være i oppfølging i en lengre periode.

4.3.3 Selvrapportering av BMI

BMI ble målt av terapeutene før behandlingen av CBT og andre psykoterapier i alle studiene som målte dette. Ved oppfølging etter tolv måneder, fire år og seks år skulle deltakerne selv rapportere inn deres daværende vekt. Svakheten med dette er at vekten ikke er målt under kontrollerte forhold, hvor kroppsvekten blir kartlagt med samme vekt og samme terapeuter ved baseline og under deler av oppfølgingen. Reliabiliteten i dataene for BMI kan dermed bli svakere, og virke inn på de totale resultatene (42, s. 61). At deltakerne selv rapporterer egen kroppsvekt gjør også resultatene utsatt for feilrapportering (43). Deltakerne kan påvirkes både av det å bli undersøkt, og samtidig ha et ønske om å rapportere en mindre kroppsvekt enn det faktiske tallet. At datainnsamlingene ikke er gjennomført under samme forhold gjennom hele studien, og at risikoen for feilrapport er tilstede, kan påvirke validiteten av dataene (42, s. 61).

4.3.4 Terapeutens tilnærming

Et grunnleggende element i CBT er at terapeuten og pasienten samarbeider for å komme frem til de målene pasientene skal ha for å overkomme problematikken. (8, s. 29). Dette på bakgrunn av at det å føle at man har kontroll er sentralt for pasienter med spiseforstyrrelser, deriblant overspisingslidelse. I løpet av timene hos terapeut tar man med seg ulike oppgaver eller utfordringer man skal utføre hjemme, som skal bidra til sykdomsforbedring. Her er det viktig at både terapeuten og pasienten føler seg komfortabel, at tillit er opparbeidet og at pasienten selv ønsker å ta fatt i sine problemer. Et av de viktigste prinsippene i CBT er å fokusere på å gjøre noen få ting bra, i stedet for å ha mange oppgaver man ikke får til.

Terapeutene i studiene var høyt utdannet, tilsvarende bachelorgrad eller høyere, og hadde fått opplæring i CBT for spiseforstyrrelser før behandlingen. I Fischer et al var terapeutene opptrente psykoterapeuter, og noen masterstudenter. Studien Munsch et al hadde også beskrevet at deltakerne gjorde en vurdering av terapeutene og behandlingen de fikk, og om de var tilfredsstillt med behandlingen (34). De hadde ikke oppført hvem som hadde timene. Behandling i studien Grilo et al ble utført av terapeuter med doktorgrader og erfaring med behandling av spiseforstyrrelser og overvekt (36). I Wilfley et al var timene ledet av to terapeuter hvorav minst en med doktorgrad, og andre som doktorgradsstudenter (37). Terapeutene ble trent opp. Selv om CBT ikke nødvendigvis krever høy utdanning, er det likevel viktig at terapeutene har god opplæring i hvordan CBT fungerer og spesielt i forhold

til spiseforstyrrelser (8, s. 29). De fleste med overspisingslidelse, og generelt spiseforstyrrelser er kvinner, og hvilket kjønn terapeutene var kan spille en rolle. Det er ikke oppført hvilket kjønn terapeutene var. Dersom terapeutene var kvinner kan dette ha en betydning i form av forståelse og tillitt, da en stor andel av deltakerne i studiene var kvinner. Siden behandlingen stort sett foregikk i grupper, vil ikke deltakerne få et like knyttet forhold til terapeutene, som de som får ved individuell behandling. Om terapeuten leder grupper, eller behandler individuelt kan påvirke resultatene, ut i fra hvordan deltakeren opplever behandlingen, og i hvilken grad de føler at gruppeterapien fungerer for deres behov. Det må tas i betraktning at enkeltindivider som mottok gruppebehandling kunne fått bedre effekt av individuell behandling.

4.3.5 Effekt på symptomer og grad av livskvalitet

Personer med en spiseforstyrrelse har ofte lav selvfølelse og lav grad av opplevd selvkontroll (44, s. 458). Personen har gjerne vansker med å regulere følelsene sine på en egnet måte, og overspisingen blir derfor en uttrykksform for følelsene, der kroppen får en sentral rolle. Mange opplever forvirrende følelser, tvangstanker og tankekjør og forsøker å takle disse følelsene ved å spise store mengder mat og å være «fylt». Følelsene kan bli til en diffus indre, ubehagelig uro, og bli forsøkt «spist vekk» for å dempe den. Overspisingen kan gi en euforisk effekt i starten av en overspisingsepisode, og demper gjerne følelsene og erstatter dem med fysisk ubehag av spisingen. Individet sitter ofte igjen med dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse til tross for den oppkvikkende effekten de oppnådde i starten. Spiseforstyrrelser er kognitive tilstander, og handler svært lite om mat og overspising i seg selv (8, s. 12). Derfor kan nettopp CBT være en viktig behandlingsressurs for denne type lidelse, og lære individet å ta kontroll over situasjonen de er i. Behandlingsmetoden fokuserer på at individet selv skal kunne finne nye strategier og muligheter til å håndtere følelsene sine. Flere av studiene inkludert har vist at CBT bidrar med å senke antall OBE's hos deltakerne både i korttids- og langtidsperspektiv. Dette er et estimat som kan vise bedring i sykdomsforløpet, men sier lite om pasientens kognitive tilstand. I RCT studier kan det være utfordrende å kartlegge pasientenes egen opplevelse av livskvalitet, da dette er svært individuelt og derfor vanskelig å tallfeste. Overspisingen hos pasienten fungerer som en metode for å takle negative hendelser og sinnsstemninger. I CBT brukes teknikker for å hjelpe personen med å få kontroll på overspisingsproblemet, slik at vedkommende kan beherske forholdet mellom sinnsstemning, kroppsbilde og overspising. På denne måten kan tendensen til bekymringstanker om kropp og vekt dempes, og være med på å endre pasientens tidligere

tankemønster. Pasientens opplevelse av mestring, og kontroll over egen spiseatferd på lang sikt kan dermed bidra til økt livskvalitet.

CBT bidrar til at pasienten blir bevisst på hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde spiseforstyrrelsen, og hvilke faktorer som kan bidra til at de kan bryte ut av spiseforstyrrelsen (20). CBT tar også for seg hvilket syn pasienten har på seg selv, og hvilke bekymringstanker og vanskelige følelser pasienten kjenner på. Det lærer pasienten å akseptere seg selv, og finne andre måter å håndtere dette på enn å overspise. En bedre livskvalitet vil oppnås når pasienten oppnår mestring, får opparbeidet seg et bedre selvbylde og samtidig endrer atferd som virker positivt inn på deres liv.

4.4 Kritisk vurdering av litteraturstudien

4.4.1 Våre inklusjons- og eksklusjonskriterier

I denne litteraturstudien var et av inklusjonskriteriene at enkelte studier også kunne omfatte overvektige pasienter med bulimia nervosa, eller overvektige pasienter med uspesifikke spiseforstyrrelser. Dette på bakgrunn av at diagnosen bulimia nervosa har et godt forskningsgrunnlag i forbindelse med CBT og favner flere likhetstrekk med overspisingslidelse (14, s. 18). Disse kunne dukke opp i relevante studier som kunne inneholde viktig informasjon. Ingen av studiene som ble tatt med i studien inkluderte bulimia nervosa, og påvirket dermed ikke resultatene våre. Ved å kun inkludere overspisingslidelse gjorde det lettere å tolke funnene i studiene og vi kunne knytte det opp mot problemstillingen i større grad.

Et av våre eksklusjonskriterier var at vi ikke skulle inkludere studier som omhandlet farmakologiske behandlinger. Oversiktsartikkelen som er inkludert i denne studien inneholder både psykologiske og farmakologiske studier (32). Grunnen til at vi likevel inkluderte denne artikkelen var på bakgrunn av at denne artikkelen hadde et tydelig skille mellom psykologiske og farmakologiske studier. Vi kunne dermed benytte artikkelens resultater og informasjon om CBT, uten at hverken andre behandlingsmetoder eller medisiner ble inkludert i våre resultater.

4.4.2 Litteraturkritikk

Våre artikler er valgt ut grundig ut i fra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Litteratursøkene ble gjort på flere ulike databaser, tidsskrifter og oppslagsverk som blant annet PubMed, Medline, Oria, Cochrane Library og UpToDate for å få et vidt overblikk over litteraturen. Etter flere søk ble det sett at det var en begrenset tilgang på relevant litteratur, som kunne belyse problemstillingen vår. Dette gjorde det ble inkludert mindre antall artikler enn ønsket i litteraturstudien. Flere av artiklene som ble tatt i vurdering inkluderte spiseforstyrrelser og ulike typer psykoterapi som ikke var egnet til studien, og hadde lite, eller ingen relevant vinkling på effekten av CBT på overspisingslidelse.

Noen av artiklene var utdrag fra større artikler som vi ikke hadde tilgang til, hvor blant annet inklusjon- og eksklusjonskriterier var oppfylt (32, 35). Dette ga en mindre utfyllende beskrivelse om hvordan studiene ble gjennomført.

4.5 Styrker og svakheter

4.5.1 Utvalg og frafall

Studiene i denne oppgaven har til sammen rundt 750 deltakere. Enkelte av studiene varte over flere år, og hadde derfor frafall underveis og ved oppfølging. Noen av årsakene til frafall var graviditet, ikke møtt eller mislykket forsøk på kontakt, misnøye med behandlingen eller andre psykiske plager som krevde ytterligere behandling. Det er ønskelig å få resultater som kan generaliseres til hele populasjonen og et lite frafall som mulig, spesielt når utvalgsstørrelsen er lav. Når utvalget i studien er lite, kan dette føre til større feilmargen i studiens resultater, og dermed mindre representativitet (42, s. 62). Det er ingen konkrete grenser for hvor minimalt frafallet i studier bør være, men det er angitt at svarprosenten totalt bør være rundt 60-75 % (42, s. 162). Det er det forventet et frafall av ulike grunner, når studiene pågår over flere år. Tre av studiene hadde mellom 26-58 deltakere ved slutten av behandlingen, med et frafall på 35-36 %. Selv om svarprosenten kan anses til tilstrekkelig, må det likevel tas i betraktning at representativiteten svekkes på grunn av at det var få deltakere rekruttert i utgangspunktet (42, s. 62).

Studiene viser at de fleste deltakerne var hvite kvinner, hvor studiene foregikk i hovedsak USA og Tyskland. To av studiene viste at de fleste pasientene ble diagnostisert med overspisingsslidelse i midten av 20-årene, mens i en annen hadde pasientene fått diagnosen i slutten av tenårene (33, 36, 37). Deltakerne i alle studiene ble intervjuet og rekruttert ut i fra kriteriene for overspisingsslidelse i følge DSM-IV eller DSM-5 (32-37). At studiene er gjort på pasienter med overspisingsslidelse med de samme kriteriene bidrar til at artiklene kan settes opp mot hverandre og vurderes grundigere. Resultatene gir antydninger til at CBT kan fungere godt som behandling hos populasjonen, og kan generaliseres. Likevel må det tas høyde for at hvert enkelt individ har ulike måter å håndtere psykiske påkjenninger på, og at opplevelsen og totaleffekten av CBT kan variere. At studiene var overrepresentert av kvinner, er det utilstrekkelig å uttale seg om CBT også fungerer i behandling av overspisingsepisoder blant menn.

4.5.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Deltakerne i studiene inkluderte voksne over 18 år, med gjennomsnittlig BMI som tilsvarer normalvekt til fedme. Andre likhetstrekk i inklusjonskriteriene var at de utelukket alvorlige psykiske tilstander, alvorlig sykdom eller deltakelse på andre studier som er relatert til vekt og mat. At studiene hadde mange likhetstrekk i inklusjonskriteriene. Deltakerne i alle studiene ble intervjuet og rekruttert ut i fra kriteriene for overspisingsslidelse i følge DSM-IV eller DSM-5 (32-37). At studiene er gjort på pasienter med overspisingsslidelse med de samme kriteriene bidrar til at artiklene kan settes opp mot hverandre og vurderes grundigere. Resultatene gir antydninger til at CBT kan fungere godt som behandling hos populasjonen, og kan generaliseres. Likevel må det tas høyde for at hvert enkelt individ har ulike måter å håndtere psykiske påkjenninger på, og at opplevelsen og totaleffekten av CBT kan variere.

4.5.3 BMI som måleenhet

Inklusjonskriteriene i de utvalgte studiene hadde til felles at alle deltakere skulle rekrutteres ut i fra kriteriene for overspisingsslidelse fra DSM-IV eller DSM-5. Noen av studiene hadde også spesifikke kriterier om at deltakerne måtte ha en BMI som tilsvarer overvekt eller fedme (34, 36, 37). Alle studiene viste at gjennomsnittlig BMI som ble målt før behandling var over 30, noe som gir en indikasjon på at flere av deltakerne var overvektige i starten av behandlingen (32-37). Målemetoden BMI ble brukt i alle studiene som indikasjon på overvekt hos deltakerne.

BMI skiller ikke mellom muskelmasse og kroppsfett (17). Plasseringen av kroppsfett spiller en betydelig rolle med tanke på helse­risiko. Fett bør ikke samles rundt organene, og spesielt mageregionen er utsatt. Ratio mellom livvidde og hofteomkrets forteller noe om forholdet mellom livvidden og hoften, og vil være et bedre estimat for å vurdere individuell risiko for livsstilssykdommer, og også ved vekt­nedgang (44, s. 433). Overspisingslidelse gir en svært stor risiko for å utvikle overvekt og fedme og gjør den rammede utsatt for andre sykdommer og tilstander som kan påvirke helsen (45). Siden CBT ikke i utgangspunktet er ment for å brukes til vekt­nedgang eller for å påvirke helsen direkte, vil BMI være et godt nok estimat for å kartlegge vekten hos deltakerne. Selv om resultatene viser liten effekt på å redusere kroppsvekten blant deltakerne, er det interessant å se at den heller ikke øker i oppfølgingsperioden. Ingen av studiene viser en økning i gjennomsnittlig BMI hos deltakerne. Det er mulig at CBT kan virke inn på å forebygge, eller bremse videre utvikling av overvekt og fedme, på grunn av dens effekt på å redusere antall overspisings­episoder. BMI er oppfylt i gjennomsnitt og gir lite informasjon om hvilken spredning det er i tallene på BMI. Noen deltakere kan ha hatt en betydelig effekt av CBT og gått ned i vekt, mens andre ikke har sett effekt. I en av studiene ble det sett en sammenheng mellom antall overspisings­episoder i oppfølgingsperioden, og deres BMI (36). Her ble det også sett at jo større remisjon deltakerne hadde fra overspising, jo større var fallet i BMI.

4.6 Betydning av funn

Resultater fra denne litteraturstudien har vist at CBT er en svært egnet behandlingsmetode for overspisingslidelse. Ved å se på omfanget av komplikasjoner, er det viktig å kunne behandle spiseforstyrrelsen, både for å forbedre livskvaliteten hos pasienten, men også for å forebygge utvikling av andre psykiske lidelser og livsstilssykdommer (46, s. 116). Overspisingslidelse øker sjansen for sykkelig overvekt som igjen kan føre til andre alvorlige tilstander og sykdommer. Våre resultater viser også en stor sammenheng mellom overspisingslidelse og symptomer på andre psykiske tilstander. Psykiske sykdommer virker belastende på den enkelte og preger hverdagen med store utfordringer og påkjenninger enn vanlig (47).

Sykefravær og nedsatt mulighet til å være i arbeid er en konsekvens av psykiske lidelser, og også langvarige spiseforstyrrelser (46, s. 116). Angst og depresjon er blant de psykiske lidelsene som er vanligst, og som bidrar mest til sykefravær. Angst, depresjon og spiseforstyrrelser har høy komorbiditet, og øker også alvorlighetsgraden av den psykiske helsen (48). Depresjon medfører en av de mest omfattende grunnene til nedsatt

arbeidsfunksjon. Ikke bare på grunn av sykefravær, men også fordi det påvirker hele mennesket og dets evne til å fungere optimalt i hverdagen. Flere av våre studier viser at mange deltakere har en eller flere psykiske lidelser i tillegg til sin spiseforstyrrelse (33, 35, 37). Fischer et al oppgir at 25% av deltakerne hadde en angstlidelse ved behandlingsstart. 13.5% hadde en affektiv lidelse. I studien utført av Wilfley et al finner vi lignede tall, der 12.3% av deltakerne hadde en angstlidelse og hele 25.9% oppga å ha en affektiv lidelse. Det er en stor utfordring å kunne sikre behandling for de som trenger det (46, s. 120). Ikke alle som sliter får nytte av behandlingen, eller oppsøker hjelp til sine utfordringer. Det kan ta flere år før noen med spiseforstyrrelser oppsøker profesjonell hjelp, av ulike årsaker.

Våre funn bidrar med å forsterke grunnlaget for at CBT er en gunstig behandlingsform for overspisingslidelse. Det er verdt å nevne at på lik linje med å kunne utrede god behandling for spiseforstyrrelser, er det desto like viktig å arbeide forebyggende med spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser. Barn og unge som på tidlig stadium har lært seg å håndtere egne følelser og tanker på en hensiktsmessig måte er bedre rustet til å håndtere påkjenninger senere i livet (49). Samtidig vil det å skape et positivt syn på mat og egen kropp være viktige elementer i å forebygge spiseforstyrrelser (50).

I et folkehelseperspektiv er det også viktig å kunne behandle og ikke minst forebygge overvekt og andre livsstilssykdommer. Andelen nordmenn med en BMI > 25 omfatter 2/3 av den voksne befolkningen over 20 år (41, s. 101). Utviklingen av overvekt har mange årsaker, og hos enkelte kan også psykologiske faktorer påvirke spisemønsteret og spiseatferd som kan føre til overvekt og fedme.

4.6.1 Behov for videre forskning

Det er begrenset litteratur på effekten av CBT knyttet opp mott overspisingslidelse, og derfor et behov for videre forskning innenfor temaet. Bulimia nervosa har størst forskningsgrunnlag på denne behandlingsmetoden, men behandlingseffekt hos pasienter med overspisingslidelse er ikke like godt dokumentert (8, s. 18). Det trengs dermed flere studier av lengre varighet og større utvalg. I tillegg bør det forskes på andre evidensbaserte behandlingsmetoder i behandlingen av overspisingslidelse. Vi ser også at det vil være hensiktsmessig å forske videre på forebygging av overspisingslidelse, slik at forekomsten av spiseforstyrrelsen kan reduseres. Avslutningsvis vil også større fokus på spiseforstyrrelser og psykisk helse være hensiktsmessig i forebygging og behandling av overvekt og fedme.

6. Konklusjon

Våre funn bidrar med å forsterke grunnlaget for at kognitiv atferdsterapi er en gunstig behandlingsform for overspisingslidelse. Samtidig viser våre funn åpenhet for å prøve andre metoder som terapeuten og pasienten kan bli enige om og finne ut av hva som fungerer best for dem. Kognitiv atferdsterapi bidrar i hovedsak til reduksjon i antall overspisingsepisoder både ved kort behandlingstid og standard behandlingstid. Samtidig kan kognitiv atferdsterapi bidra med å redusere bekymringstanker rundt kropp og vekt, depresjonssymptomer og angst. Denne litteraturstudien inneholder for få studier til å trekke en annen konklusjon enn at kognitiv atferdsterapi er et viktig alternativ som behandlingsmetode for pasienter med overspisingslidelse.

Referanseliste

1. Helsenorge. Spiseforstyrrelser - Typer [Internett]. Helsenorge.no [Hentet 2018 Apr 23]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-typer>
2. Helsedirektoratet. Risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser [Internett]. Helsedirektoratet.no. [Hentet 2018 Apr 20]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=risiko-og-saarbarhetsfaktorer-ved-10512>
3. Rådgivning om spiseforstyrrelser. Overspisingslidelse, den vanligste spiseforstyrrelsen. [Internett]. nettros.no. [Hentet 2018 Apr 20]. Tilgjengelig fra: <https://nettros.no/fa-kunnskap/overspisingslidelse/>
4. Skre IB. Psykoterapi. [Internett]. Store medisinske leksikon [Hentet 2018 Apr 22]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/psykoterapi>
5. Sysko R, Devlin M. Binge eating disorder: Cognitive-behavioral therapy (CBT) [Internett]. UpToDate. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/binge-eating-disorder-cognitive-behavioral-therapy-cbt>
6. Helsedirektoratet. Definisjon og diagnostiske kriterier [Internett]. Helsedirektoratet.no. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=definisjon-og-diagnostiske-kriterier-10521>
7. Røstbakken A. Hva er spiseforstyrrelser? [Internett]. Villa Sult - Institutt for spiseforstyrrelser. 2014 [Hentet 2018 Apr 22]. Tilgjengelig fra: <http://spiseforstyrrelser.no/disorders/hva-er-spiseforstyrrelser/>
8. Fairburn, CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008. 337 p.
9. Martinsen, EW. Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi. 2. utg. Bergen: Fagbokforl; 2011. 258 p.
10. Folkehelseinstituttet. Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse [Internett]. Folkehelseinstituttet. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser2/>
11. McCallum Place. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR [Internett]. MCallum Place. [Hentet 2018 Apr 20]. Tilgjengelig fra:

https://www.mccallumplace.com/cmss_files/attachmentlibrary/MP-SCOFF-DSM.pdf

12. Fairburn C, Cooper Z. The eating disorder examination [Internett]. Oslo Universitetssykehus; [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-spiseforstyrrelser/Documents/RASP%3BEDE_NORSK%2016.0.%20oppdatert%2024.01.2011.pdf
13. Regional avdeling for spiseforstyrrelser. Skåring av intervju spørreskjema [Internett]. RASP, Oslo Universitetssykehus; 2012 [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-spiseforstyrrelser/Documents/RASP%3B%20Sk%C3%A5ring%20av%20intervju%20sp%C3%B8rreskjema.%20Oppdatert%2031.5.12.pdf>
14. Regional avdeling for spiseforstyrrelser. Eating disorder examination questionnaire [Internett]. RASP, Oslo Universitetssykehus; 2012 [Hentet 2018 Apr 21] Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-spiseforstyrrelser/Documents/RASP%3B%20Sk%C3%A5ring%20av%20intervju%20sp%C3%B8rreskjema.%20Oppdatert%2031.5.12.pdf>
15. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne - Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten [Internett]. Helsedirektoratet; [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
16. UpToDate. BMI-kalkulator (voksne) [Internett]. Helsebiblioteket.no. [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/ernaering/verktoy/kmi-kalkulator-voksne-kroppsmasseindeks-kmi-bmi>
17. Folkehelseinstituttet. Kroppsmasseindeks (KMI / BMI) og helse [Internett]. Folkehelseinstituttet. [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
18. Bahr R. Aktivitetshandboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. 1. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. 624 p
19. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry. 2000 Jul;57(7):659–665.
20. Norsk forening for kognitiv terapi. Spiseforstyrrelser [Internett]. Oslo; Norsk forening for kognitiv terapi. [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra:

<https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/ulike-typer/spiseforstyrrelser/>

21. Snoek JE. Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer. 1. Utg. Oslo: Akribe; 2000. 248 p.
22. Skre IB. Atferdsterapi. [Internett]. Store norske leksikon. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/atferdsterapi>
23. National Health Service. Cognitive behavioural therapy (CBT) [Internett]. National Health Service uk. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <https://www.nhs.uk/conditions/cognitive-behavioural-therapy-cbt/>
24. St. Olavs Hospital. Interpersonlig terapi [Internett]. St. Olavs hospital. [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/behandlinger/interpersonlig-terapi>
25. Butryn ML, Webb V, Wadden TA. Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Dec;34(4):841–59.
26. Gokee-LaRose J. Adult Behavioral Weight Loss Treatment [Internett]. The weight control and diabetes research center. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <http://www.rimed.org/medhealthri/2009-02/2009-02-50.pdf>
27. Pedersen, JI, Müller H, Hjartåker A, Anderssen S. Grunnleggende ernæringslære. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017. 475 p.
28. Fairburn, CG. Få bukt med overspising: hvorfor overspiser man, og hvordan slutter man med det? Oslo: Gyldendal akademisk; 2014. 206 p.
29. Helsebiblioteket. Randomisert kontrollert undersøkelse - RCT [Internett]. Helsebiblioteket.no. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>
30. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel [Internett]. Folkehelseinstituttet [Hentet 2018 Apr 20]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-oversikt-sr-2014.pdf>
31. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie [Internett]. Folkehelseinstituttet [Hentet 2018 Apr 20]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-rct-2014.pdf>
32. Peat CM, Berkman ND, Lohr KN, Brownley KA, Bann CM, Cullen K, et al.

Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2017 Sep;25(5):317–28.

33. Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S. Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. *Behav Res Ther.* 2014 Jul;58:36–42.
34. Munsch S, Meyer AH, Biedert E. Efficacy and predictors of long-term treatment success for Cognitive-Behavioral Treatment and Behavioral Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2012 Dec;50(12):775–85.
35. 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 Psychiatry J Ment Sci.* 2012 Mar;200(3):232–7.
36. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT, Gueorguieva R, White MA. Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Oct;79(5):675–85.
37. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Overweight Individuals With Binge-Eating Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Aug 1;59(8):713–721.
38. Førde R. Helsinkideklarasjonen [Internett]. De nasjonale forskningsetiske komiteene. [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
39. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Forside - Om REK [Internett]. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [Hentet 2018 Feb 5]. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/forside?_ikbLanguageCode=n
40. Helsedirektoratet. Samsykelighet [Internett]. Helsedirektoratet.no. [Hentet 2018 Apr 21]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=samsykelighet-11190>
41. Espnes, GA. Smedslund G. Helsepsykologi. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 445 p.

42. Halvorsen, K. Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. Oslo: Cappelen akademisk forl; 2008. 316 p.
43. Halle NH, Tjora A. Hawthorneeffekten. [Internett]. Store norske leksikon [Hentet 2018 Apr 26]. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/Hawthorneeffekten>
44. Drevon, CA. Blomhoff R. Mat og medisin: lærebok i generell og klinisk ernæring. 6. utg. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforl; 2012. 540 p.
45. Norsk helseinformatikk. Overspising [Internett]. NHI - Norsk helseinformatikk. [Hentet 2018 Apr 22]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/overspising/>
46. Øverby, NC. Torstveit, MK. Høigaard, R. Folkehelsearbeid. 1.utg. Kristiansand: Høyskoleforl; 2011. 318 p.
47. Folkehelseinstituttet. Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne [Internett]. Folkehelseinstituttet. [Hentet 2018 Apr 22]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
48. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. 2009;
49. Rosenvinge, JH. Børresen, R. Kan man forebygge spiseforstyrrelser? [Internett]. Tidsskrift for Den norske legeförening. [Hentet 2018 Apr 22]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/kan-man-forebygge-spiseforstyrrelser>
50. Seierstad A, Langengen IW, Nylund HK, Reinart LM, Jamtvedt G. Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Rapp Fra Kunnskapscenteret. 2004;