

Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 14-2015

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Spiseforstyrrelser er alvorlige tilstander som har innvirkninger også på svangerskapet, fødselen, og mors og barns helse i tiden etterpå. Forekomsten av spiseforstyrrelser blant norske kvinner i aldersgruppen 15-44 er: 0,3 prosent med anoreksi, 2 prosent med bulimi og 3 prosent med overspisingslidelse. I denne systematiske oversikten oppsummerer vi forskning om effekter av behandling og oppfølging av gravide kvinner med spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi, overspisingslidelse eller uspesifisert spiseforstyrrelse).

- Vi søkte systematisk etter effektstudier. Vi fant ingen studier som har vurdert effekter av behandlingstiltak for gravide med spiseforstyrrelse.
- Vi fant noen få studier av behandling for kvinner med bulimi, som hadde født. Disse studiene omhandlet ikke gravide og ble ikke inkludert i våre resultater. Ingen av disse studiene var gode nok til å kunne si noe sikkert om effekter av behandlingen som ble tilbudt (kognitiv terapi, internettbasert gruppeterapi, video-feedback).
- Det å kartlegge gravide med spiseforstyrrelse uten å tilby behandling er etisk problema-

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavsplass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-956-4 ISSN 1890-1298

nr 14-2015



kunnskapssenteret

tisk. Det er behov for forskning som genererer kunnskap om effekter av tiltak for gravide med spisefortyrrelser. Det finnes ulike behandlinger som viser effekt for en del personer med spiseforstyrrelser, som kognitiv terapi og familieterapi. Vi vet ikke hvilke behandlinger som har best effekt for både mor og barn ved graviditet og spiseforstyrrelse.

Tittel	Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse
English title	No effectiveness studies on treatment of eating disorders in pregnancy
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Liv Merete Reinar, prosjektleder, <i>seksjonsleder</i> Gyri Hval Straumann, <i>forskningsbibliotekar</i> Hilde Tinderholt Myrhaug, <i>forsker</i> Gunn Elisabeth Vist, <i>seksjonsleder</i>
ISBN	978-82-8121-956-4
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 14 – 2015
Prosjektnummer	1037
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	28 (43 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	eating disorders, anorexia, bulimia, nervosa or nevrosa, bingeeating or overeat, pregnancy, pregnancy care, systematic review of controlled trials.
Sitering	Reinar LM, Straumann GH, Myrhaug HT, Vist GE. Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 14–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, juni 2015

Hovedfunn

Spiseforstyrrelser er alvorlige tilstander som har innvirkninger også på svangerskapet, fødselen, og mors og barns helse i tiden etterpå. Forekomsten av spiseforstyrrelser blant norske kvinner i aldersgruppen 15-44 er: 0,3 prosent med anoreksi, 2 prosent med bulimi og 3 prosent med overspisingslidelse. I denne systematiske oversikten oppsummerer vi forskning om effekter av behandling og oppfølging av gravide kvinner med spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi, overspisingslidelse eller uspesifisert spiseforstyrrelse).

Vi søkte systematisk etter effektstudier. Vi fant ingen studier som har vurdert effekter av behandlingstiltak for gravide med spiseforstyrrelse.

Vi fant noen få studier av behandling for kvinner med bulimi, som hadde født. Disse studiene omhandlet ikke gravide og ble ikke inkludert i våre resultater. Ingen av disse studiene var gode nok til å kunne si noe sikkert om effekter av behandlingen som ble tilbudt (kognitiv terapi, internettbasert gruppeterapi, video-feedback).

Det å kartlegge gravide med spiseforstyrrelse uten å tilby behandling er etisk problematisk. Det er behov for forskning som genererer kunnskap om effekter av tiltak for gravide med spiseforstyrrelser. Det finnes ulike behandlinger som viser effekt for en del personer med spiseforstyrrelser, som kognitiv terapi og familierapi. Vi vet ikke hvilke behandlinger som har best effekt for både mor og barn ved graviditet og spiseforstyrrelse.

Tittel:

Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse.

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet februar 2015.

Fagfeller:

Retningslinjegruppen i Helsedirektoratet ved Professor Jan H. Rosenvinge, Det Helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet og Seniorrådgiver Kari Aanjesen Dahle, Psykisk helsevern og rus, Helsedirektoratet.

Sammendrag

Bakgrunn

Helsedirektoratet reviderer Nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelse er den psykiske lidelsen som har høyest dødelighet. Gravide med spiseforstyrrelse er en sårbar gruppe, og i de alvorligere tilfellene kan lidelsene påvirke både mor og barn.

Det foreligger begrenset kunnskap om behandling av spiseforstyrrelse hos gravide.

Folkehelseinstituttet oppgir at forekomst av spiseforstyrrelser blant kvinner i aldersgruppen 15-44 i Norge er: 0,3 prosent med anoreksi, 2 prosent med bulimi og 3 prosent med overspisingsslidelse. Funn fra observasjonsstudier kan tyde på at spiseforstyrrelse har innvirkning på fødselsutfall. Det er påvist sammenheng mellom spiseforstyrrelser og økt forekomst av spontanaborter, diabetes hos mor og prematur fødsel. Det er også vist en mulig sammenheng mellom anoreksi og intrauterin vekstretardasjon.

Vi har besvart følgende spørsmål i form av en systematisk oversikt:

For gravide med spiseforstyrrelse, hva er effekten av behandlingstiltak og oppfølgingstiltak på vektutvikling hos mor og barn?

Hvilken behandling og oppfølging gir best symptomlindring hos gravide med spiseforstyrrelse på

- bulimiske symptomer
- ernæringstilstand
- depressive symptomer?

Metode

Vi søkte først etter systematiske oversikter som var publisert de seneste fem år. Vi søkte i følgende databaser: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO og Cinahl. Vi fant ingen systematiske oversikter med effektstudier.

Vi søkte deretter etter effektstudier i følgende databaser: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PsycINFO og Cinahl. I

tillegg til databasesøk gjennomgikk vi referanselistene på innhentede oversiktsartikler for å finne effektstudier.

Søk etter studier ble avsluttet i februar 2015.

For å oppfylle våre inklusjonskriterier skulle studiene enten være systematiske oversikter av høy kvalitet eller enkeltstudier med et prospektivt design hvor det også var en kontrollgruppe. Studiene skulle være med gravide som hadde en spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi, overspisingslidelse eller uspesifisert spiseforstyrrelse). De gravide skulle tilbys en eller annen form for strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg (som psykologisk samtale, medisinskfaglig oppfølging) med søkelys på tilfredsstillende vektutvikling hos både mor og barn, samt symptomlette av spiseforstyrrelse og depresjon hos mor. Kontrollgruppen skulle få vanlig oppfølging i henhold til vanlig svangerskapsomsorg eller annen type behandling.

To personer vurderte uavhengig av hverandre identifiserte titler og sammendrag mot inklusjonskriteriene. Utvalgte referanser ble innhentet og deretter vurdert uavhengig av hverandre i fulltekst.

Resultat

Litteratursøket endte med 3552 referanser som ble vurdert ut fra titler og sammendrag. Atten referanser ble vurdert i fulltekst. Vi fant ingen studier, verken systematiske oversikter eller effektstudier, som tilfredsstilte de på forhånd fastsatte inklusjonskriteriene.

Diskusjon

Dersom gravide med spiseforstyrrelse skal tilbys annen behandling enn ikke-gravide med spiseforstyrrelse, er det nødvendig at behandling for gravide blir undersøkt i effektstudier. Før slik dokumentasjon foreligger bør gravide med spiseforstyrrelse følges opp på samme måte som ikke-gravide med spiseforstyrrelse.

Vi fant noen få studier som hadde vurdert behandling av kvinner med bulimi som hadde født. Etersom disse kvinnene ikke var gravide, ble ikke studiene inkludert i vår oversikt. Dessuten gav ingen av studiene pålitelig informasjon om effekter av behandlingene som ble tilbudt (kognitiv terapi, internetbasert gruppeterapi, video-feedback i måltider med små barn).

Å kartlegge gravide med spiseforstyrrelse uten å tilby behandling er etisk problematisk. Det er behov for forskning som genererer kunnskap om effekter av tiltak for gravide med spiseforstyrrelser.

Konklusjon

Vi fant ingen studier der effekter av behandlingstiltak for gravide med spiseforstyrrelse er evaluert. Spiseforstyrrelser kan være alvorlige tilstander, og gravide bør tilbys behandling under graviditet. Kunnskap om forekomst og prognose er ikke tilstrekkelig. Behandlingstiltak som er vist effektive for en del personer med spiseforstyrrelse (som gruppeterapi, familieterapi, kognitiv atferdsterapi, innleggelse) kan vurderes til gravide med spiseforstyrrelse.

Key messages (English)

Eating disorders are serious conditions which also impact on pregnancy, birth and the health of mother and child. Amongst Norwegian women in the age group 15 to 44, 0.3 percent have anorexia, 2 percent bulimia and 3 percent have binge eating disorder. In this systematic review we summarise research on the effect of treatment and follow up of pregnancy for women with an eating disorders (anorexia, bulimia, binge eating or unspecified eating disorder).

We searched systematically for effectiveness studies. We found no studies where treatment interventions for pregnant women with eating disorder were evaluated.

We found a few studies on treatment of women with bulimia who had given birth. These studies did not include pregnant women and were not included in our review. None of the studies were of sufficient quality to yield reliable information about the effects of the offered treatments (cognitive therapy, web based group therapy or video –feedback intervention).

Surveying pregnant women with eating disorder without offering treatment, is ethically problematic. Controlled trials are needed to evaluate the effect of treatments for pregnant women with eating disorders. There are some treatments that show effect for some people with eating disorders, as cognitive therapy and family therapy. We do not know which treatments have best effect for mother and child in pregnancy with eating disorders.

Title:

No effectiveness studies on treatment of eating disorders in pregnancy

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: February 2015.

Peer review:

Experts in advisory group for Norwegian Directorate of Health
Prof Jan H. Rosenvinge, Det Helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet and Senioradviser Kari Aanjesen Dahle, Psykisk helsevern og rus, Norwegian Directorate of Health

Executive summary (English)

Background

The Norwegian Directorate of Health is revising the National guidelines for eating disorders. Eating disorder is the mental illness with highest death rates. Pregnant women with eating disorder are vulnerable and in the more serious cases the illness may affect both to the mother and to the baby.

There is limited knowledge on treatment of eating disorder in pregnancy.

The Norwegian Institute of Public Health estimates the prevalence of eating disorder amongst Norwegian women aged 15 to 44 years to 0.3 percent with anorexia, 2 percent with bulimia, and 3 percent with binge eating disorder.

Eating disorder have been found to be associated with miscarriages, diabetes and premature births. An association has also been shown between eating disorders, and anorexia and intrauterine growth retardation.

We have addressed the following question in a systematic review:

For pregnant women with eating disorder, what is the effect of treatment- and follow up-interventions on the weight of the mother and the baby?

Which treatment- and follow up-interventions are most effective for pregnant women with eating disorder on improving

- symptoms of bulimia
- nutritional status
- depressive symptoms?

Method

First we searched for systematic reviews that had been published the last five years. We searched the following databaes: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO and Cinahl. We did not find any systematic reviews of studies on the effectiveness of relevant interventions.

We then searched for studies on effect in the following databases: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PsycINFO and

Cinahl. In addition to the electronic searches we also read the reference lists of identified reviews to look for studies with interventions.

The search was conducted in February 2015.

To be included in this systematic review the studies should either be systematic reviews of high quality or single studies with a prospective design and control group. The study population in the studies should be pregnant women with an eating disorder (anorexia, bulimia, binge eating or unspecified eating disorder). They should be offered some form of structured treatment and follow up (such as psychological treatment) with focus on acceptable weight gain in mothers and babies, and relief of symptoms of the eating disorder and depression in the mother. The control group could be receiving usual care.

Two people independently screened titles and abstracts according to the inclusion criteria. Chosen references were screened in full text, also independently.

Results

The literature search ended with 3552 references that we screened by reading of titles and abstracts. Eighteen references were reviewed in full text. We did not find any studies, neither systematic reviews or single studies, that met our inclusion criteria.

Discussion

If pregnant women with eating disorder require specific treatment that is different to that of other populations with eating disorder, it is necessary to evaluate the treatment given in pregnancy in effectiveness trials. Until such documentation is available, pregnant women with eating disorder should be treated and followed like non-pregnant people with eating disorder.

We found a few intervention studies of women with bulimia who had given birth. We did not include them in our review as they did not include pregnant women. In addition, none of the studies were of good sufficient quality to yield reliable information about the effects of the offered treatments (cognitive therapy, web based group therapy or video –feedback intervention at mealtimes with small children).

Surveying pregnant women with eating disorder without offering treatment, is ethically problematic. Controlled trials are needed to evaluate the effect of treatments for pregnant women with eating disorders.

Conclusion

We did not find any studies where the effectiveness of treatments given to pregnant women with eating disorder were evaluated. An eating disorder can be a serious condition, and pregnant with such disorders should be offered treatment. Insights about prevalences and risk prognosis is not sufficient. Treatments that have been shown to be effective in some people with eating disorder (such as group therapy, family therapy, cognitive therapy, admission) should be trialed in studies where pregnant women with eating disorders take part.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	4
Diskusjon	4
Konklusjon	5
KEY MESSAGES (ENGLISH)	6
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	7
Background	7
Method	7
Results	8
Discussion	8
Conclusion	9
INNHold	10
FORORD	12
PROBLEMSTILLING	13
INNLEDNING	14
METODE	15
Litteratursøking	15
Inklusjonskriterier	16
Eksklusjonskriterier	17
Utvelgelse og kvalitetsvurdering	17
RESULTAT	19
DISKUSJON	20
Forskning om behandling fra ikke- inkluderte studier	20
Behandling av småbarnsmødre	21
Kunnskap fra kvalitativ forskning	24
Styrker og svakheter	24

KONKLUSJON	25
Behov for videre forskning	25
REFERANSER	27
VEDLEGG 1	29
Litteratursøk	29
VEDLEGG 2	42
Ekskluderte studier	42

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere tilgjengelig forskning om behandling av gravide med spiseforstyrrelse.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Liv Merete Reinar, prosjektleder og seksjonsleder, Kunnskapssenteret
- Gyri Hval Straumann, forskningsbibliotekar, Kunnskapssenteret
- Hilde Tinderholt Myrhaug, forsker, Kunnskapssenteret
- Gunn Vist, seksjonsleder, Kunnskapssenteret

Eksterne fagfeller har vært prosjektgruppen for retningslinjearbeidet i Helsedirektoratet. Takk til Jan Rosenvinge og Kari Aanjesen Dahle.

Dette er en av de to første systematiske oversiktene som benytter en modell som skal gi Helsedirektoratet rask tilgang på systematiske oversikter. Denne oversikten er tenkt som et dokumentasjonsgrunnlag for Nasjonale faglige retningslinjer for spiseforstyrrelse.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Liv Merete Reinar
Seksjonsleder/prosjektleder

Problemstilling

Hva er effekten av behandlingstiltak og oppfølgingstiltak for gravide med spiseforstyrrelser på vektutvikling hos mor og barn? Hvilken behandling og oppfølging gir best symptomlindring hos gravide med spiseforstyrrelse på

- bulimiske symptomer
- ernæringstilstand
- depressive symptomer

Innledning

Helsedirektoratet reviderer Nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelse er den psykiske lidelsen med høyest dødelighet (1). Gravide med spiseforstyrrelse er en sårbar gruppe og i alvorlige tilfeller kan tilstanden affisere både mor og barn. Det foreligger begrenset kunnskap om behandling av spiseforstyrrelse hos gravide.

Folkehelseinstituttet oppgir at forekomsten av spiseforstyrrelser blant kvinner i aldersgruppen 15-44 i Norge er: 0,3 % med anoreksi, 2 % med bulimi og 3 % med overspisingslidelse. På Folkehelseinstituttet pågår flere forskningsprosjekter som belyser mange spørsmål om graviditet og spiseforstyrrelse. Forskningen baserer seg på data fra den store observasjonsstudien «Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa)». I følge Folkehelseinstituttet går forskning ut på å studere «hvordan spiseforstyrrelse påvirker svangerskap og barnets utvikling, og på hvilke erfaringer pasienter kan ha knyttet til det å få diagnostisert, leve med og bli behandlet for alvorlig anoreksi»(2). Forskningsprosjektene omfatter også bulimi og overspisingslidelse i forbindelse med graviditet.

Funn fra observasjonsstudier kan tyde på at spiseforstyrrelse kan ha innvirkning på fødselsutfall. Det er påvist assosiasjoner med økt forekomst av spontanaborter, diabetes og prematur fødsel (2). Det er også funn som tyder på en sammenheng mellom anoreksi, og intrauterin vekstretardasjon og nyfødte som er små i forhold til gestasjonsalder. Overspising («binge eating») kan være assosiert med nyfødte som er store i forhold til gestasjonsalder.

Gravide kvinner med spiseforstyrrelse har i kvalitative studier beskrevet følelser som sosial og følelsemessig isolasjon og mangel på psykisk støtte. Mange kvinner med spiseforstyrrelser opplever det vanskelig å akseptere kroppslige forandringer i svangerskapet. For noen avtar symptomer på spiseforstyrrelse utover i svangerskapet. Forekomsten av angst og depresjon kan være høyere sammenliknet med hos andre gravide (3).

Metode

Litteratursøking

Vi søkte først etter systematiske oversikter som var publisert de seneste fem år. Vi søkte i følgende databaser:

- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Health Technology Assessment Database (HTA)
- MEDLINE
- EMBASE
- PsycINFO
- Cinahl

Søket var ikke begrenset på språk.

Vi søkte også etter effektstudier i følgende databaser:

- MEDLINE
- EMBASE
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- PsycINFO
- Cinahl

Søkene etter effektstudier var ikke begrenset på språk eller tid.

I tillegg til databasesøk gjennomgikk vi referanselistene på innhentede oversiktsartikler for å finne effektstudier.

Forskningsbibliotekar Gyri Hval Straumann planla og utførte samtlige søk. Den fullstendige søkestrategien finnes i vedlegg 1. Søk etter studier ble avsluttet i februar 2015.

Inklusjonskriterier

Studiedesign

Systematiske oversikter av høy kvalitet.

Siden vi ikke fant systematisk(e) oversikt(er) av høy kvalitet som besvarte spørsmålet inkluderte vi effektstudier med følgende design: randomiserte kontrollerte studier, prospektive ikke-randomiserte studier med kontrollgruppe, kontrollerte studier med både før og etter-målinger.

Populasjon Gravide med anoreksi

Intervensjon Strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg (som psykologisk samtale, medisinskfaglig oppfølging).

Kontroll Vanlig svangerskapsomsorg

Utfall Mor:
Vekt, vektutvikling
Depressive symptomer
Spiseforstyrrelsessymptomer som restriktivt matinntak, overtrening, oppkast, inntak av avføringsmidler, vann drivende midler
Ernæringstilstand
Fødselskomplikasjoner
Ammeadferd, fødselsdepresjon i barselperioden

Barn:
Andel tidlig fødte (før uke 35)
Vekt
Psykomotorisk utvikling

Populasjon Gravide med bulimi

Intervensjon Strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg (som psykologisk samtale, medisinskfaglig oppfølging).

Kontroll Vanlig svangerskapsomsorg

Utfall Mor:
Vekt, vektutvikling
Depressive symptomer

Spiseforstyrrelsessymptomer som overspising, overtrening,
oppkast, inntak av avføringsmidler, vandrivende midler
Fødselskomplikasjoner
Fødselsdepresjon i barselperioden

Barn:

Andel tidlig fødte (før uke 35)
Vekt
Psykomotorisk utvikling

Populasjon Gravide med overspisingslidelse

Intervensjon Strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg (som psykologisk samtale, medisinskfaglig oppfølging).

Kontroll Vanlig svangerskapsomsorg

Utfall Mor (både før og etter fødsel):
Vekt, vektutvikling
Depressive symptomer
Spiseforstyrrelsessymptomer som overspising
Fødselskomplikasjoner
Svangerskapsdiabetes
Fødselsdepresjon i barselperioden

Barn:

Andel tidlig fødte (før uke 35)
Vekt
Psykomotorisk utvikling

Eksklusjonskriterier

Pasientserier og kasuistikker, surveys, kvalitative studier.

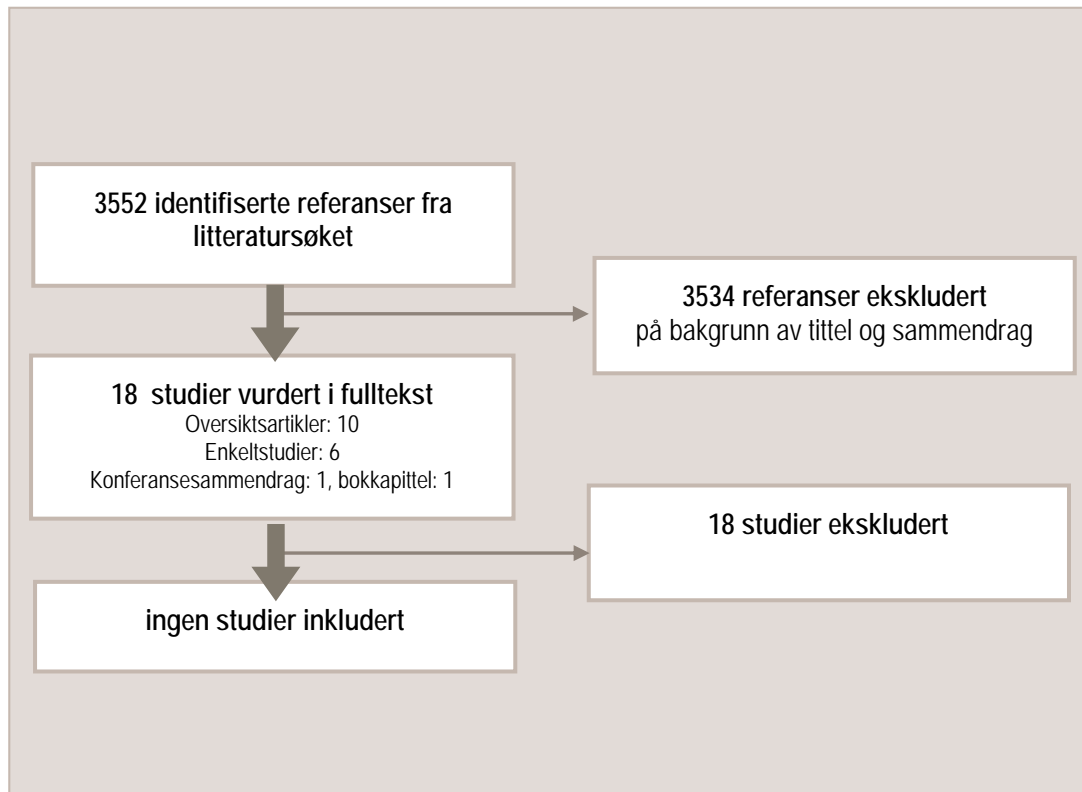
Utvelgelse og kvalitetsvurdering

Gunn Elisabeth Vist (GEV) og Liv Merete Reinar (LMR) vurderte uavhengig av hverandre identifiserte titler og sammendrag mot inklusjonskriteriene. Vi brukte dataprogrammet Covidence Knowledge base (4). Vi innhentet utvalgte referanser og

vurderte dem uavhengig av hverandre i fulltekst. Vi viser til Kunnskapssenterets håndbok «Slik oppsummerer vi forskning» for kvalitetsvurdering, analyser og sammenstilling av data (5).

For å klassifisere en oversiktsartikkel som en systematisk oversikt skal forfatterne ha oppfylt følgende minimumskrav: et fokusert spørsmål, en oppgitt og referert søkestrategi, oppgitte inklusjonskriterier samt utført kvalitetsvurdering av inkluderte studier.

Resultat



Figur 1. Flyttdiagram over søketreff og vurdering av titler, sammendrag og fulltekst-artikler. Viser søket etter systematiske oversikter og primærstudier sammen.

Vi fant ingen studier, verken systematiske oversikter eller effektstudier som tilfredstilte de på forhånd fastsatte inklusjonskriteriene.

Liste over artikler vi leste i fulltekst med begrunnelse for eksklusjon ligger i vedlegg 2.

Diskusjon

Spiseforstyrrelse i svangerskapet kan ha alvorlige følger for mor og barn på både kort og lang sikt. Vi har til tross for omfattende søk i syv databaser ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av behandlingstiltak for gravide med spiseforstyrrelse. Flere forfattere av oversiktsartikler har sagt det samme:

Astrachan-Fletcher sier i en artikkel fra 2008 at

“Little treatment outcome research exists for anorexia nervosa, and many of the studies that have been conducted have methodological limitations (e.g. small sample size, no control groups)” (6).

Også flere andre etterlyste forskning for å få kunnskap om effektiv behandling, som Dunker 1999 (7) og Cardwell 2013 (8).

Vi fant flere kartleggingsundersøkelser, observasjonsstudier og ikke-systematiske oversiktsartikler som omtaler spiseforstyrrelser blant gravide, og beskriver dette som et alvorlig helseproblem (6, 8-11).

Dersom det er slik at gravide med spiseforstyrrelser har særskilte behandlingsbehov som skiller seg fra det som tilbys andre personer med spiseforstyrrelse, er det dessverre fint lite forskning å basere behandlingstilbudet på, ettersom det ikke foreligger effektstudier som har evaluert behandling for denne gruppen. Det kan godt være at det har vært gravide deltakere i studier av behandling for personer med spiseforstyrrelse, men vi har ikke funnet noen særskilt rapportering av resultater for denne gruppa.

Forskning om behandling fra ikke- inkluderte studier

Astrachan- Fletcher (2008) hevder at ingen behandlingstiltak er vist å være særlig effektive for ungdom med anoreksi, med unntak av familierapi (6). Hun foreslår at gravide bør tilbys, psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi, «interpersonal therapy» eller «motivational enhancement therapy» - til tross for mangel på empirisk belegg for dette. Astrachan-Fletcher er mer optimistisk når det gjelder bulimi. Hun

anbefaler kognitiv atferdsterapi for denne gruppen, basert på funn fra studier av vanlig populasjon med spiseforstyrrelse. Cardwell (2013) anbefaler behandling i tverrfaglige team og kognitiv atferdsterapi for gravide med bulimi (8). For gravide med anoreksi anbefaler Cardwell tverrfaglige team, motiverende intervju og kognitiv atferdsterapi. Han gjør også et poeng av at behandling av gravide med anoreksi ikke behøver å skille seg mye ut fra ordinær behandling av anoreksi. Easter (2010) sier:

«The research on the impact of pregnancy and anorexia nervosa highlights that pregnancy could both represent a potentially high risk period for both mother and baby, as well as an optimal time for intervention. Despite the ambivalence of some patients, pregnancy for most cases might be a unique opportunity to change eating disorders behaviours.»

I sin artikkel viser hun også til anbefaling fra National Institute of Clinical Evidence (NICE), 2004, der det anbefales at alle gravide stilles følgende to spørsmål:

- *Tror du at du har et spiseproblem? (Do you think you have an eating problem?)*
- *Bekymrer du deg mye om vekten din? (Do you worry excessively about your weight?)*

Easter referer også til NICE-retningslinjens anbefalinger om at gravide bør sikres en mer intensiv oppfølging i svangerskapet for å sikre prenatal ernæring og adekvat fosterutvikling (11).

British Medical Journal (BMJ) Best Practice anbefaler at gravide med bulimi henvises til spesialist og tilbys kognitiv atferdsterapi i tillegg til veiledning og støtte om ernæring og måltider. De bør også tilbys andre typer psykologiske terapier og følges med glykemisk kontroll (12). For alle personer med anoreksi anbefaler BMJ Best Practice tilbud om strukturert spiseplan, psykoterapi og oppfølging ved hypokalemi (12).

I følge Helsedirektoratets ekspertgruppe for retningslinjen for spiseforstyrrelser så har om lag 30 til 50 prosent av personer med spiseforstyrrelser som tilbys evidensbaserte behandlingsformer (kognitiv atferdsterapi og familieterapi) ikke effekt av behandlingen (eksterne fagfeller, personlig kommunikasjon). De påpeker videre at disse terapiformene ikke er allment tilbud, men at de tilbys ved regionale spesialist-senter (og dermed fordrer henvisning).

Behandling av småbarnsmødre

Spørsmålene vi stilte i denne systematiske oversikten gjelder gravide med spiseforstyrrelse. Vi fant ingen effektstudier om behandling i svangerskapet. Det nærmeste vi kom var at vi fant vi resultater fra tre studier med kvinner med spiseforstyrrelse

(hovedsakelig bulimi), som hadde født (13-17). Under følger en kort oppsummering av disse tre studiene.

Tabell 1. Studier med behandlingstiltak for mødre med spiseforstyrrelse.

Studie	Design	Populasjon	Tiltak	Kontroll	Oppfølgings-tid	Utfall
Carter (16, 17)	Kohortstudie	Kvinner med bulimi N=125	Kognitiv atferdsterapi + barnefødsel (n=32)	Kognitiv atferdsterapi + ingen graviditet (n=93)	Fem år	Symptomer på spiseforstyrrelse Alvorlig depresjon
Stein (13) Woolley (14)	Randomisert kontrollert studie	Mødre med bulimi (N=80)	«Video feedback» (n=40)	Rådgiving («counseling») (n=40)	Barn 13 måneder gamle	Spisesituasjon Barns vekt Mor-barn interaksjon
Runfola (15)	Før-etter studie*	Mødre med spiseforstyrrelse (N=13)	Foreldreveiledning i grupper (n=13)	*	Seks måneder neder	Barns ernæring Mors psykiske helse

*studien var planlagt som randomisert kontrollert studie. På grunn av rekrutteringsproblemer endte forskerne med å gjøre en pilotstudie uten kontrollgruppe.

Bulimi, kognitiv atferdsterapi, fødsel, symptomer på spiseforstyrrelse og depresjon

Carter og medarbeidere rapporterer noen funn fra tiden etter fødsel, for kvinner med bulimi. I én av artiklene undersøker forskeren om det å få barn etter å ha blitt behandlet med kognitiv atferdsterapi for bulimi utsetter kvinnene for økt risiko for tilbakefall av spiseforstyrrelse eller alvorlig depresjon (17). Spørsmålet ble analysert innen en kontekst av en stor randomisert kontrollert studie (n= 125) som undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi for bulimi, med oppfølging etter fem år. I løpet av fem år fødte 32 av kvinnene 43 barn. Studien gir ikke informasjon om effekten av kognitiv atferdsterapi på symptomer på spiseforstyrrelse eller depresjon, men om det er forskjell mellom kvinnene som fikk barn og de som ikke fikk barn. Forfatteren konkluderte med at barnefødsel ikke er direkte assosiert med symptomer på spiseforstyrrelse eller depresjon for året med fødsel og det påfølgende år. Vi vet ikke

om det å få barn er positivt for symptomutvikling eller om det er kvinner med færre symptomer som får barn.

I sin andre publikasjon fra det samme materialet undersøkte Carter og medarbeidere kvinner som fikk barn i løpet av en fem års oppfølgingstid etter behandling for bulimi. Kvinnene (n=125) fikk i det opprinnelige forsøket «exposure-based versus nonexposure based treatments to a core of cognitive-behavior therapy»(16). Heller ikke rapporteringen i denne publikasjonen gir oss informasjon om *effekten* av kognitiv terapi for kvinner som har bulimi og får barn. Forfatterne konkluderer med at dårlig fungering etter behandling for bulimi, sammen med noen demografiske variabler er en sterk prediktor for ikke å få barn.

Måltider, samspill, småbarnsmødre med bulimi

Stein og medarbeidere gjorde et randomisert forsøk med 80 kvinner som hadde bulimi eller liknende spiseforstyrrelse. Kvinnene møtte på rutinekontroller med barn som var fire til seks måneder gamle. Alle kvinnene fikk veiledet selvhjelp med kognitiv atferdsterapi. I tillegg ble de randomisert til enten «video-feedback interactional treatment» eller «supportive counselling». Forskerne fulgte mor og barn til barna var 13 måneder gamle. De fant at færre konflikter rundt måltider hos kvinnene i video-feedback gruppen (ni av 38, 23,7 %) sammenliknet med kontrollgruppen (21 av 39, 53,8 %). Dette gir en odds ratio (OR) i klar favør av tiltaket (OR 0,27, 95 % Konfidensintervall 0,10 til 0,73). Hos mødre fant forskeren ingen forskjeller mellom gruppene på symptomer på spiseforstyrrelse eller depresjon.

Internettbasert gruppeterapi, mødre med spiseforstyrrelse

Programmet her var delt i fire deler: 1. legge grunnlag, 2. generell foreldreopplæring 3. spising og mating 4. bryte en sirkel av risiko. Forfatterne pilottestet i denne studien et program som gikk over 16 uker á 1,5 timer (15). Opprinnelig var studien planlagt som et randomisert forsøk, men forskerne fikk ikke rekruttert nok deltakere. Tiltaket ble derfor testet i tre grupper med tre til seks deltakere. Deltakerne var mødre med en historie med spiseforstyrrelse som anoreksi eller bulimi og barn opptil tre års alder.

Tiltaket ble godt mottatt. Det ble observert noe positive forbedringer i selvrapporterte målinger av mestring og selv-følelse. Det var ingen endringer før og etter tiltaket på mors mating eller på mors psykopatologi (angst, depresjon, symptomer på spiseforstyrrelse).

Kort oppsummert

Carters studier er ikke direkte studier om effekten av kognitiv terapi for gravide eller kvinner som har født. Forfatterne analyserer forskjellen mellom kvinnene i studien som fikk barn og de som ikke fikk barn. De konkluderte med at barnefødsel ikke er

spesielt assosiert med symptomer på spiseforstyrrelse eller depresjon for året med fødsel og det påfølgende år. De kunne heller ikke si om det å få barn er positivt for symptomutvikling eller om det er kvinner med færre symptomer som får barn.

Steins studie er den eneste randomiserte studien vi fant. Den viste lovende resultater på utfall som samspill rundt måltider med små barn, men fant ingen forskjell på symptomer på spiseforstyrrelse eller depresjon hos mor. Runfolas studie ble ikke gjennomført som planlagt fordi forskerne ikke fikk rekruttert tilstrekkelig med deltakere. De fikk derfor ikke prøvd ut tiltaket med en kontrollgruppe og det er umulig å si noen annet enn at tiltaket (internettbasert gruppeterapi) ble godt mottatt blant de tretten kvinnene som deltok.

Kunnskap fra kvalitativ forskning

Vi fant en systematisk oversikt med kvalitative studier om erfaringer til gravide med spiseforstyrrelse (18). Forfatterne inkluderte syv kvalitative studier. Forfatterne etterlyser mer forskning av høyere kvalitet. Mange kvinner rapporterte en opplevelse av stor indre uro. De kunne føle mye skyld og skam, og de hadde problematiske følelser når det gjaldt selvfølelse og kroppsbilde. De kunne også ha bekymringer om barnets helse, hvordan andre så på deres spising og uro rundt vektutvikling. Kvinnene etterlyste mer kunnskap og kyndighet om spiseforstyrrelser blant leger og jordmødre.

«Pregnancy is an optimum moment for women to consider their behaviours and make lasting changes to eating and weight control practices. However, it is also a time when they may experience a lack of control and heightened sense of anxiety, which could contribute to the inner turmoil noted in reviewed papers.»
(18)

Styrker og svakheter

Til tross for et omfattende litteratursøk har vi ikke funnet noen studier som egner seg til å besvare spørsmålet om effekten av tiltak overfor gravide med spiseforstyrrelse. Verken vi eller noen av forfatterne av oversiktsartiklene vi har sett, har klart å finne studier om effekt av behandling for denne pasientgruppen.

Konklusjon

Vi fant ingen studier der effekten av behandlingstiltak for gravide med spiseforstyrrelse er evaluert. Spiseforstyrrelser kan være alvorlige tilstander, og gravide bør tilbys behandling. Kunnskap om forekomst og prognose er ikke tilstrekkelig. Behandlingstiltak som er vist effektive for noen andre personer med spiseforstyrrelse (som gruppeterapi, familierapi, kognitiv atferdsterapi, innleggelse) bør prøves ut også i studier med gravide med spiseforstyrrelse.

Behov for videre forskning

Det er neppe behov for flere kartleggingsstudier nå. Det som trengs er kontrollerte studier med gravide som har spiseforstyrrelse. Nye studier bør planlegges der disse pasientene tilbys behandling som er vist å være effektiv, eventuelt lovende, i andre populasjoner med spiseforstyrrelse (som kognitiv terapi, gruppeterapi, innleggelse, familierapi, internett baserte programmer, strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg). Behandlingen bør sammenliknes med annen behandling – ikke venteliste eller vanlig praksis. Aktuelle utfall:

- For mor: vekt, vektutvikling, ernæringstilstand, depressive symptomer, spiseforstyrrelsessymptomer, fødselskomplikasjoner, svangerskapsdiabetes, post partum depresjon, ammeatferd, samspill mor- barn, tilfredshet med behandling
- For barnet: prematuritet, vekt, psykomotorisk utvikling, tilknytning.

I tillegg:

- Studiene bør fortrinnsvis være randomiserte kliniske studier, eventuelt med randomisering av sykehus e.l. framfor enkeltpasienter (klyngerandomisert, studie). Antall gravide med spiseforstyrrelse, f.eks. anoreksi, er såpass få at studien antakelig må gjennomføres i samarbeid mellom flere behandlingssentra (multisenter, nasjonal eller internasjonal).
- Overspisingsslideleser (binge eating) kan debutere i svangerskapet, det er mangel på forskning på dette feltet (18).
- Tidsrammen bør være minst et år (graviditet, ca. seks måneder og oppfølging etter fødsel i minst seks måneder).
- Å kartlegge gravide med spiseforstyrrelse uten å tilby behandling eller å delta i et kontrollert forsøk er etisk problematisk.

- Vi trenger mer kunnskap om gode metoder helsepersonell kan bruke for å reise spørsmål om spiseforstyrrelse og kommunisere med gravide om spising og vektkontroll på en trygg og støttende måte (18).

Referanser

1. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):724-731.
2. Spiseforstyrrelser Folkehelseinstituttet [Lest 26.02.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/tema/spiseforstyrrelser>
3. Easter A. Understanding eating disorders in the antenatal and postnatal periods. *Perspective - NCT's journal on preparing parents for birth and early parenthood* March 2015(26).
4. Covidence Knowledge base.[Oppdatert 28.04.2015]. Tilgjengelig fra: https://covidence.groovehq.com/help_center.
5. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Utgave 3.2. Oslo: 2013.
6. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Women's Health* 2008;17(2):227-239.
7. Dunker KLL, Alvarenga MDS, Alves VPDO. Eating disorders and pregnancy - A review. [Portuguese]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2009;58(1):60-68.
8. Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2013;68(4):312-323.
9. Harris AA. Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2010;55(6):579-586.
10. Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *European Eating Disorders Review* 2009;17(6):448-454.
11. Easter A, Taborelli E, Micali N. Obstetric outcomes amongst women with a history of anorexia nervosa. *Minerva Psichiatrica* 2010;51(3):161-175.
12. Bulimia nervosa. Last updated: Aug 11, 2014 ed. Best Practice: BMJ.
13. Stein A, Woolley H, Senior R, Hertzmann L, Lovel M, Lee J, et al. Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating

disorders and their infants: a randomized, controlled trial of video feedback. *The American journal of psychiatry* 2006. p. 899-906.

14. Woolley H, Hertzmann L, Stein A. Video-feedback intervention with mothers with postnatal eating disorders and their infants. I: Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. New York, NY: Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates; 2008. s. 111-138.
15. Runfola CD, Zucker NL, Holle AV, Mazzeo S, Hodges EA, Perrin EM, et al. NURTURE: Development and pilot testing of a novel parenting intervention for mothers with histories of an eating disorder. *International journal of eating disorders* 2014. p. 1-12.
16. Carter FA, McIntosh VV, Frampton CM, Joyce PR, Bulik CM. Predictors of childbirth following treatment for bulimia nervosa. *International journal of eating disorders* 2003. p. 337-342.
17. Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR, Frampton CM, Bulik CM. Bulimia nervosa, childbirth, and psychopathology. *Journal of psychosomatic research* 2003. p. 357-361.
18. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery* 2013;29(5):542-549.
19. Arbelaez SLG, Bobes J. Bipolar affective disorder and women. *Archives of Women's Mental Health* 2011;14:S120.
20. Barbin JM, Williamson DA, Stewart TM, Reas DL, Thaw JM, Guarda AS. Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eating & Weight Disorders: EWD* 2002;7(1):32-38.
21. Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 2014;36(2):107-157.
22. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research* 2012;36(5):427-440.
23. Thiels C, Curtice M, Jr. Forced treatment of anorexic patients: part 2. *Current Opinion in Psychiatry* 2009;22(5):497-500.

Vedlegg 1

Litteratursøk

Database: Cinahl

Dato for søk: 19. februar 2015

Kommentarer: Søk etter primærstudier og systematiske oversikter

#	Query	Limiters/Expanders	Re- sults
S47	S31 OR S46	Search modes - Boolean/Phrase	44
S46	S29 AND S45	Limiters - Exclude MEDLINE records Search modes - Bool- ean/Phrase	42
S45	S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44	Search modes - Boolean/Phrase	722,868
S44	TI (controlled or (control Wo group) or qua- siexperiment* or (quasi Wo experiment*) or evaluat* or compar*) OR AB (controlled or (control Wo group) or quasiexperiment* or (quasi Wo experiment*) or evaluat* or com- par*)	Search modes - Boolean/Phrase	485,961
S43	TI trial or multicentre or multicenter or multi centre or multi center or intervention* or effect* or impact*	Search modes - Boolean/Phrase	214,118
S42	AB groups	Search modes - Boolean/Phrase	141,387
S41	TI random* OR AB random*	Search modes - Boolean/Phrase	117,589

S40	(MH "Multicenter Studies")	Search modes - Boolean/Phrase	9,208
S39	(MH "Quasi-Experimental Studies+")	Search modes - Boolean/Phrase	7,917
S38	(MH "Experimental Studies")	Search modes - Boolean/Phrase	14,156
S37	(MH "Nonrandomized Trials")	Search modes - Boolean/Phrase	157
S36	(MH "Intervention Trials")	Search modes - Boolean/Phrase	5,626
S35	(MH "Clinical Trials")	Search modes - Boolean/Phrase	81,729
S34	(MH "Randomized Controlled Trials")	Search modes - Boolean/Phrase	22,529
S33	PT clinical trial	Search modes - Boolean/Phrase	52,028
S32	PT randomized controlled trial	Search modes - Boolean/Phrase	27,283
S31	S27 AND S29	Limiters - Exclude MEDLINE records; Published Date: 20090101-20151231 Search modes - Bool- ean/Phrase	2
S30	S27 AND S29	Search modes - Boolean/Phrase	25
S29	S6 AND S28	Search modes - Boolean/Phrase	742
S28	S17 OR S23	Search modes - Boolean/Phrase	218,930
S27	S24 OR S25 OR S26	Search modes - Boolean/Phrase	73,770
S26	TI ((systematic* or literature*) N2 (review* or overview or search*)) OR AB ((system- atic* or literature*) N2 (review* or overview or search*))	Search modes - Boolean/Phrase	58,585
S25	(MH "Meta Analysis")	Search modes - Boolean/Phrase	15,826
S24	(MH "Systematic Review")	Search modes - Boolean/Phrase	21,962
S23	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	Search modes - Boolean/Phrase	91,283

S22	TI ((IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D)) OR AB ((IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D))	Search modes - Boolean/Phrase	3,027
S21	TI diabet* OR AB diabet*	Search modes - Boolean/Phrase	72,465
S20	TI (((insulin* Wo depend*) or insulin?depend*)) OR AB (((insulin* Wo depend*) or insulin?depend*))	Search modes - Boolean/Phrase	1,293
S19	TI (((non Wo insulin* Wo depend*) or (noninsulin* Wo depend*) or (non Wo insulin?depend*) or noninsulin?depend*)) OR AB (((non Wo insulin* Wo depend*) or (noninsulin* Wo depend*) or (non Wo insulin?depend*) or noninsulin?depend*))	Search modes - Boolean/Phrase	636
S18	(MH "Diabetes Mellitus+")	Search modes - Boolean/Phrase	71,867
S17	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase	133,429
S16	TI ((pregnant or pregnancy or fetus or fetal or antenat* or prenat* or perinat* or materna* or (expect* Wo mother*))) OR AB ((pregnant or pregnancy or fetus or fetal or antenat* or prenat* or perinat* or materna* or (expect* Wo mother*)))	Search modes - Boolean/Phrase	74,266
S15	(MH "Fetal Development+")	Search modes - Boolean/Phrase	9,831
S14	(MH "Prenatal Exposure Delayed Effects")	Search modes - Boolean/Phrase	1,914
S13	(MH "Fetus+")	Search modes - Boolean/Phrase	15,239
S12	(MH "Prenatal Care")	Search modes - Boolean/Phrase	8,272
S11	(MH "Prenatal Diagnosis+")	Search modes - Boolean/Phrase	6,579
S10	(MH "Pregnancy Complications+")	Search modes - Boolean/Phrase	38,657
S9	(MH "Pregnancy Outcomes")	Search modes - Boolean/Phrase	10,615
S8	(MH "Expectant Mothers")	Search modes - Boolean/Phrase	2,035
S7	(MH "Pregnancy+")	Search modes - Boolean/Phrase	100,475

S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	10,075
	TI ((binging or (binge N1 eating) or bingeeating or overeat* or (compulsive N2 (eat* or vomit*)) or (food* N2 (bing* or aver- sion*)) or (self?induc* N2 vomit*) or (re- strict* N2 eat*) or hyperrexia or polyphagia)) OR AB ((binging or (binge N1 eating) or bingeeating or overeat* or (compulsive N2 (eat* or vomit*)) or (food* N2 (bing* or aver- sion*)) or (self?induc* N2 vomit*) or (re- restrict* N2 eat*) or hyperrexia or polyphagia))	Search modes - Boolean/Phrase	1,515
S5)	Search modes - Boolean/Phrase	3,058
S4	TI ((((anorexia or bulimia) N2 (nervosa or nevrosa)) or anorexic or bulimic)) OR AB ((((anorexia or bulimia) N2 (nervosa or nev- rosa)) or anorexic or bulimic))	Search modes - Boolean/Phrase	5,078
S3	TI (((appetite or eating) N2 disorder*)) OR AB (((appetite or eating) N2 disorder*))	Search modes - Boolean/Phrase	38
S2	(MH "Food Aversions")	Search modes - Boolean/Phrase	8,982
S1	(MH "Eating Disorders+")	Search modes - Boolean/Phrase	

Database: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)

Dato for søk: 19. februar 2015

Kommentarer: Søk etter primærstudier

#1	MeSH descriptor: [Eating Disorders] explode all trees	841
#2	((appetite or eating) near/2 disorder*)	1782
#3	(((anorexia or bulimia) near/2 (nervosa or nevrosa)) or anorexic or bulimic)	1289
#4	(binging or (binge near/1 eating) or bingeeating or overeat* or (compulsive near/2 (eat* or vomit*)) or (food* near/2 (bing* or aversion*)) or (self?induc* near/2 vomit*) or (restrict* near/2 eat*) or hyperrexia or polyphagia)	800
#5	#1 or #2 or #3 or #4	2720
#6	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	98
#7	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	5861
#8	MeSH descriptor: [Fetus] explode all trees	1521
#9	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications] explode all trees	7920
#10	MeSH descriptor: [Prenatal Diagnosis] explode all trees	954
#11	MeSH descriptor: [Prenatal Care] explode all trees	1078

#12	MeSH descriptor: [Embryonic and Fetal Development] explode all trees	3228
#13	(pregnancy or pregnant or fetus or fetal or antenat* or prenatal* or perinat* or materna* or (expect* next mother*))	37943
#14	#6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13	39650
#15	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus] explode all trees	16751
#16	((non next insulin* next depend*) or (noninsulin* next depend*) or (non next insulin?depend*) or noninsulin?depend*)	4866
#17	((insulin* next depend*) or insulin?depend*)	6655
#18	diabet*	40983
#19	(IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D)	3532
#20	#15 or #16 or #17 or #18 or #19	41195
#21	#5 and (#14 or #20) in Trials	84

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effect, Health Technology Assessment Database

Dato for søk: 19. Februar 2015

Kommentarer: Søk etter systematiske oversikter

#1	MeSH descriptor: [Eating Disorders] explode all trees	841
#2	((appetite or eating) near/2 disorder*):ti,ab,kw	1386
#3	((anorexia or bulimia) near/2 (nervosa or nevrosa)) or anorexic or bulimic):ti,ab,kw	1212
#4	(binging or (binge near/1 eating) or bingeeating or overeat* or (compulsive near/2 (eat* or vomit*)) or (food* near/2 (bing* or aversion*)) or (self?induc* near/2 vomit*) or (restrict* near/2 eat*) or hyperrexia or polyphagia):ti,ab,kw	699
#5	#1 or #2 or #3 or #4	2397
#6	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	98
#7	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	5861
#8	MeSH descriptor: [Fetus] explode all trees	1521
#9	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications] explode all trees	7920
#10	MeSH descriptor: [Prenatal Diagnosis] explode all trees	954
#11	MeSH descriptor: [Prenatal Care] explode all trees	1078
#12	MeSH descriptor: [Embryonic and Fetal Development] explode all trees	3228
#13	(pregnancy or pregnant or fetus or fetal or antenat* or prenatal* or perinat* or materna* or (expect* next mother*)):ti,ab,kw	32502
#14	#6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13	34380
#15	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus] explode all trees	16751

#16	((non next insulin* next depend*) or (noninsulin* next depend*) or (non next insulin?depend*) or noninsulin?depend*):ti,ab,kw	4685
#17	((insulin* next depend*) or insulin?depend*) ;ti,ab,kw	6257
#18	diabet*:ti,ab,kw	35650
#19	(IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D):ti,ab,kw	3266
#20	#15 or #16 or #17 or #18 or #19	35830
#21	#5 and (#14 or #20) Publication Year from 2009 to 2015, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Technology Assessments	1

Database: Embase 1974 to February 18**Dato for søk: 19. februar 2015****Kommentarer: Søk etter primærstudier og systematiske oversikter**

#	Searches	Results
1	exp eating disorder/	38147
2	exp appetite disorder/	79107
3	((appetite or eating) adj2 disorder?).ti,ab.	17486
4	((((anorexia or bulimia) adj2 (nervosa or nevrosa)) or anorexic or bulimic).ti,ab.	18190
5	(binging or (binge adj1 eating) or bingeeating or overeat\$ or (compulsive adj2 (eat\$ or vomit\$)) or (food\$ adj2 (bing\$ or aversion\$)) or (self?induc\$ adj2 vomit\$) or (restrict\$ adj2 eat\$) or hyperrexia or polyphagia).ti,ab.	8534
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	98175
7	exp "parameters concerning the fetus, newborn and pregnancy"/	258782
8	exp pregnancy/	613415
9	Fetus/	167032
10	exp pregnancy outcome/	32930
11	exp pregnancy complication/	110851
12	exp prenatal diagnosis/	84110
13	exp prenatal care/	114959
14	exp prenatal growth/	15817
15	exp Prenatal stress/	1030
16	exp prenatal disorder/	95584
17	exp prenatal period/	7190
18	exp prenatal mortality/	213
19	exp prenatal development/	192119
20	exp prenatal screening/	6027
21	exp prenatal exposure/	17261
22	(pregnancy or pregnant or fetus or fetal or antenat* or prenatal* or perinat* or materna* or expect* adjd mother*).ti,ab.	799988

23	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	1290855
24	exp Diabetes Mellitus/	650078
25	(non insulin\$ depend\$ or noninsulin\$ depend\$ or non insulin?depend\$ or noninsulin?depend\$).ti,ab.	13716
26	(insulin\$ depend\$ or insulin?depend\$).ti,ab.	32607
27	diabet\$.ti,ab.	618416
28	(IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D).ti,ab.	45762
29	24 or 25 or 26 or 27 or 28	764376
30	6 and (23 or 29)	7924
31	meta-analys*.mp.	140374
32	review.pt.	2043232
33	((systematic* or literature) adj2 (overview or review* or search*)).ti,ab.	224459
34	31 or 32 or 33	2242033
35	30 and 34	2442
36	limit 35 to yr="2009 -Current"	1043
37	Randomized Controlled Trial/	370016
38	Controlled Clinical Trial/	390388
39	Quasi Experimental Study/	2346
40	Pretest Posttest Control Group Design/	226
41	Time Series Analysis/	15202
42	Experimental Design/	10966
43	Multicenter Study/	119413
44	(randomis* or randomiz* or randomly).ti,ab.	789096
45	groups.ab.	1872934
46	(trial or multicentre or multicenter or multi centre or multi center).ti.	214655
47	37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46	2674688
48	30 and 47	1263
49	36 or 48	2200

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) 1946 to Present

Dato for søk: 19. februar 2015

Kommentarer: Søk etter primærstudier og systematiske oversikter

#	Searches	Results
1	exp Eating Disorders/	22958
2	((appetite or eating) adj2 disorder?).ti,ab.	13009
3	((anorexia or bulimia) adj2 (nervosa or nevrosa)) or anorexic or bulimic).ti,ab.	14296
4	(binging or (binge adj1 eating) or bingeeating or overeate\$ or (compulsive adj2 (eat\$ or vomit\$)) or (food\$ adj2 (bing\$ or aversion\$)) or (self?induc\$ adj2 vomit\$) or (restrict\$ adj2 eat\$) or hyperrexia or polyphagia).ti,ab.	6592
5	1 or 2 or 3 or 4	33007
6	Pregnant Women/	5270
7	exp Pregnancy/	728851
8	exp Fetus/	139176
9	exp Pregnancy Complications/	349348
10	exp Prenatal Diagnosis/	61455
11	Prenatal Care/	20908
12	exp "Embryonic and Fetal Development"/	216290
13	(pregnancy or pregnant or fetus or fetal or antenat* or prenatal* or perinat* or materna* or expect* adjd mother*).ti,ab.	664681
14	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	1169030
15	exp Diabetes Mellitus/	326734
16	(non insulin\$ depend\$ or noninsulin\$ depend\$ or non insulin?depend\$ or noninsulin?depend\$).ti,ab.	11954
17	(insulin\$ depend\$ or insulin?depend\$).ti,ab.	28122
18	diabet\$.ti,ab.	440346
19	(IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D).ti,ab.	28936
20	15 or 16 or 17 or 18 or 19	495809
21	5 and (14 or 20)	2347

22	systematic review.kw.	2082
23	meta-analysis.mp,pt.	89637
24	review.pt.	1967938
25	((systematic* or literature) adj2 (overview or review* or search*)).ti,ab.	181832
26	22 or 23 or 24 or 25	2080997
27	21 and 26	531
28	limit 27 to yr="2009 -Current"	162
29	randomized controlled trial.pt.	392409
30	controlled clinical trial.pt.	89271
31	multicenter study.pt.	184524
32	random*.mp.	955053
33	groups.ab.	1442340
34	(trial or multicentre or multicenter or multi centre or multi center or intervention* or effect* or impact*).ti.	1907498
35	(controlled or control group or quasiexperiment* or quasi experiment* or evaluat* or compar*).ti,ab.	5709817
36	29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35	7662627
37	21 and 36	956
38	28 or 37	1059

Database: PsycINFO 1806 to February Week 2 2015

Dato for søk: 19. februar 2015

Kommentarer: Søk etter primærstudier og systematiske oversikter

#	Searches	Results
1	exp eating disorders/	24227
2	((appetite or eating) adj2 disorder?).ti,ab.	17765
3	((anorexia or bulimia) adj2 (nervosa or nevrosa)) or anorexic or bulimic).ti,ab.	14415
4	(binging or (binge adj1 eating) or bingeeating or overeat\$ or (compulsive adj2 (eat\$ or vomit\$)) or (food\$ adj2 (bing\$ or aversion\$)) or (self?induc\$ adj2 vomit\$) or (restrict\$ adj2 eat\$) or hyperrexia or polyphagia).ti,ab.	6421

5	1 or 2 or 3 or 4	31478
6	exp pregnancy/	18938
7	exp pregnancy outcomes/	13821
8	Expectant Mothers/	542
9	Prenatal diagnosis/	578
10	Prenatal care/	1384
11	Prenatal exposure/	5212
12	Prenatal development/	3551
13	Fetus/	1687
14	(pregnancy or pregnant or fetus or fetal or antenat* or prenatal* or perinat* or materna* or expect* ajd mother*).ti,ab.	80796
15	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	90547
16	exp Diabetes/	11994
17	(non insulin\$ depend\$ or noninsulin\$ depend\$ or non insulin?depend\$ or noninsulin?depend\$).ti,ab.	258
18	(insulin\$ depend\$ or insulin?depend\$).ti,ab.	945
19	diabet\$.ti,ab.	21083
20	(IDDM or NIDDM or MODY or T1DM or T2DM or T1D or T2D).ti,ab.	1074
21	16 or 17 or 18 or 19 or 20	21358
22	5 and (15 or 21)	1227
23	risk*.tw.	263262
24	search.tw.	51787
25	exp treatment/	611412
26	((systematic* or literature) adj2 (overview or review* or search*)).ti,ab.	50259
27	23 or 24 or 25 or 26	894539
28	22 and 27	563
29	limit 28 to yr="2009 -Current"	226
30	("0400" or "0451" or "1800" or "2000").md.	1857578
31	experimental design/	9610
32	between groups design/	106

33	quasi experimental methods/	128
34	random*.mp.	141253
35	groups.ab.	380877
36	(trial or multicentre or multicenter or multi centre or multi center or intervention* or effect* or impact*).ti.	390648
37	(controlled or control group or quasiexperiment* or quasi experiment* or evaluat* or compar*).ti,ab.	975604
38	30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37	2377875
39	22 and 38	814
40	29 or 39	886

Vedlegg 2

Ekskluderte studier

Studie Førsteforfatter (referansenummer)	Årsak til eksklusjon
Arbelaez, 2011 (19)	Konferansesammendrag. Ikke gravide med spiseforstyrrelse.
Astrachan- Fletcher 2008 (6)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Barbin, 2002 (20)	Spørreundersøkelse blant 65 mødre. Det var 22 mødre med spiseforstyrrelse, 20 mødre som var deprimerte og 23 «normale» kontroller. Ikke effektstudie om behandling.
Cardoso, 2012 (19)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Cardwell, 2013 (8)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Carr, 2014 (21)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk. Handler heller ikke om ko-morbiditet.
Carter, 2003 A(16)	Randomisert kontrollert studie. Populasjonen er småbarnsmødre med spiseforstyrrelse.
Carter, 2003 B (17)	Dobbeltpublikasjon av studien Carter 2003 A (16)
Dunker, 2009 (7)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Easter, 2010 (11)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Harris, 2010 (9)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Hofmann, 2012 (22)	Oversiktsartikkel (ikke systematisk) om kognitiv atferdsterapi generelt, også for personer med bulimi. Omhandler ikke gravide med spiseforstyrrelse.
Micali, 2009 (10)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk.
Runfola, 2014 (15)	Pilotstudie, planlagt som randomisert kontrollert studie. Populasjonen er småbarnsmødre med spiseforstyrrelse.
Stein, 2006 (13)	Randomisert kontrollert studie. Populasjonen er småbarnsmødre med spiseforstyrrelse.
Thiels, 2009 (23)	Oversiktsartikkel, ikke systematisk. Ikke gravide med spiseforstyrrelse.

Tierney, 2013 (18)	Systematisk oversikt over kvalitative studier. Oppsummerer erfaringer hos gravide med spiseforstyrrelse.
Woolley, 2008 (14)	Bokkapittel. Studie det refereres i kapitlet er Stein 2006 (13).
