

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 13-2004

ISBN 82-8121-018-4

ISSN 1503-9544

Tittel	Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser Oppsummering av systematiske oversikter
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Arild Bjørndal, fagdirektør John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Seierstad Anne, Langengen Irene Wik, Nylund Hilde Kari, Rainar Liv Merete, Jamtvedt Gro
ISBN	82-8121-018-4
ISSN	1503-9544
Rapport	Nr 13 – 2004
Antall sider	38
Oppdragsgiver	Rapporten ble påbegynt i Sosial- og helseledelse, Avdeling for kunnskapsstøtte, og fullført i Kunnskapssenteret, Avdeling for metodevurdering og kunnskapsstøtte
Fagfellevurdering	Nasjonalt forskningsnettverk for spiseforstyrrelser ved: Jan H. Rosenvinge, prof.dr. psychol, UiTø. og Øyvind Rø, overlege, Modum bad Norsk selskap for spiseforstyrrelser ved: Kari-Brith Thune-Larsen, spesialist i klinisk psykologi, Ullevål Universitetssykehus Nordisk Selskap for spiseforstyrrelser ved: Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo 2004

Sammendrag

Spiseforstyrrelser er et betydelig helseproblem i vestlige kulturer. Det rammer særlig jenter i tenårene og unge kvinner. Bedre tjenestetilbud og mer åpenhet om spiseforstyrrelser har ført til at flere ber om hjelp. Antall gutter og menn med spiseforstyrrelser synes stigende. I Opptrappingsplanen for psykisk helse er strategier for helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak mot spiseforstyrrelser et av satsingsområdene. Om det er mulig å forebygge spiseforstyrrelser, og hvilken behandling som er best, er spørsmål det er viktig å få svar på.

Denne rapporten baseres på seks systematiske oversikter og oppsummerer forskning om effekt av forebyggende og behandlende tiltak mot spiseforstyrrelser. Kunnskapsoppsummeringen skal være med og danne et pålitelig beslutningsgrunnlag ved anbefaling og utøvelse av praksis.

Resultatene av oppsummeringen viser følgende for forebyggende tiltak:

Samlet antyder forskning at skolebaserte tiltak, med undervisning og diskusjon om ulike temaer relatert til spiseforstyrrelser, ikke forebygger spiseforstyrrelser.

- Undervisning og diskusjon som fokuserer på medias påvirkningskraft, kan øke styrken til å stå imot press om kroppsfiguring og idealer.
- Undervisning og diskusjon som fokuserer på selvfølelse og mestring, kan bedre forholdet til kropp, atferd og selvfølelse.
- Ingen av tiltakene viste skadelig effekt.

Resultatene av oppsummeringen viser følgende for behandlende tiltak:

Samlet antyder forskning at psykoterapi bedrer bulimi, patologisk overspising og anoreksi.

- Psykoterapi virker klart bedre enn ingen behandling, venteliste for behandling eller kostråd alene.
- For anoreksi virker ulike psykoterapiformer like godt.
- For bulimi og patologisk overspising virker kognitiv atferdsterapi, som er spesielt utviklet for bulimi, bedre enn andre typer psykoterapi.

Samlet antyder forskning at antidepressive medikamenter bedrer bulimi.

- Det synes ikke å være forskjell i virkning mellom de ulike typene av antidepressiva.
- Antidepressiva virker ikke bedre på bulimi- og depresjonssymptomer enn psykoterapi, eller en kombinasjon av antidepressiva og psykoterapi, gjør.
- Frafall på grunn av bivirkninger er større ved behandling med antidepressiva enn med psykoterapi.
- Frafall -uten oppgitt grunn- er ikke større ved behandling med antidepressiva enn med placebo.

Samlet viser forskning ingen entydig forskjell i virkning mellom å behandle i eller utenfor institusjon.

- Det kan synes som om en høyere prosentandel blir friske, og at flere blir bedre ved behandling utenfor institusjon.

Vi mangler forskning om:

- Langtidseffekt av forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser.
- Det er mest kostnadseffektivt å behandle pasienter med spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon.

Konklusjonen i de systematiske oversiktene er i tråd med myndighetenes strategiplan mot spiseforstyrrelser, fagmiljøenes praksis og videre satsing. Ikke minst er det bred enighet om at videre forskning er nødvendig for å bidra til ny kunnskap om effektive metoder for å forebygge og behandle spiseforstyrrelser.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
1. INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING	5
2. BAKGRUNN	6
2.1 Definisjoner og epidemiologi	6
2.2 Nasjonale mål og prioriteringer	7
2.3 Helsetjenestetilbud – dagens praksis	8
2.3.1 Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon.....	8
2.3.2 Behandlende tiltak.....	8
3. METODE	9
3.1 Inklusjonskriterier	9
3.2 Søk etter forskningsbasert kunnskap	10
3.3 Kvalitetsvurdering	10
3.4 Oppsummering av forskningsbasert kunnskap	11
4. RESULTATER	12
4.1 Forebyggende tiltak	12
4.1.1 Forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser	13
4.2 Behandlende tiltak	15
4.2.1 Psykoterapi	16
4.2.2 Medikamentell behandling	17
4.2.3 Behandling av spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon	18
5. OPPSUMMERING OG DISKUSJON	19
5.1 Forebyggende tiltak	19
5.2 Behandlende tiltak	20
5.2.1 Psykoterapi	20
5.2.2 Medikamentell behandling	20
5.2.3 Behandling i eller utenfor institusjon	21
5.2.4 Ny dokumentasjon	21
5.3 Oppsummering av forskningen - gradering av dokumentasjonen	22

6.	REFERANSER.....	23
7.	VEDLEGG.....	25
7.1	Tabeller over inkluderte studier.....	25
	Tabell 1 Forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser.....	25
	Tabell 2 Psykoterapi som behandling for bulimi og patologisk overspising	26
	Tabell 3 Psykoterapi som behandling av anoreksi.....	27
	Tabell 4 Medikamentell behandling versus placebo ved bulimi	29
	Tabell 5 Medikamentell behandling versus psykoterapi ved bulimi.....	30
	Tabell 6 Behandling av spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon.....	32
7.2	Definisjoner - ordliste	33
7.3	Ekskluderte studier	35
7.4	Søkestrategi.....	36

1. Introduksjon og problemstilling

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser, og er et betydelig helseproblem i vestlige kulturer. Spiseforstyrrelser rammer forskjellige mennesker fra alle sosiale klasser, men særlig jenter i tenårene og unge kvinner (1,2). Den som har spiseforstyrrelser har vansker med å forholde seg til mat, kropp og utseendet, til egne tanker og følelser. Lav selvfølelse og opplevelsen av ikke å ha kontroll er sentrale fellestrekk. Kroppen blir et symbolsk instrument for mestring og kontroll, og vanskelige følelser spises eller sultes vekk (3).

Som et ledd i oppfølging av *Stortingsmelding nr. 16: Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken* (4), skal *Strategiplan mot spiseforstyrrelser* (5) revideres i samarbeid med departementer/etater, brukerorganisasjoner og sentrale fagmiljøer. Kunnskapsgrunnlaget og kompetansen blant aktørene i folkehelsearbeidet skal styrkes. Meldingen legger vekt på en systematisk oppbygging av kunnskap, slik at vi kan gjøre de riktige tingene på rett måte (4).

Et av strategiplanens tiltak er å gjøre en metodevurdering, eventuelt en systematisk oversikt for å synliggjøre den samlede vitenskapelige dokumentasjon om effekt av forebygging og behandling ved spiseforstyrrelser. Noen av spørsmålene er: Hvilken effekt har de ulike tiltak innen forebygging og behandling? Hva virker? Hvordan virker de ulike tiltak?

Kunnskapsbaserte tjenester og forvaltning forutsetter at beslutninger baseres på relevant og pålitelig kunnskap, der dette finnes. Forskningen bør ha god metodisk kvalitet, og den bør ha overføringsverdi og være relevant for praksis eller forvaltning (6,7).

Formål / hensikt

Formålet med denne rapporten er å innhente, kritisk vurdere og oppsummere forskning om effekt av forebyggende og behandlende tiltak mot spiseforstyrrelser. Dette skal være med og danne et godt beslutningsgrunnlag ved anbefaling og utøvelse av praksis.

Problemstillinger:

Hvilken effekt har ulike forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser?

Hvilken effekt har ulike behandlende tiltak mot spiseforstyrrelser?

2. Bakgrunn

2.1 Definisjoner og epidemiologi

Vi skiller mellom ulike typer av spiseforstyrrelser: anoreksi (Anorexia nervosa, AN), bulimi (Bulimia nervosa, BN), tvangsspising eller patologisk overspising (Binge eating disorder, BED), som er forslått som en tredje diagnose (8), og en stor gruppe av uspesifiserte spiseforstyrrelser (Eating disorders not otherwise specified, EDNOS).

Anoreksi kjennetegnes ved stort vekttap, intens frykt for fedme eller for å legge på seg, selv når man er undervektig, fravær av menstruasjon og forstyrret kroppsbilde. De som har anoreksi, benekter at vekttapet er alvorlig. Mange overdriver fysisk aktivitet for å forbrenne kalorier. Noen kaster opp eller overspiser (3,9,10,11).

Bulimi kjennetegnes ved gjentatte episoder med overspising og en sterk frykt for å miste kontroll over spisingen. Det fører til renselse som vektreduserende atferd med oppkast, overdreven fysisk aktivitet, bruk av avføringsmidler eller vandrivende medikamenter. Personer med bulimi har et forstyrret kroppsbilde, selv når vekten er normal. Selvfølelsen er sterkt knyttet til vekt og utseende (3,9,10,11).

Patologisk overspising kjennetegnes ved periodevis eller hyppig ukontrollert overspising uten renselse. Overspisingen etterfølges av slankekurer eller streng faste. De med patologisk overspising er oftest overvektige. Noen kan holde en jevn vekt, mens andre går sterkt opp og ned i vekt. Opplevelsen av ikke å ha kontroll er også her sentral (3,9,10,11).

Uspesifiserte spiseforstyrrelser er en gruppe spiseforstyrrelser som ligner på anoreksi og bulimi, men betegnes atypiske fordi de ikke fullstendig møter diagnosekriteriene for noen av disse typene spiseforstyrrelser (10).

Det anvendes flere diagnosesystemer for spiseforstyrrelser. Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget systemet ICD-10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (11). Dette brukes offisielt som klassifikasjonssystem for sykdommer i psykiatrien i Norge og i de nordiske landene (3,11). I vitenskapelige sammenhenger er det vanligere å anvende det amerikanske DSM-systemet, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3,10). Begge systemer legger vekt på den psykiske komponenten ved spiseforstyrrelser; at pasientene er overopptatte av kroppen, både følelsesmessig og tankemessig. Diagnose og symptomer kan endres over tid for den enkelte med spiseforstyrrelser. Mange beveger seg mellom de ulike typene (3).

Flere internasjonale undersøkelser anslår at alvorlige spiseforstyrrelser rammer ca. to prosent av kvinnene i alderen 15 - 45 år. Blant disse har ca. 0,2-0,5 prosent anoreksi og 1,5 prosent bulimi. I risikokulturer som toppidrett, turn, ballett og modellyrket er forekomsten langt høyere (1,12). Forholdet mellom forekomst blant kvinner og menn er om lag 9:1. Tar vi med patologisk overspising og gruppen av uspesifiserte spiseforstyrrelser, øker total forekomst. Gjennom økt diagnostisk kompetanse, bedre tjenestetilbud og mer åpenhet om spiseforstyrrelser, er antall henvendelser om hjelp økende, og antall gutter og menn med spiseforstyrrelser synes stigende (13). Cirka 50-60 prosent av dem som utvikler spiseforstyrrelser blir friske. Om lag 20 prosent blir bedre, men kan ha restsymptomer eller andre psykiske plager. Cirka 20 prosent har et dårlig sykdomsforløp. De blir kronisk syke med vedvarende symptomer og utvikler komplikasjoner (12).

Anoreksi er vår mest dødelige psykiatriske lidelse. For tenåringsjenter i Europa er anoreksi den tredje største dødsårsaken, etter ulykker og kreft (3). Dødeligheten er lavere for dem som får aktiv behandling. Det er anslått at kun ca. 30 prosent av alle som har anoreksi og under seks prosent av de med bulimi kommer til behandling (14).

2.2 Nasjonale mål og prioriteringer

Stortinget vedtok *St. prp. nr. 63 (1997-98) om Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006* for å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Spiseforstyrrelser er et av satsningsområdene i planen (15). Behandlingstilbudet til pasientgruppen var mangelfullt, og det var for lite kompetanse på området. Helsedepartementet så behov for å samordne satsingen av forebyggende og behandlende tiltak. *Strategiplan mot spiseforstyrrelser* ble utarbeidet i år 2000.

De overordnede strategiene i planen er å:

- Gjennomføre forebyggende og helsefremmende tiltak for å redusere omfanget av spiseforstyrrelser.
- Øke kompetanse i å diagnostisere og oppdage symptomer på spiseforstyrrelser.
- Styrke kvaliteten av behandlingstilbudet ved å bruke dokumenterte behandlingsmetoder, spre kompetanse og ved å utvikle funksjonelle behandlingsskjeder (5).

Planen inneholder et bredt spekter av tiltak, både videreføring av påbegynte tiltak og iverksetting av nye. Som følge av planen har det de siste årene vært stor aktivitet for å gjennomføre tiltakene rettet mot forebygging, tidlig intervensjon, behandlingstilbud, kompetanseutvikling og forskning.

Sosial- og helsedirektoratet utga i oktober 2003 to rapporter. Den første, *Status 2003*, oppsummerer status for gjennomføringen av Opptappingsplanen fram til 2003, inkludert innsatsområdet spiseforstyrrelser (16). Den andre, *Forslag til tiltak 2003-2006*, er et bidrag til det videre arbeidet (17). Direktoratet forbereder en revisjon av regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser, en kartlegging av behandlingstilbudet og en organisering som gjør det lettere for behandlingsapparatet å kommunisere, samarbeide og behandle pasienter på tvers av regionene. Sosial- og helsedirektoratet har bevilget midler til prosjektene Nettverk mot spiseforstyrrelser. Et Nasjonalt klinisk nettverk arbeider for å organisere behandlingstilbudet og et Nasjonalt forskningsnettverk skal stimulere til å øke kompetanse, sikre kvalitet og utvikle klinisk forskning omkring spiseforstyrrelser. Prosjektene arbeider i nært samarbeid med Norsk selskap for spiseforstyrrelser og med nordiske og internasjonale fagmiljøer (18).

De nordiske land har egne nasjonale nettsider for spiseforstyrrelser, som retter seg mot alle som på forskjellig måte har interesse for informasjon om sykdommen, forebygging og behandling, forskning og utdanning innen feltet (18). Nettsidene har lenker til det nordiske samarbeidet. Nordisk selskap for spiseforstyrrelser er en sammenslutning av klinikere og forskere med målsetting å utvikle og systematisere kunnskap om forebygging og behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser i Norden. Norden har òg et aktivt internasjonalt nettverk med andre vestlige land som Italia, Canada, USA og England. De har gode nettsider om spiseforstyrrelser, utgir flere engelskspråklige fagtidsskrift og arrangerer internasjonale konferanser (3,18).

2.3 Helsetjenestetilbud – dagens praksis

2.3.1 Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon

Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid mot spiseforstyrrelser er først og fremst ungdoms møteplasser som skole, ungdomsklubber, idrett og andre ungdomsorganisasjoner. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom spiller en sentral rolle i arbeidet (3).

I strategiplanen er regjeringens samlede tiltak for å forebygge og tidlig oppdage spiseforstyrrelser sammenstilt og ansvar fordelt. Mange tiltak er startet eller utført. Blant annet er forebyggingsrådgivere ansatt ved alle fylkeslegekontorer. Departementet har satsset på å styrke helsestasjonen for barn og unge 0-20 år og øremerket tilskudd til tiltak mot psykiske problemer, derav spiseforstyrrelser. Undervisnings- og veiledningsmaterieell "Om kropp, kultur og kommunikasjon" for ungdoms- og videregående skole (9) og "Håndbok om spiseforstyrrelser, Sterk – svak" (3), er utarbeidet og brukes. Videre er det bevilget midler til idrettstilbud der forebygging av spiseforstyrrelser inngår som element. Departementet har utarbeidet en tiltaksplan, "Nei til kommersielt press mot barn og unge", med fokus på media og reklamens påvirkningskraft (19). Rådet for psykisk helse, Rådgivning Om Spiseforstyrrelser (ROS), Interessegruppa for Kvinner med spiseforstyrrelser og flere organisasjoner bidrar aktivt ved å informere, støtte, opprette selvhjelpsgrupper og andre tiltak. Informasjons- og krisetelefoner er opprettet og flere nettsteder der ungdom, pårørende, behandlere og andre kan få informasjon, stille spørsmål og diskutere.

2.3.2 Behandlende tiltak

Som tiltak i strategiplanen ble *Retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser* utarbeidet i år 2000 (14). I tillegg til anbefalinger gir den en oversikt over behandlingsmål, behandlingsformer og valg av behandlingssted for de ulike typer spiseforstyrrelser.

Psykoterapi er den behandlingsformen som benyttes mest. Psykoterapi bygger på samtalen som arbeidsform. Samtalen kan være individuell, gruppe- eller familiebasert. Samtalen fokuserer på kostvaner, kunnskap om ernæring og spiseforstyrrelser, pasientens tankemønstre, følelser i forhold til mat og kropp, innsikt i egen reaksjonsmønstre og på relasjoner til andre mennesker. Det finnes mange ulike former for psykoterapi. I de inkluderte studiene i kunnskapsoppsummeringen er særlig behandlingstypene psykodynamisk/psykoanalytisk terapi, forskjellige typer atferds- og kognitivorientert terapi, interpersonlig psykoterapi og hypnose aktuelle (20,21,22, vedlegg 7,2). Fagmiljøene har noe forskjellig behandlerkultur, men det er ingen stor uenighet om behandling av spiseforstyrrelser (3,14).

Kostveiledning- og behandling har som mål å modifisere pasientens forhold til mat, kostinntak og kostvaner. Behandlingen gis alene eller inngår som et av flere element i psykoterapien (3,14,20).

Medikamentell behandling. Det finnes ikke spesifikke medikamenter mot spiseforstyrrelser. Men antidepressiva brukes, særlig ved behandling av bulimi og patologisk overspising. Flere typer antidepressiva brukes, og gruppen SSRI-preparater (selektive serotoninreopptakshemmere) er de mest brukte. Antidepressiva gis mot symptomer som depresjon og angst, men også for å dempe apetitten og redusere hyppigheten av overspising og oppkast. Antidepressiva brukes sjelden som eneste behandling, men ofte som tillegg til psykoterapeutisk behandling (3,14,20).

Kombinasjonsbehandling. Ved behandling av anoreksi kombineres tilnærminger som vekt- og kostholdsregimer sammen med ulike former for psykoterapi. Ved bulimi og patologisk overspising er det vanlig å kombinere ulike former psykoterapi og antidepressiva.

Pasienter med spiseforstyrrelser behandles individuelt, i grupper eller i familierterapi. Særlig ved behandling av barn og unge er det vanlig å trekke familien inn. Fagmiljøet anbefaler førstelinjetjenesten ved fastlege, helsestasjon, skole og pedagogisk-psykologisk tjeneste som det første behandlingsstedet. Det gir mulighet for å sette inn tiltak tidlig og er et lavterskeltilbud. Annenlinjetjenesten tilbyr behandling ved psykiatriske poliklinikker, hos privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Grunner for innleggelse i sykehus eller spesialinstitusjon kan være både somatiske og psykiske symptomer. Avgjørelsen baseres på pasientenes situasjon, symptomenes alvorlighetsgrad og behandlerens skjønn (3,14).

Gjennom prosjektet BUAS (behandling i samarbeid med utlandet av alvorlige spiseforstyrrelser), finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, har Norge etablert samarbeid om alvorlige spiseforstyrrelser med utenlandske behandlingssentre både i Sverige og London (<http://www.nmsf.no/buas.html>). Etter at prosjektet ble avsluttet 31.12.2003, må de regionale helseforetakene selv dekke kostnadene ved behandling, men kan søke statlige midler til behandling av tilstander som det ikke er etablert kompetanse for i Norge.

3. Metode

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering basert på systematiske oversikter. En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om ett emne (23).

3.1 Inklusjonskriterier

Følgende kriterier er lagt til grunn for kunnskapen som er oppsummert:

Problemstilling: Hvilken effekt har ulike forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser?
Hvilken effekt har ulike behandlende tiltak mot spiseforstyrrelser?

Studiedesign: Systematiske oversikter.

Populasjon: Alder >10 år, begge kjønn.

Tiltak: Tiltak med mål å forebygge, redusere symptomer eller behandle spiseforstyrrelser.

Utfall: Utfallsmål for forebygging og behandling av spiseforstyrrelser som: frisk versus syk, grad av symptomer, vekt, dødelighet, sosial funksjon, selvfølelse.

Studier som ikke møtte inklusjonskriteriene, eller omhandlet spiseforstyrrelser i relasjon til andre lidelser/diagnoser som diabetes, overvekt, personlighetsforstyrrelser, seksuelle overgrep m.m., er ikke tatt med i rapporten.

3.2 Søk etter forskningsbasert kunnskap

Vi søkte etter systematiske oversikter i Cochrane Database of Systematic Reviews, (CDSR) og Database of Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE). Det ble også søkt i primærdatabasene Cinahl, Medline og Embase med søkefilter for systematiske oversikter. Primærdatabasen PsycINFO er blant databasene DARE inkluderer i sine søk, hvor systematiske oversikter oppdateres månedlig. I tillegg ble utvalgte nettressurser for å finne systematiske oversikter gjennomgått. Første søk ble utført i mars 2003. Da en aktuell systematisk oversikt ble publisert i Cochrane Library, issue 4, 2003, inkluderte vi denne i november og oppdaterte da alle søkene (vedlegg 7.4, søkestrategi).

3.3 Kvalitetsvurdering

Oversiktsartiklene ble vurdert inkludert ut fra tittel og/eller sammendrag av to personer, uavhengig av hverandre. Aktuelle artikler ble innhentet i fulltekst og kritisk vurdert etter sjekklister for systematiske oversikter som finnes på nettadressen: <http://www.kunnskapsenteret.no/dokumentarkiv>. Sjekklister er basert på internasjonale, anerkjente kriterier (24).

Formålet med kritisk vurdering er blant annet å vurdere den metodiske kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget. Vi ekskluderer oversikter/studier av manglende kvalitet og beskriver og vurderer kvaliteten på oversikter som inkluderes. Slik kan vi vektlegge metodisk gode studier. I kunnskapsoppsummeringer basert på systematiske oversikter vurderer vi metodisk kvalitet på de systematiske oversiktene, men ikke på enkeltstudiene som er inkludert i oversiktene. Her bruker vi oversiktsforfatterens vurderinger, og sjekker om forfatteren har vurdert oversiktens inkluderte enkeltstudier etter tilsvarende kriterier, avhengig av studiedesign.

Vi vurderer systematiske oversikter etter disse kriteriene:

(Svaralternativ: Ja , uklart/delvis , nei. Eventuelt møtt, delvis møtt, ikke møtt).

1. Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudier?
2. Er det sannsynlig at relevante enkeltstudier er funnet?
3. Har forfatterne vurdert enkeltstudiens metodiske kvalitet? (Etter forhåndsdefinerte kriterier).
4. Ble resultatene sammenfattet på en fornuftig måte?
Er de like nok for meta-analyse, hvis det er gjort?



God metodisk kvalitet	Alle kriterier møtt
Moderat metodisk kvalitet:	To eller tre kriterier møtt
Mangelfull metodisk kvalitet:	Færre enn to kriterier møtt
Ekskluderes:	Ingen kriterier møtt

Figur 1. Kriterier for metodisk vurdering av systematiske oversikter

3.4 Oppsummering av forskningsbasert kunnskap

Resultatene fra de inkluderte systematiske oversiktene er presentert i tabeller og tekst og sammenfattet skriftlig. Deretter er resultatene oppsummert ved å gradere dokumentasjonen etter følgende system:

Nivå:	Basert på:
Forskning viser at:	Én eller flere oppdaterte systematisk oversikter av god kvalitet som har minst to metodisk gode enkeltstudier med entydige resultater
Forskning antyder at:	Én oppdatert systematisk oversikt av moderat eller god kvalitet som inneholder <ul style="list-style-type: none">• minst én metodisk god enkeltstudie• minst to enkeltstudier av moderat kvalitet med entydige resultater
Forskningen er ikke entydig for/om:	Systematiske oversikter av varierende kvalitet med resultater som peker i ulike retninger
Vi mangler forskning om:	Ingen systematiske oversikter

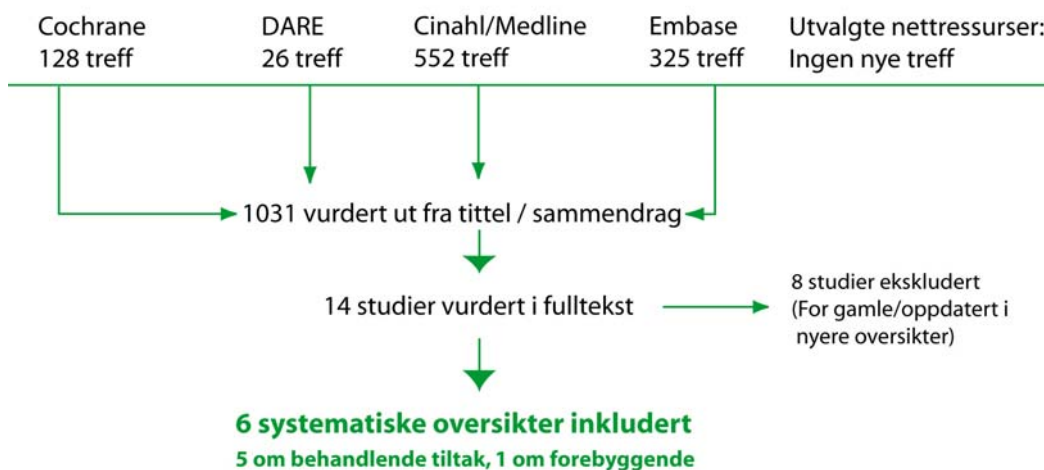
Begrensninger ved denne fremgangsmåten

Vi har bare søkt etter systematiske oversikter. Skulle det mangle gode oversikter, eller oversiktene ikke er tilstrekkelig oppdatert, kan vi ha gått glipp av resultater fra relevante, nye enkeltstudier. Dette er en begrensning som kan påvirke resultatet av kunnskapsoppsummeringen.

En annen begrensning kan være at vi i de systematiske oversiktene vi har inkludert, ikke finner alle ønskede opplysninger ved enkeltstudiene. Vi må da stole på de vurderingene forfatteren av oversikten har gjort.

4. Resultater

Litteratursøk



Figur 2. Søk etter forskningsbasert kunnskap.

Denne kunnskapsoppsummeringen baserer seg på seks systematiske oversikter; én om effekt av forebyggende tiltak og fem om effekt av behandlende tiltak. Fem av oversiktene er Cochrane-oversikter, én er en "West Midlands Development and Evaluation Service Report". Hver oversikt er beskrevet i tekst og tabell. Tabellene gir mer detaljerte opplysninger og supplerer resultatene med statistiske utregninger (vedlegg 7.2). Vedlegg 7.3 viser ekskluderte studier.

4.1 Forebyggende tiltak

Én metodisk god, systematisk oversikt vurderer tiltak for å forebygge spiseforstyrrelser. Resultatene må tolkes med forsiktighet. Ingen av tiltakene hadde positiv virkning over tid, og forfatteren konkluderer at videre forskning er nødvendig.

Undervisning og diskusjon

Forskning antyder at skolebaserte tiltak ikke forebygger spiseforstyrrelser.



Figur 3. Resultater for forebyggende tiltak.

Forskningen antyder at skolebaserte tiltak, med undervisning og diskusjon om ulike temaer relatert til spiseforstyrrelser, ikke forebygger spiseforstyrrelser. Tiltakene viser heller ingen skadelig effekt. Undervisningsprogram som fokuserer på medias påvirkningskraft, kan øke styrken til å stå imot press i forhold til moter, kroppsfiksering og idealer. Og program som fokuserer på selvfølelse og mestring, kan bedre forholdet til kropp, atferd og selvfølelse.

4.1.1 Forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser

Forebygging av spiseforstyrrelser for barn og unge

Pratt (25). Denne systematiske oversikten sammenfatter studier om effekt av tiltak for å forebygge spiseforstyrrelser hos barn og unge. Målet var å finne effektive tiltak for å fremme sunne kostvaner og styrke psykiske beskyttelsesfaktorer mot spiseforstyrrelser, samt å vurdere holdbarheten og eventuell skadelig virkning av tiltakene.

Åtte randomiserte, kontrollerte studier med barn/unge i alderen 10 -19 år ble inkludert. I fire av de åtte studiene deltok barn/unge fra befolkningen, i fire barn/unge definert i risiko. I fem studier deltok kun jenter. Sju av studiene var skolebaserte, mens én ble utført i en speidergruppe. Tre av studiene var fra Sveits, USA og Australia. I de andre er land ikke oppgitt.

Tiltakene var basert på undervisning og diskusjon med fokus på fire ulike temaer relatert til spiseforstyrrelser:

1. Spisevaner, forhold til mat og vanlige ungdomsproblemer (fire studier).
2. Medias påvirkningskraft (to studier).
3. Psykologiundervisning (en upublisert studie).
4. Undervisningsprogrammet "Everybody's Different" med fokus på å styrke selvfølelse og mestring (en studie).

Kontrollgruppene fikk ingen tiltak, vanlig skoleundervisning, eller de så en video med påfølgende gruppediskusjon. En studie hadde to kontrollgrupper, hvor den ene ikke fikk tiltak, mens den andre så en nøytral film.

Utfallsmålene i oversikten var: forhold til mat, spisevaner og atferd, diagnose/symptomer på spiseforstyrrelser, psykisk og fysisk velvære, kroppsmasseindeks/vekt og psykiske beskyttelsesfaktorer.

Kvalitet. Oversikten er metodisk god. Resultatene fra tiltak én og to er sammenfattet statistisk i meta-analyser. Tiltak tre og fire baserte seg kun på én enkeltstudie hver. De var i liten grad beskrevet. For å få flere opplysninger innhentet vi enkeltstudien om tiltak fire, undervisningsprogrammet "Everybody's Different", som fokuserte på selvfølelse og mestring (26). De åtte inkluderte enkeltstudiene var av god til moderat metodisk kvalitet.

Resultat. Samlet antyder forskningen at ingen av tiltakene som ble gitt forebygger spiseforstyrrelser, verken blant barn/unge i grupper fra befolkningen eller hos dem definert i risiko. Undervisningsprogrammet som fokuserte på medias påvirkningskraft, styrket i noen grad evnen til å stå imot press mot sosiale idealer. Programmet "Everybody's Different" viste positiv virkning på selvfølelse og mestring, også ved måling etter ett år. Programmet ble godt mottatt av ungdommene. Forfatteren omtalte studien lite, da resultatene ikke fokuserte direkte på spiseforstyrrelser. Ingen av tiltakene for å forebygge spiseforstyrrelser viste skadelig effekt, og ingen virket ut over 18 måneder.

4.2 Behandlende tiltak

Fem systematiske oversikter vurderer effekt av ulike typer psykoterapi, av medikamentell behandling, av en kombinasjon av medikamentell behandling og psykoterapi og av behandling i eller utenfor institusjon.

Psykoterapi

Forskning antyder at psykoterapi bedrer bulimi, patologisk overspising og anoreksi.

Hay (21)

★★★ Metodisk god oversikt.



Ulike former for psykoterapi mot bulimi og tvangsspising.



Personer over 16 år med bulimi, tvangsspising.



34 randomiserte, kontrollerte studier. Varierende kvalitet.

Hay (27)

★★★ Metodisk god oversikt.



Individuell psykoterapi mot anoreksi.



Personer over 16 år med anoreksi.



6 randomiserte, kontrollerte studier. Varierende kvalitet.

Medikamentell behandling av bulimi

Forskning antyder at antidepressive medikamenter bedrer bulimi. Vi mangler forskning om forskjellen mellom antidepressive medikamenter og psykoterapi.

Bacaltchuk (28)

★★★ Metodisk god oversikt.



Antidepressiva sammenlignet med placebo.



Folk med bulimi, med og uten renselse.



16 randomiserte, kontrollerte studier med varierende kvalitet.

Bacaltchuk (29)

★★★ Metodisk god oversikt.



Antidepressiva sammenlignet med psykoterapi.



Folk med bulimi, med og uten renselse.



7 randomiserte, kontrollerte studier med få deltakere og varierende kvalitet. Ifølge Bacaltchuk må resultatene tolkes med forsiktighet.

Behandling i eller utenfor institusjon

Forskning viser ikke entydige forskjeller mellom å behandle i eller utenfor institusjon. Vi mangler forskning om økonomiske forskjeller.

Meads (30)

★★★ Metodisk moderat god oversikt.



Klinisk og økonomisk effekt av å behandle i eller utenfor institusjon.



Pasienter med diagnosen spiseforstyrrelse.



Én randomisert, kontrollert studie, to kasus-kontroll-studier og sju kasus-serier. Varierende kvalitet.

Figur 4. Resultater fra behandlende tiltak.

4.2.1 Psykoterapi

To metodisk gode, systematiske oversikter ser på psykoterapi som behandling av spiseforstyrrelser. Forskningen antyder at psykoterapi virker positivt både på bulimi, patologisk overspising og anoreksi.

Psykoterapi for bulimi og patologisk overspising

Hay (21). Denne systematiske oversikten sammenfatter studier om effekt av psykoterapi for bulimi og patologisk overspising. Oversikten evaluerer effekt av generell kognitiv atferdsterapi (CBT), av kognitiv atferdsterapi spesielt utviklet for bulimi (CBT-BN) og av andre psykoterapiformer.

34 randomiserte, kontrollerte studier ble inkludert. Deltakerne i oversikten var personer med bulimi med og uten renselse, med patologisk overspising og med tilbakevendende/ periodiske patologisk overspisingsepisoder. De representerte begge kjønn, var alle over 16 år og ble rekruttert fra befolkningen og fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Alle studiene var fra industrialiserte land. 19 var fra USA og seks fra Storbritannia.

Utfallsmålene i oversikten var remisjon, bulimisyptomer, depresjon, sosial funksjon og vekt. I tillegg ønsket de å måle frafall, bivirkninger og pasientenes tilfredshet ved avsluttet terapi. Ulike måleinstrumenter som kroppsmasseindeks (BMI), Eating Disorder Inventory (EDI), det mest anvendte selvtellingsskjema for spiseforstyrrelser både i forskningssammenheng og i klinisk virksomhet, Eating Attitude Test (EAT), en test som spør om holdninger, tanker og atferd, samt intervjuer og annen selvrapporing ble benyttet (3,20).

Kvalitet. Oversikten er metodisk god. Resultatene for hvert utfallsmål er sammenstilt statistisk i meta-analyser. Enkeltstudienes kvalitet varierte.

Resultat. Samlet antyder resultatene at psykoterapi bedrer bulimi og patologisk overspising:

- Kognitiv atferdsterapi virket bedre enn ingen behandling og venteliste for behandling, men ikke bedre enn annen psykoterapi.
- Kognitiv atferdsterapi, spesielt utviklet for bulimi, virket bedre på bulimisyptomer og remisjon ved patologisk overspising enn andre typer psykoterapi, men reduserte ikke depresjonssymptomer.
- Andre psykoterapiformer virket bedre enn ingen behandling eller ventelister.
- Vekt og frafall viste ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppene.

Forfatteren oppgir at det i oversikten ikke ble målt bivirkninger, pasientenes tilfredshet og årsaker til frafall.

Individuell psykoterapi ved poliklinisk behandling av anoreksi

Hay (27). Denne systematiske oversikten evaluerer effekt av individuell psykoterapi for anoreksi. Vanlig standardbehandling, "kontroll"-psykoterapi, kostråd og ventelister blir sammenlignet med forskjellige typer individuell psykoterapi som: interpersonlig psykoterapi, individfokusert terapi, kognitiv analytisk terapi, kognitiv atferdsterapi og fokusert tidsbegrenset psykoterapi (27, vedlegg 7.2).

Seks randomiserte, kontrollerte studier ble inkludert i oversikten. Inklusjonskriteriene var deltakere med anoreksi diagnostisert etter fastlagte kriterier, alder over 16 år og begge kjønn. De ble rekruttert fra befolkningen og fra primær-, sekundær- eller

spesialisthelsetjenesten. Behandlingen ble gitt poliklinisk. Forsøkene varte fra fem måneder til ett år. Fire av studiene hadde oppfølging i minimum et år. Utfallsmålene var vekt/kroppsmasseindeks, bedring, pasientenes tilfredshet, frafall og bivirkninger.

Kvalitet. Oversikten er metodisk god. Det var for få studier til å sammenstille resultatene i meta-analyser. Analysene ble derfor kun basert på enkeltstudier. Det var bare mulig å trekke ut resultater på noen av utfallsmålene. Enkeltstudienes kvalitet varierte. På grunn av oversiktens begrensninger med få og små enkeltstudier, deres mulige skjevheter og mangel på resultater, konkluderer forfatteren med at resultatene bør tolkes med forsiktighet.

Resultat. Samlet antyder resultatene at psykoterapi gitt poliklinisk bedrer anoreksi, og at ulike typer av psykoterapi virker like godt:

- Standardbehandling sammenlignet med individuell psykoterapi viste at fokusert tidsbegrenset psykoterapi ga større bedring enn standardbehandling. Men standardbehandling og kognitiv analytisk terapi viste ingen forskjell, verken på bedring eller kroppsmasseindeks. Frafallet var cirka 40 prosent, uavhengig av hvilken type psykoterapi som ble gitt.
- "Kontroll"-psykoterapi sammenlignet med individuell psykoterapi viste ingen forskjell, verken i bedring eller frafall.
- Der kostråd ble sammenlignet med individuell psykoterapi (kognitiv atferdsterapi), virket individuell psykoterapi bedre på kroppsmasseindeks. Men kroppsmasseindeks bedret seg ikke opp til normal verdi, som var satt til >18.
- Selvspsykologisk behandling virket bedre på kroppsmasseindeks og på menstruasjonssyklus enn kognitivorientert behandling. Men studien hadde kun 13 deltakere med et frafall på fem.
- Kostråd kombinert med atferdsterapi ga symptomfrie (remisjon) perioder hos ti av de 11 pasientene som fikk behandlingen. Ingen av de åtte pasientene i ventelistegruppen ble symptomfrie.

4.2.2 Medikamentell behandling

To metodisk gode, systematiske oversikter evaluerer effekt av medikamentell behandling for personer med bulimi. Forskingen antyder at antidepressiva bedrer bulimi. Mange slutter å ta medisinene på grunn av bivirkninger. Forfatteren konkluderer med at antidepressiva ikke bør brukes alene som behandling mot spiseforstyrrelser.

Medikamentell behandling for personer med bulimi

Bacaltchuk (28) sammenfatter studier som vurderer effekt av antidepressive medikamenter sammenlignet med placebo. Hovedmålet var å vurdere om antidepressiva er en effektiv behandling for pasienter med bulimi, om forskjellige medikamenter gir ulik effekt, og om antidepressiva i tillegg har effekt på depresjon.

Oversikten inkluderte 16 randomiserte, kontrollerte studier. Forsøkene varte fra seks til 16 uker. Deltakerne hadde bulimi med og uten renselse. De ble inkludert uten hensyn til alder og kjønn og rekruttert fra poliklinisk behandling. Det var flest voksne og unge voksne kvinner, få ungdommer. To studier var multinasjonale, ti var fra USA, to fra Canada, et fra Storbritannia og et fra Norge. Ulike typer antidepressiva ble sammenlignet med placebo. Utfallsmålene var bulimisyptomer (målt ved remisjon, klinisk bedring og forskjell), frafall og depresjon.

Kvalitet. Oversikten er metodisk god. Enkeltstudienes kvalitet varierte. Flere hadde mangelfull analyse og manglet rapportering om randomiseringsprosedyre, blinding og frafall. Forfatteren mener enkeltstudienes varierende kvalitet og en mulig publikasjonsskjevhet kan ha påvirket resultatet, som må tolkes med forsiktighet.

En mulig publikasjonsskjevhet begrunner forfatteren med at man "fant" to upublisererte studier, som ikke viste den samme positive virkning av antidepressiva. De klarte ikke å få tak i og inkludere resultatene fra disse studiene.

Resultat. Samlet antyder resultatene at antidepressiva bedrer bulimi. Resultatene viste en klar reduksjon og bedring av bulimisyntomer. Remisjon og klinisk bedring ble målt i åtte studier, der alle viste bedring. Gjennomsnittantallet som måtte behandles for å oppnå remisjon hos én pasient (number needed to treat, NNT), ble anslått til ni. For å oppnå klinisk bedring hos én pasient ble NNT anslått til fire. Tidlig frafall på grunn av bivirkninger var høyere hos pasientene som fikk antidepressiva, mens frafall -uten oppgitt grunn- ikke viste forskjell mellom antidepressiva og placebo. Det var ingen forskjell på virkningen av de ulike typene antidepressiva. Forfatteren oppgir at det ikke ble målt om antidepressiva også virket på depresjon.

Medikamentell behandling sammenlignet med psykoterapi for bulimi

Bacaltchuk (29) sammenfatter studier som sammenligner medikamentell behandling med psykoterapi. Sju randomiserte, kontrollerte studier ble inkludert. Alle deltakerne hadde bulimi med renselse. Det var flest voksne eller unge voksne kvinner, få ungdommer. I seks studier fikk deltakerne behandling utenfor institusjon. I en studie var pasientene innlagt og fikk intensiv psykoterapibehandling, i tillegg til antidepressiva eller placebo. Fire studier var fra USA, en fra Canada, en fra Tyskland og en fra Australia.

Fem studier sammenlignet antidepressive medikamenter med psykoterapi, fem studier antidepressive medikamenter med en kombinasjon av medikamenter og psykoterapi, og sju studier sammenlignet psykoterapi med en kombinasjon av medikamenter og psykoterapi. Behandlingen ble gitt individuelt eller i gruppe, intensivt eller over lengre tid. Forsøkene varte fra fem til 24 uker. 16 uker var mest vanlig. Utfallsmålene var bulimisyntomer (remisjon, klinisk bedring, forskjell), frafall og depresjon.

Kvalitet. Oversikten er metodisk god. Resultatene for hvert utfallsmål er sammenstilt statistisk i meta-analyser. Det var vanskelig å finne gode enkeltstudier. Enkeltstudienes kvalitet varierte.

Resultat. Samlet antyder resultatene ingen forskjell i remisjon, klinisk bedring eller depresjon ved sammenligningene mellom psykoterapi og behandling med antidepressiva. Men frafall var høyere for dem som fikk antidepressiva enn psykoterapi ved alle sammenligninger.

4.2.3 Behandling av spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon

Én metodisk moderat, systematisk oversikt sammenligner behandling av spiseforstyrrelser i og utenfor institusjon. Forskingen viser ikke entydige forskjeller mellom å behandle i eller utenfor institusjon. Forfatteren konkluderer med at resultatene er svært usikre og må tolkes med forsiktighet. Mer forskning er nødvendig.

Behandling i institusjon sammenlignet med behandling utenfor

Meads (30) evaluerer om det er mest klinisk- og kostnadseffektivt å behandle pasienter med spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon. En randomisert, kontrollert studie, to kasus-kontroll-studier og sju kasus-serier ble inkludert. Deltakerne hadde diagnosen spiseforstyrrelser og ble behandlet i eller utenfor institusjon. Den randomiserte, kontrollerte studien var basert på fire typer tiltak; et der pasientene var innlagt fem måneder i institusjon og tre med behandling utenfor institusjon. Tiltakene utenfor institusjon var individual- og familierapi 12 ganger, psykoterapi i gruppe, som ble gitt

separat til pasientene og deres foreldre ti ganger, eller intervju alene. Oppfølgingen var etter et, to og fem år. Kasus-kontroll studiene sammenlignet pasienter i og utenfor institusjon kun før behandlingen startet og målte ingen resultater etter behandling. Kasus seriene hadde over 100 deltakere og oppfølging fra ett til 20 år. To serier sammenlignet behandling i og utenfor institusjon, fire behandling i institusjon og én dagpasienter. Utfallsmålene for oversikten var død, frisk versus forbli syk, vekt og helse (definert som fysiske, psykiske og sosiale funksjoner).

Kvalitet. Oversikten er metodisk moderat. Enkeltstudienes land, språk og deltakernes alder er ikke oppgitt. Den randomiserte, kontrollerte studien hadde moderat kvalitet, men ble vektlagt som den mest valide enkeltstudien. Det var få deltakere, randomiseringsprosedyren var ikke beskrevet, deltakere og forsker ikke blindet, og oppfølgingen var mangelfull. Kasus-kontroll-studiene og kasus-seriene hadde fra moderat til mangelfull metodisk kvalitet.

Resultater. Samlet viser forskningen ingen entydig forskjell på klinisk virkning av behandling i eller utenfor institusjon. I den randomiserte, kontrollerte studien ble alle pasientene bedre; både i gruppa som fikk behandling i institusjon og i de tre gruppene som fikk behandling utenfor. Men en høyere prosent ble friske, og det var større bedring i helse for pasientene som ble behandlet utenfor institusjon. Det viste resultatene målt etter ett år og ved oppfølging etter fem år. Resultater fra kasus-seriene viste en høyere dødelighet for pasientene innlagt på sykehus og spesialinstitusjon, men bedre helse. Kasus-kontroll-studiene målte ingen resultater etter behandlingen. Ved måling før behandlingen startet, var vekt i gjennomsnitt lavere hos dem som fikk behandling i institusjon.

Om det økonomisk er best å behandle pasienter med spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon, ga oversikten ikke svar på.

5. Oppsummering og diskusjon

Kunnskapsoversikten baserer seg på seks systematiske oversikter, hvorav én oppsummerer effekt av forebyggende tiltak og fem oppsummerer effekt av behandlende tiltak mot spiseforstyrrelser. At vi kun søkte etter systematiske oversikter, kan ha påvirket resultatet av kunnskapsoppsummeringen. Blant annet kan vi ha gått glipp av resultater fra relevante, nye enkeltstudier.

5.1 Forebyggende tiltak

Samlet antyder forskningen at skolebaserte tiltak, med undervisning og diskusjon om ulike temaer relatert til spiseforstyrrelser, ikke forebygger spiseforstyrrelser, verken blant barn/unge fra befolkningen eller hos dem definert i risiko. Men undervisningsprogram som fokuserer på medias påvirkningskraft kan øke styrken til å stå imot press i forhold til moter, kroppsfiksering og idealer. Og programmer som fokuserer på selvfølelse og mestring kan bedre forholdet til kropp, atferd og selvfølelse. Ingen av tiltakene virket utover 18 måneder. Tiltakene viste ikke skadelig effekt. Forfatteren konkluderer at videre forskning er nødvendig, at vi trenger kunnskap om langtidsvirkning av forebyggende tiltak, og at vi trenger kunnskap om risikofaktorer.

Oversikten trekker fram viktige forskningsaspekt i forhold til å utvikle framtidige forebyggingsstrategier mot spiseforstyrrelser. Mer kunnskap om barn og unges risiko- og beskyttelsesfaktorer mener forfatteren er en forutsetning for tidlig å kunne identifisere barn og unge i faresonen og for å utvikle tiltak. Behov for mer kunnskap om hvorvidt spiseforstyrrelser kan forebygges, eventuelt hvilke tiltak som virker og hvordan de virker, trekkes fram. Videre peker forfatteren på utfordringen i å finne balansen mellom forebyggende tiltak og eventuelle bivirkninger av tiltakene. Forfatteren stiller og spørsmålsteget om randomiserte, kontrollerte forsøk metodisk er det beste studiedesign for å vurdere effekt av forebyggende tiltak for barn og unge.

På bakgrunn av en relativ lav forekomst av spiseforstyrrelser, trekkes kost-nytte-aspektet fram. Spørsmål om man bør forebygge på befolknings- eller individnivå stilles. Bør ressursene brukes på hele befolkningen, eller på indikasjon ved å sette inn tiltak tidlig overfor dem som er i risiko?

Konklusjonen og diskusjonen i den systematiske oversikten er i tråd med målene i strategiplanen og hva fagmiljøet diskuterer og legger opp til. I oversikten antyder forskningen at de skolebaserte tiltakene har liten virkning. Fagmiljøet diskuterer om helsefremmende og forbyggende tiltak virker. Og de er opptatt av på hvilket nivå man skal iverksette tiltak. De mener det er mulig å forebygge spiseforstyrrelser, men at det forbyggende arbeidet står overfor store metodiske utfordringer. Skal helsefremmende og forebyggende tiltak ha effekt, bør de inneholde strategier som styrker mestring og selvfølelse. Dette hevder fagmiljøet ut fra teorien om at spiseforstyrrelser handler om lav og svingende selvfølelse knyttet til misnøye med egen kropp (3). Strategiplanen satser på helsefremmende tiltak rettet mot alle barn og unge med mål å forebygge psykiske lidelser generelt, men også spiseforstyrrelser spesielt. At førstelinjetjenesten har kompetanse til å oppdage symptomer og sette inn tiltak tidlig, trekker planen fram som viktig.

Oversikten avdekker store kunnskapshull i forhold til forebygging av spiseforstyrrelser. Fagmiljøet og myndighetene satser på mer forskning som beslutningsgrunnlag for å finne og utvikle helsefremmende og forebyggende strategier.

5.2 Behandlende tiltak

De fem systematiske oversiktene vurderer effekt av ulike typer psykoterapi, av medikamentell behandling, av en kombinasjon av antidepressiva og psykoterapi og av behandling i eller utenfor institusjon. I alle fem oversiktene konkluderer forfatteren med at videre forskning er nødvendig.

5.2.1 Psykoterapi

Forskningen fra begge oversiktene antyder at psykoterapi er en effektiv behandling for bulimi, patologisk overspising og anoreksi. Psykoterapi virker klart bedre enn ingen behandling, venteliste for behandling eller kostråd alene. Mot anoreksi virker ulike typer psykoterapi like godt. Mot bulimi og patologisk overspising virker en type kognitiv atferdsterapi, som er spesielt utviklet for bulimi, best.

5.2.2 Medikamentell behandling

Forskningen fra begge oversiktene antyder at antidepressiva bedrer bulimisyntomer, men mange slutter med behandlingen på grunn av bivirkninger. Antidepressiva bør derfor ikke brukes som eneste behandling for spiseforstyrrelser. Det er ingen forskjell i virkning mellom de ulike typene av antidepressiva. Antidepressiva virker ikke bedre på bulimi og depresjon enn behandling med psykoterapi, eller en kombinasjon av

psykoterapi og antidepressiva gjør. Behandling med antidepressiva gir større frafall på grunn av bivirkninger enn behandling med psykoterapi. Frafall -uten oppgitt grunn- er like stort for antidepressiva som for placebo.

5.2.3 Behandling i eller utenfor institusjon

Forskningen viser ingen entydige forskjeller mellom å behandle i eller utenfor institusjon. Men det kan synes som om en høyere prosentandel blir friske og at flere blir bedre ved behandling utenfor institusjon.

I de systematiske oversiktene, som vurderer behandling av spiseforstyrrelser, er konklusjonen og diskusjonen i tråd med norske og internasjonale retningslinjer for behandling, med målene i strategiplanen og hva fagmiljøet satser på (13,31). Det arbeides for å utvikle tilstrekkelig kompetanse i å diagnostisere og behandle, å bygge ut og koordinere behandlingstilbudet og på å sette inn tiltak tidlig. Ikke minst er det bred enighet om at videre forskning er nødvendig for å bidra til ny og sikker kunnskap om effektive behandlingsmetoder.

5.2.4 Ny dokumentasjon

Søk i Cochrane Library, issue 3, 2003 viser at videre forskning prioriteres. Protokoll på to nye systematiske oversikter om behandling av spiseforstyrrelser foreligger: "Self-help and guided self-help for eating disorder", og "Antidepressants for anorexia nervosa". Oversiktene antas ferdige i 2004 og 2005.

I januar 2004 publiserte The British Psychological Society en retningslinje for spiseforstyrrelser utviklet på oppdrag fra National Institute for Clinical Excellence, NICE, i London: "Eating Disorders - Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders" (31). Den ble ferdig etter at vi avsluttet våre søk for kunnskapsoppsummeringen og er derfor ikke inkludert i rapporten. Referanselisten viser at bare én av de fem systematiske oversiktene vi vurderer er inkludert i retningslinjen fra NICE. Det er interessant og merke seg. Fordi retningslinjen ikke er inkludert, kan vi ikke diskutere den nærmere.

5.3 Oppsummering av forskningen - gradering av dokumentasjonen

Forskning viser at¹:	På grunn av enkeltstudienes metodisk varierende kvalitet, kan ingen av oversiktene graderes til nivå én.
Forskning antyder at²:	Psykoterapi er en effektiv behandling for bulimi, patologisk overspising og anoreksi. Psykoterapi virker bedre enn ingen behandling, venteliste for behandling eller kostråd alene. Mot anoreksi virker ulike former for psykoterapi like godt. Mot bulimi og remisjon ved patologisk overspising virker kognitiv adferdsterapi, spesielt utviklet for bulimi, bedre enn andre typer psykoterapi.
Forskning antyder at:	Antidepressiva bedrer bulimi. Tidlig frafall på grunn av bivirkninger er stort. Antidepressiva anbefales ikke som eneste behandling. Det er ingen forskjell i virkning mellom de ulike typene av antidepressiva. Behandling med antidepressiva gir større frafall enn psykoterapi. Frafall, uten oppgitt grunn, er like stort for antidepressiva som for placebo. Skolebaserte tiltak , med undervisning og diskusjon om ulike temaer relatert til spiseforstyrrelser, ikke forebygger spiseforstyrrelser. Men undervisningsprogram som fokuserer på medias påvirkningskraft kan øke styrken til å stå imot press i forhold til moter, kroppsfiksering og idealer. Program som fokuserer på selvfølelse og mestring kan bedre forholdet til kropp, atferd og selvfølelse. Ingen av tiltakene viste skadelig effekt.
Forskningen er ikke entydig om³:	Behandling i eller utenfor institusjon virker best. Men det kan synes som om en høyere prosentandel blir friske, og at flere blir bedre ved behandling utenfor institusjon.
Vi mangler forskning om⁴:	<ul style="list-style-type: none">• Langtidseffekt av forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser.• Det er mest kostnadseffektivt å behandle pasienter med spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon.

1 Basert på en eller flere oppdaterte systematiske oversikter av god kvalitet som har minst to metodisk gode enkeltstudier med entydige resultater.

2 Basert på: En oppdatert systematisk oversikt av moderat eller god kvalitet som inneholder minst en metodisk god enkeltstudie, eller minst to enkeltstudier av moderat kvalitet med entydige resultater.

3 Basert på: Systematiske oversikter av varierende kvalitet med resultater som peker i ulike retninger.

4 Basert på: Ingen systematiske oversikter

6. Referanser

1. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 201-14.
2. Rosenvinge JH, Borgen JS, Børresen R. The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-years-old students: A controlled epidemiological study. *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7: 382-91.
3. Skårderud F. *Sterk Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug, 2000.
4. *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Stortingsmelding nr.16. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
5. *Strategiplan mot spiseforstyrrelser*. Oslo: Helsedepartementet, 2002.
6. Greenhalgh T. *How to Read a Paper*. London: BMJ Books, 2001.
7. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. *Medisinsk kunnskapshåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
8. Nasjonal folkehelseinstitutt. Fakta om spiseforstyrrelser (publisert 14. juni 2004, oppdatert 16.juni 2004). Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=46874>
9. *Om kultur kropp kommunikasjon*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
10. *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
11. *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Norsk utgave 10.revisjon. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
12. Carr A. What Works with Children and Adolescents? In Mitchell K, Carr A. *Anorexia and bulimia*. Dublin: MacMillan, 2000:233-57.
13. Rø Ø, Martinsen EW, Rosenvinge JH. Behandling av bulimia nervosa – resultater fra Modum Bads Nervesanatorium. *Oslo: Tidsskr Nor Lægefor* 2002; 122: 260-65.
14. *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie 7. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
15. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 -2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St.prp nr. 21 (1997-98). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
16. *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 -2006. Status 2003*. Sosial- og helsedirektoratets vurdering. Rapport 15-1127. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
17. *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 -2006*. Sosial- og helsedirektoratets Forslag til tiltak 2003-2006. Rapport 15-128. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
18. Nasjonalt forskningsnettverk innen spiseforstyrrelser. Tilgjengelig fra: <http://www.nmsf.no/nfits.html> Nordisk selskap for spiseforstyrrelser. Norge: Nettverk mot spiseforstyrrelser. Tilgjengelig fra: <http://www.nmsf.no> Sverige: Nationellt kunskapsforum för ätstörningar Tilgjengelig fra: <http://www.nat.se> Danmark: Sundhedsstyrelsen Tilgjengelig fra: <http://www.sst.dk>

19. Nei til kommersielt press mot barn og unge. Tiltaksplan. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2003.
20. Thomson JK, Smolak L. Body image, eating disorders, and obesity in youth – assessment, prevention, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
21. Hay PJ, Bacaltchuk J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
22. Medisinsk leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1999.
23. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
24. Guyatt G, Rennie D. The evidence-based medicine working group. Users` guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, JAMA Press, 2002.
25. Pratt, B.M., & Woolfenden, S.R. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Cochrane review). In: *The cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
26. O`Dea J A, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28: 43-57.
27. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTD.
28. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
29. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
30. Meads C, Burls A, Gold L, Jobanputra P. In-patient versus out-patient care for eating disorders. A West Midlands Development and Evaluation Service Report. Department of Public Health and Epidemiology, University of Birmingham, 1999.
31. Eating disorders. Core interventions in treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical guideline 9. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.

7. Vedlegg

7.1 Tabeller over inkluderte studier

Forklaring på statistiske begreper – se vedlegg 7.2

Studie	Pratt 2002 (24).
Problemstilling	Å evaluere effekt av tiltak for å forebygge spiseforstyrrelser hos barn og unge.
Metode	Å vurdere om tiltakene har skadelig effekt. Å vurdere om tiltakene virker over tid.
Metode	Systematisk oversikt. Åtte randomiserte, kontrollerte studier er inkludert. To er upubliserte.
Populasjon	Barn/unge og barn/unge definert i risiko. Alle uten diagnostisert spiseforstyrrelse. Fire studier med barn/unge fra befolkningen og fire med barn/unge definert i risiko. I fem av studiene deltok kun jenter, i tre av studiene begge kjønn. Totalt 2631 deltakere. Alder 10 -19 år. Studiene var fra Sveits, USA og Australia. Andre land ikke oppgitt.
Tiltak	Sju studier var skolebaserte, et ble utført i en jentespeidergruppe. Intervensjonsgruppene fikk følgende tiltak: 1. Undervisning og diskusjon om spisevaner, forhold til mat, spiseforstyrrelser, vanlige ungdomsproblemer, - fire studier. 2. Innsikt i og diskusjon om medias påvirkning på kropp, vekt og spiseforstyrrelser, - to studier. 3. Psykologiundervisning og diskusjon for å forebygge bulimi, - en studie. 4. Fokus på å styrke selvfølelse og mestring, - en studie. Kontrollgruppene fikk: ingen tiltak, vanlig skoleundervisning, eller de så en video med påfølgende gruppediskusjon. En studie hadde to kontrollgrupper, hvor den ene ikke fikk tiltak, den andre så en "nøytral" film. Oppfølgingstid varierte fra tre til 24 måneder.
Utfallsmål	- Forhold til kropp, mat, spisevaner og atferd. - Diagnose/symptomer på spiseforstyrrelse. - Psykisk og fysisk velvære. - Vekt /kroppsmasseindeks (BMI). - Psykiske beskyttelsesfaktorer. Ulike objektive eller standardiserte, psykologiske måleinstrumenter ble benyttet som: BMI - Body Mass Index, EDI - Eating Disorder Inventory, EAT- Eating Attitude Test, spørreskjemaet Sociocultural Attitudes Towards Appearance (SATAQ) og kunnskapstester.
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Det er klare kriterier for inklusjon og for vurdering av metodisk kvalitet, søkt i relevante databaser, søkeord er oppgitt, referanselister gjennomført, forfattere og ressurspersoner kontaktet, ingen språkrestriksjoner. To av enkeltstudiene er upublisert. De åtte inkluderte enkeltstudiene er av varierende kvalitet. De har fra 129 til 931 deltakere. Det er adekvat randomiseringsprosedyre for seks av dem, mens to er uklare. Deltakernes frafall varierer, men alle er analysert i den gruppen de ble randomisert til. Deltakerne var ikke blindet. Forskerne som målte utfallet var blindet i fire studier. I de andre er dette ikke oppgitt. Studiene i meta-analysen var forskjellige, blant annet med hensyn til oppfølgingsintervaller, alder, frafall og definisjon av risiko.
Resultater	Samlet antyder resultatene ingen signifikant effekt ved noen av tiltakene gitt for å forebygge spiseforstyrrelser; verken blant barn/unge i befolkningen eller hos dem definert i risiko. Åtte meta-analyser ble utført; seks på tiltak én og to på tiltak to: 1. Tiltak én viser ingen signifikant effekt på: BMI: WMD -0.091 (-0.45, 0.269), v/high-risk -1,086 (-2,268; 0,096). EAT- total: SMD -0.052 (-0.203, 0.100), v/high-risk -0,046 (-0,470; 0,378). EDI "bulimi": SMD -0,032 (-0.159, 0.096), v/ high-risk -0.284 (-0,626; 0,058). 2. Tiltak to viser en liten reduksjon i å "akseptere sosiale idealer": SMD -0,283 (-0,513; -0,053), men ingen klar effekt på "bevissthet": SMD 0,180 (0,048; 0,408), målt ved SATAQ. 3. Tiltak tre hadde kun én upublisert studie, hvor resultatene er vanskelig å fortolke. 4. Tiltak fire hadde kun én studie. Resultatet viser positiv effekt på forholdet til kropp, utseendet og atferd, vekt, psykisk velvære og selvfølelse. For deltakerne fra befolkningen viste tiltaket fortsatt effekt etter 12 måneder, men ikke i gruppen definert i risiko. Studentenes kvalitative tilbakemelding på programmet var positiv hos 89,6 prosent, likt for gutter og jenter.

Tabell 2 Psykoterapi som behandling for bulimi og patologisk overspising

Studie	Hay 2002 (20).
Problemstilling	Å evaluere effekt av generell kognitiv atferdsterapi (CBT) og kognitiv atferdsterapi, spesielt utviklet for bulimi (CBT-BN), for personer med bulimi og patologisk overspising. Å evaluere effekt av andre psykoterapiformer.
Metode	Systematisk oversikt. 34 randomiserte, kontrollerte studier er inkludert.
Populasjon	Personer med bulimi med og uten renselse (BN), patologisk overspising (BED) og med tilbakevendende/ periodisk patologisk overspising (EDNOS). Begge kjønn. Alder: > 16 år. Deltakerne ble rekruttert fra befolkningen, fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Alle studiene er fra industrialiserte land, derav 19 fra USA og seks fra Storbritannia.
Tiltak	Intervensjonsgruppene fikk: Kognitiv atferdspsykoterapi; i en generell form eller spesielt utviklet for behandling av bulimi. Terapien inneholdt: kostrådgivning, interpersonlig psykoterapi, hypnoterapi, psykoanalytisk eller psykodynamisk terapi, "ren selvhjelp", eller andre typer psykoterapi. Kontrollgruppene fikk: Ingen behandling eller én av følgende tiltak: venteliste - den mest brukte, annen psykoterapi eller kognitiv atferdsterapi i en ren "selvhjelpsform"
Utfallsmål	Remisjon (100 % symptomfri for overspising/anfall ved patologisk overspising), bulimisyntomer, depresjon, generell psykiatrisk symptomatologi, sosial funksjon, vekt og frafall.
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkt i relevante databaser, benyttede søkeord er oppgitt, referanselister er gjennomgått. Førsteforfatter og eksperter er kontaktet for ytterligere informasjon angående de publiserte- og upubliserte enkeltstudiene. Kriterier for å vurdere metodisk kvalitet er oppgitt. Vurderingen er foretatt av to uavhengige personer. Resultatene for hvert utfallsmål og frafall er sammenstilt statistisk i meta-analyser. Enkeltstudiene er av variabel kvalitet med overvekt av små utvalg, få med adekvat randomisering og få med blinding av deltakere og forsker.
Resultater	Samlet antyder resultatene av oversikten: Kognitiv atferdsterapi (CBT) versus ingen behandling eller ventelister: CBT viser en klar positiv effekt for personer med patologisk overspising. Signifikant forskjell i favør av CBT for: - 100 % BED symptomfri, åtte studier RR (relativ risiko) 0,65 (0,55; 0,77). - Bulimisyntomer, 11 studier: SMD -0,955 (-1,160; -0,751). - Depresjon, 6 studier: SMD -0,743 (-1,021; -0,465). Ingen signifikant forskjell for: - Sosial funksjon, en studie med kun 38 deltakere SMD 0,353 (-0,289; 0,995). - Vekt, tre studier: SMD 0,119 (-0,225; 0,463). - Generell psykiatrisk symptomatologi ble ikke målt. CBT versus andre former for psykoterapi: CBT virker ikke bedre enn annen psykoterapi Signifikant forskjell i favør av CBT for: - 100 % BED symptomfri, åtte studier RR 0,81(0,72; 0,92). - Depresjon, ni studier: SMD -0,254 (-0,444; 0,065). Ingen signifikant forskjell for: - Bulimi- og psykiatriske symptomer, sosial funksjon og vekt. CBT versus CBT i en ren selvhjelpsform: CBT virker ikke bedre enn CBT i en ren selvhjelpsform. Signifikant forskjell i favør av CBT for: - Psykiske symptomer, en studie SMD -2,144 (-2,937; -1,351). Ellers ingen signifikant forskjell ved de andre utfallsmålene. CBT alene versus CBT med forsterket terapi: CBT virker ikke bedre enn forsterket CBT. Kognitiv atferdsterapi spesielt utviklet for bulimi (CBT-BN) versus andre typer psykoterapi: CBT-BN viser signifikant bedre effekt på bulimisyntomer og symptomfrihet ved patologisk overspising, men ikke på depresjon. Alternativ psykoterapi (ikke CBT) versus ingen behandling/ventelister: Alternativ psykoterapi viser signifikant bedre effekt. Frafall: Frafall viser ingen signifikant forskjell ved CBT versus ventelister/ingen behandling, eller ved CBT versus annen behandling: RR 1,04 (0,74; 1,47).

Tabell 3 Psykoterapi som behandling av anoreksi

Studie	Hay 2003 (26).
Problemstilling	Å evaluere effekt av poliklinisk psykoterapi som behandling av eldre ungdommer og voksne med anoreksi.
Metode	Systematisk oversikt. Seks randomiserte, kontrollerte studier er inkludert.
Populasjon	Personer med anoreksi. Begge kjønn. Alder: > 16 år. Studier med deltakere fra 10 – 84 år ble inkludert. Deltakerne ble rekruttert fra befolkningen, fra primær-, sekundær- eller spesialisthelsetjenesten.
Tiltak	1. Vanlig standardbehandling versus individuell psykoterapi, interpersonlig psykoterapi (IPT), kognitiv analytisk terapi (CAT) eller kognitiv atferdsterapi (CBT). 2. "Kontroll"-psykoterapi versus IPT, CAT eller CBT. 3. Kostråd versus individuell psykoterapi og/eller IPT, CAT og CBT. 4. Ventelister versus IPT, CAT og CBT. 5. I tillegg ønsket de å sammenligne: - Individuelle psykoterapiformer med hverandre. - Individuell psykoterapi versus medikamentell terapi. - En kombinasjon av medikamentell- og individuell psykoterapi versus enten medikamentell terapi eller psykoterapi.
Utfallsmål	- Vekt / kroppsmasseindeks. - Bedring, målt ved Morgans skala i forhold til vekt, menstruasjon og gjennomsnittsutfall. - Symptomer på spiseforstyrrelser, målt ved spørreskjema og intervju. - Frafall; på grunn av bivirkninger eller uten oppgitt grunn. - Pasientenes tilfredshet. - Bivirkninger av behandlingen. - Generelle psykiatriske symptomer, målt ved spørreskjema og intervju. - Depresjon, målt ved spørreskjema og intervju. - Interpersonlig funksjonsevne, målt ved spørreskjema og intervju.
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkt i relevante databaser, oppgitt søkestrategi, referanselister er gjennomgått. Forfatter og eksperter er kontaktet for ytterligere informasjon om de inkluderte og upubliserte studiene. Kriterier for å vurdere metodisk kvalitet er oppgitt. Vurderingen er foretatt av to uavhengige personer. Kvaliteten på de inkluderte enkeltstudiene varierte. Studiene hadde få deltakere med et gjennomsnitt på 27 (varierte fra 13 til 84). Det var mulige skjevheter ved manglende blinding og uklar randomisering. I en av studiene var over 50 % av deltakerne under 16 år, men resultatene ble generalisert til gruppen over 16 år. Kun tre studier hadde oppfølging. Noen beskrev ikke, eller beskrev sluttresultatene mangelfullt. Styrken i enkeltstudiene var at integriteten av behandlingen ble testet, og det ble utført "intention-to-treat"- analyse for fem av de seks studiene.
Resultater	Studiene var få og for forskjellige til å kunne sammenstille resultatene i meta-analyser. Metagrafer/tabeller som viser resultater fra noen av utfallsmålene, er basert på enkeltstudier. Disse resultatene viser: 1. Standardbehandling versus individuell psykoterapi. Resultater fra studien Dare 2001: - Bedring: signifikant forskjell i favør av tidsbegrenset fokusert psykoterapi, FPT, RR 0,77 (0,51; 0,97), men ikke i favør av CAT, RR 0,77 (0,58; 1,1). - Frafall: kun 62 % av deltakeren fullførte behandlingen. Det var ingen forskjell om de fikk FPT, RR 0,72 (0,23; 2,31) eller CAT, RR 1,30 (0,56; 2,97). Resultater fra studien Treasure, 1995: - Bedring: ingen signifikant forskjell ved noen behandling RR 1,20 (0,69; 2,11). - Kroppsmasseindeks ved 12 måneder: ikke signifikant forskjell i favør av CAT, SMD -0,32 (1,04; 0,40). - Bedring målt ved gjennomsnittsutfall: ikke signifikant forskjell i favør av CAT ved 12 måneder SMD -0,32 (-1,04; 0,40). - Frafall: kun 67 % fullførte behandlingen, og det var ingen forskjell mellom gruppene, RR 0,86 (0,53; 1,45). 2. "Kontroll"-psykoterapi versus IPT, CAT eller CBT. Dare 2001, sammenlignet en individuell fokusert psykoterapi med CAT: - Bedring: Ingen signifikant forskjell i favør av noen behandling RR 1,09 (0,73; 1,62). - Frafall: Ingen forskjell mellom gruppene, RR 0,96 (0,47; 1,93). Channon, 1989, viser ingen forskjell i frafall mellom CBT eller kunstterapi, RR 0,2 (0,01; 3,61) og mellom CBT og kognitiv terapi alene RR 0,33 (0,016; 7,14). 21 av 24 pasienter fullførte behandlingen.

3. Kostråd versus individuell psykoterapi og/eller IPT, CAT eller CBT.

Resultater fra studien Serfaty, 1999:

- Kroppsmasseindeks etter endt behandling: Signifikant forskjell i favør CBT SMD 0,71 (-0,05; 1,46), men de oppnådde ikke normal kroppsmasseindeks >18.
- Frafall: Ikke alle som fikk kostråd fullførte behandlingen, RR 0,08 (0,02; 0,30), og to av 25, som fikk CBT, fullførte ikke.

Enkeltresultater som ikke er framstilt i tabeller:

Bachar 1999, sammenlignet selvspsykologisk behandling (SPB) versus kognitivorientert behandling (COT).

- Bedring (BMI >17,5 og fått tilbake menstruasjon):

Signifikant forskjell i favør av SBP RR 0,29 (0,09; 0,92).

- Frafall: Ingen forskjell RR 0,21 (0,03; 1,43). Fem av 13 fullførte ikke behandlingen.

Studien, Bergh 2002, viser remisjon hos 10 av 11 pasienter i intervensjonsgruppen etter behandling i 14 måneder, mens kun én av åtte i ventelistegruppen viser remisjon, RR 15.75, (1,06; 234.88).

Ingen studier sammenlignet tiltakene fire og fem.

Tabell 4 Medikamentell behandling versus placebo ved bulimi

Studie	Bacaltchuk 2002 (27).																												
Problemstilling	- Å vurdere om antidepressive medikamenter har effekt på bulimi, sammenlignet med placebo. - Å vurdere om forskjellige antidepressiva gir ulik effekt. - Å vurdere om antidepressiva, gitt mot bulimisyntomer, også bedrer depresjon.																												
Metode	Systematisk oversikt. 16 randomiserte, kontrollerte studier er inkludert.																												
Populasjon	Inklusjonskriteriene var personer med bulimi definert etter fastsatte kriterier, med og uten renselse, uten hensyn til kjønn, alder eller behandlingsmåte. De inkluderte studiene hadde: - flest voksne og unge voksne kvinner, få ungdommer. - personene ble rekruttert fra polikliniske behandlingssklinikker eller via annonser i avis eller media. To studier var multinasjonale, 10 var fra USA, to fra Canada, et fra Storbritannia, et fra Norge.																												
Tiltak	Et antidepressivt medikament versus placebo. Følgende typer antidepressive medikamenter ble sammenlignet med placebo: Tricycliske, seks studier, monoaminoksidasehemmere, fire studier, fluoxetin, tre studier og andre, tre studier. Forsøkene varte fra seks til 16 uker.																												
Utfallsmål	Forandring i bulimisyntomer målt ved: - Remisjon (100 % reduksjon i overspising- eller rensesepisoder, foreløpig bedring). - Klinisk bedring (50 % reduksjon i overspising/rensesepisoder). - Antall bulemiske episoder. Depresjon: - Forskjell i depresjonssyntomer. Aksept av behandlingen: - Tidlig frafall på grunn av bivirkninger. - Frafall -uten oppgitt grunn-.																												
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkt i relevante databaser, oppgitt søkestrategi, referanselister er gjennomført. Forfatter og eksperter er kontaktet for ytterligere informasjon om de inkluderte og upubliserte studier. Kriterier for å vurdere metodisk kvalitet er oppgitt. Vurderingen er foretatt av to uavhengige personer. Kvaliteten på de inkluderte enkeltstudiene varierte. Det var manglende rapportering av randomiserings- og blindingsprosedyre, frafall eller årsak til frafall og mangelfull statistisk analyse: bl.a. ble "intention-to-treat" ikke utført der randomiserte pasienter var ekskludert. Forfatteren mener enkeltstudienes varierende metodiske kvalitet og en mulig publikasjonsskjevhet kan ha påvirket forskjellen av effekt mellom antidepressiva og placebo.																												
Resultater	Samlet antyder resultatene av oversikten en klar reduksjon og klinisk bedring av bulimisyntomer i favør av antidepressiva. - Frafall p.g.a. bivirkninger var høyere hos pasientene som fikk antidepressiva. - Frafall -uten spesiell grunn- viste ingen forskjell mellom antidepressiva og placebo. - De forskjellige typer antidepressiva viste ingen forskjell i virkning. - Om antidepressiva også virket på depresjon, ble ikke målt. Resultatene sammenstilt i meta-analyse: <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Utfallsmål:</u></th> <th><u>Studier:</u></th> <th><u>Deltakere:</u></th> <th><u>Resultat:</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Remisjon, i favør antidepressiva</td> <td>8</td> <td>755</td> <td>RR 0,88 (0,83; 0,94)</td> </tr> <tr> <td>- Klinisk bedring</td> <td>8</td> <td>901</td> <td>RR 0,63 (0,55; 0,74)</td> </tr> <tr> <td>- Forskjell i bulimisyntomer i favør antidepressiva</td> <td>5</td> <td>207</td> <td>SMD -0,59 (-0,87; -0,31)</td> </tr> <tr> <td>- Forskjell i depresjon</td> <td>7</td> <td>271</td> <td>SMD -0,23 (-0,47; 0,02)</td> </tr> <tr> <td>- Frafall, p.g.a. bivirkninger</td> <td>2</td> <td>1123</td> <td>RR 1,83 (1,13; 2,95)</td> </tr> <tr> <td>- Frafall, uten spesiell grunn</td> <td>14</td> <td>1258</td> <td>RR 1,03 (0,80; 1,32)</td> </tr> </tbody> </table> NNT, for remisjon: 9 (95 % CI 6 – 16), ved behandling gjennomsnitt i åtte uker. NNT, for klinisk bedring: 4 (95 % CI 3 – 6), ved behandling gjennomsnitt i ni uker.	<u>Utfallsmål:</u>	<u>Studier:</u>	<u>Deltakere:</u>	<u>Resultat:</u>	- Remisjon, i favør antidepressiva	8	755	RR 0,88 (0,83; 0,94)	- Klinisk bedring	8	901	RR 0,63 (0,55; 0,74)	- Forskjell i bulimisyntomer i favør antidepressiva	5	207	SMD -0,59 (-0,87; -0,31)	- Forskjell i depresjon	7	271	SMD -0,23 (-0,47; 0,02)	- Frafall, p.g.a. bivirkninger	2	1123	RR 1,83 (1,13; 2,95)	- Frafall, uten spesiell grunn	14	1258	RR 1,03 (0,80; 1,32)
<u>Utfallsmål:</u>	<u>Studier:</u>	<u>Deltakere:</u>	<u>Resultat:</u>																										
- Remisjon, i favør antidepressiva	8	755	RR 0,88 (0,83; 0,94)																										
- Klinisk bedring	8	901	RR 0,63 (0,55; 0,74)																										
- Forskjell i bulimisyntomer i favør antidepressiva	5	207	SMD -0,59 (-0,87; -0,31)																										
- Forskjell i depresjon	7	271	SMD -0,23 (-0,47; 0,02)																										
- Frafall, p.g.a. bivirkninger	2	1123	RR 1,83 (1,13; 2,95)																										
- Frafall, uten spesiell grunn	14	1258	RR 1,03 (0,80; 1,32)																										

Tabell 5 Medikamentell behandling versus psykoterapi ved bulimi

Studie	Bacaltchuk 2002 (28).
Problemstilling	- Å undersøke effekt av antidepressive medikamenter som behandling mot bulimi, sammenlignet med psykologisk behandling. - Å undersøke om en kombinasjon av antidepressive medikamenter og psykoterapi er mer effektivt enn behandling med psykoterapi alene.
Metode	Systematisk oversikt. Sju randomiserte, kontrollerte studier er inkludert.
Populasjon	Folk med bulimi definert etter fastsatte kriterier, med og uten renselse. Deltakerne ble inkludert uten hensyn til kjønn, alder eller behandlingsmåte. De fleste ble rekruttert ved annonsering. I de inkluderte studiene var det flest voksne og unge voksne kvinner, få ungdommer. Alle hadde bulimi med renselse. Fire studier var fra USA, én fra Canada, én fra Tyskland og én fra Australia.
Tiltak	- Antidepressive medikamenter, hvorav følgende ble inkludert: tricykliske (TCA), selective serotoninreopptakshemmere (SSRI), monoaminoksidase-hemmere (MAOI), og andre som bupropion, trazodon, nefazodon. - Psykoterapi, gitt individuelt eller i gruppe, intensivt eller over lengre tid. - Kognitiv atferdsterapi, kognitiv terapi, atferdsterapi, psykodynamisk/psykoanalytisk orientert terapi, interpersonlig terapi, støtteterapi, familierapi, kostrådgivning og annen psykologisk tilnærming. Studiene sammenlignet: 1. Antidepressive medikamenter med psykoterapi, fem studier. 2. Antidepressive medikamenter med en kombinasjon av medikamenter og psykoterapi, fem studier. 3. Psykoterapi med en kombinasjon av antidepressive medikamenter og psykoterapi, sju studier. Forskøkene varte fra fem til 24 uker; de fleste i 16 uker.
Utfallsmål	Bulimisyntomer: - Remisjon (100 % reduksjon i overspising- eller rensesesepisoder, foreløpig bedring). - Klinisk bedring (50 % reduksjon i overspising/rensesesepisoder). - Forskjell i bulimisyntomer. Depresjon: - Forskjell i depresjonssyntomer. Aksept av behandlingen: - Frafall.
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkt i relevante databaser, oppgitt søkestrategi, referanselister er gjennomført. Forfatter og eksperter er kontaktet for ytterligere informasjon om de inkluderte og upubliserte studiene. Kriterier for å vurdere metodisk kvalitet er oppgitt. Vurderingen er foretatt av to uavhengige personer. Resultatene for hvert utfallsmål er sammenstilt statistisk i fem meta-analyser. Forfatteren har vurdert heterogenitet. Det var få treff på søk etter studier. Fem av de sju inkluderte enkeltstudiene tilfredstilte alle inklusjonskriteriene. De fleste av dem hadde få deltakere. Forfatteren av oversikten konkluderer med at resultatene må tolkes med forsiktighet, og at videre forskning er nødvendig.
Resultater	Samlet antyder resultatene av oversikten og meta-analysene: 1. Antidepressiva versus psykoterapi: Ingen signifikant forskjell. Meta-analyse én viser: Ingen signifikant forskjell ved utfallsmålene: - Remisjon, RR 1,26 (0,90; 1,77). - Klinisk bedring, RR 6,00 (0,95; 37,77). - Bulimisyntomer, SMD 0,217 (-0,262; 0,696). - Depresjon, SMD 0,302 (-0,288; 0,892). Signifikant forskjell ved utfallsmålet: - Frafall, RR 2,18 (1,09; 4,35). 2. Antidepressiva versus en kombinasjon av antidepressiva/psykoterapi: Ingen signifikant forskjell. Meta-analyse to viser: Ingen signifikant forskjell ved noen av utfallsmålene: - Remisjon, RR 1,37 (0,98; 1,99). - Klinisk bedring, kun et studie, RR 2,00 (0,91; 4,96). - Bulimisyntomer, SMD 0,342 (-0,046; 0,730). - Depresjon, SMD 0,242 (-0,136; 0,620). - Frafall, RR 1,19 (0,69; 2,05). 3. Psykoterapi versus en kombinasjon med antidepressiva/psykoterapi: Ingen signifikant forskjell. Psykoterapi, kognitiv atferdsterapi og klassisk psykoterapi sammenlignes med antidepressiva kombinert med terapi.

Meta-analyse tre sammenstiller alle utfallsmålene, meta-analyse fire og fem remisjon og frafall.
- Remisjon: En liten signifikant forskjell ved psykoterapi RR 1,21 (1,02; 1,45) og klassisk psykoterapi RR 1,20 (1,00; 1,44), men ikke ved kognitiv atferdsterapi, RR 1,23 (0,95; 1,60).

Ingen signifikant forskjell for:

- Klinisk bedring, RR 0,90 (0,30; 2,66).
- Bulimisyptomer, SMD 0,122 (-0,211; 0,455).
- Depresjon, SMD 0,133 (-0,267; 0,533).

Frafall viser en signifikant forskjell til fordel for psykoterapi ved alle sammenligninger med antidepressiva eller antidepressiva i kombinasjon med psykoterapi ved meta-analyse 3, 4 og 5:
- Frafall, RR 0,57 (0,38; 0,88), RR 0,55 (0,33; 0,92), RR 0,55 (0,33; 0,90).

Tabell 6 Behandling av spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon

Studie	Meads 1999 (29).
Problemstilling	Å evaluere om det er mest klinisk- og kosteffektivt å behandle pasienter med spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon.
Metode	Systematisk oversikt. Én randomisert, kontrollert studie (RCT), to kasus-kontroll-studier og sju kasus-serier er inkludert. RCT-studien hadde oppfølging etter et, to og fem år, kasus-seriene fra et til 20 år. De to kasus-kontroll-studiene sammenlignet pasientene kun før behandlingen startet.
Populasjon	Pasienter med diagnosen spiseforstyrrelse, som behandles i eller utenfor institusjon. RCT-studien hadde 90 deltakere, kasus-seriene >100 deltakere.
Tiltak	Behandling av pasienter innlagt på sykehus/spesialinstitusjon eller behandling utenfor institusjon i spesialist- eller primærhelsetjenesten, med behandling fra én konsultasjon pr. uke til å være dagpasient. RCT-studien hadde fire typer tiltak: En med behandling i institusjon i flere måneder (I/P), tre med forskjellig behandling utenfor institusjon. Det var individual-og familierapi (O/PF) 12 ganger, psykoterapi i gruppe (O/PG) 10 ganger, separat for pasientene og deres foreldre, eller intervju alene etter å ha fått behandling (A/I).
Utfallsmål	- Død. - Frisk versus forbli syk. - Fysiske, psykiske og sosiale faktorer, målt etter Morgan-Rusells global score fra 0 til 12. - Vekt, målt etter %MMPW (mean matched population weight).
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av moderat metodisk kvalitet. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvor RCT-studier ble prioritert som de mest valide. Det er søkt i relevante databaser, søkestrategi er oppgitt, referanselister er gjennomgått. Forfatter og eksperter er kontaktet for ytterligere informasjon om de inkluderte og upubliserte studiene, bl.a. ble upubliserte resultater fra RCT-studien innhentet. Kriterier for å vurdere metodisk kvalitet er oppgitt. Vurderingen er foretatt av to uavhengige personer. Studienes land og språk, samt pasientenes alder er ikke oppgitt. Studien er noe uklart framstilt, blant annet om og hvilke kasus-kontroll-studier og kasus-seier som ble inkludert. Enkeltstudiene er av variabel kvalitet. I RCT-studien er randomiseringsprosedyren ikke beskrevet. Det er få deltakere i hver behandlingsgruppe, men hver behandling er klart beskrevet. Det er ingen blinding av deltakere og forsker. Oppfølging ved et, to og fem år var mangelfull. Kasus-seriene: Ut fra kvalitetskriteriene var det store mangler ved kasus-seiene, der kun tre av sju var prospektive, og to av sju hadde akseptabel oppfølging. I kasus-kontroll-studiene ble pasientgruppene sammenlignet kun <u>før</u> behandlingen startet, og tiltakene var ikke klart beskrevet. Forskeren konkluderer med at resultatene er svært usikre og må tolkes med forsiktighet. Videre forskning er nødvendig.
Resultater	Resultatene er ikke entydig om det er klinisk mest effektivt å behandle pasienter med spiseforstyrrelser i eller utenfor institusjon. Men RCT-studien viste større bedring i helse for pasientene som ble behandlet utenfor enn i institusjon, etter et år og ved oppfølging etter fem år. Resultatene fra RCT-studien viste positiv effekt på utfallsmålene ved alle de fire tiltakene. <u>Resultater fra RCT-studien, slik de ble presentert i studien:</u> - Død: Ved et år: 0/30 (0 %) versus 1/40 (2.5 %). Ved fem år: 1/29 (3.4 %) versus 1/40 (2.5 %). Forskjellen var -2.5 %. - Forskjell i Morgan-Rusells global score fra start til et år: 2.1 (SD=3.1) versus 2.5 (SD=2.6). Forskjellen var -0,45 eller -3.75 %. - Prosent friske ved fem år: 9/29 (31.0 %) versus 18/39 (46.2 %). Forskjellen var -16.7 %. <u>Resultater fra kasus-seriene:</u> - Høyere dødelighet for pasientene innlagt på sykehus og spesialinstitusjon, men bedre helse sammenlignet med pasientgruppene utenfor institusjon og dagpasientgruppen. <u>Kasus-kontroll-studiene:</u> Viste liten forskjell på pasientenes fysiske og psykiske variabler ved måling før behandling startet, bortsett fra vekt som i gjennomsnitt var lavere hos dem som fikk behandling i enn utenfor institusjon. <u>Kostnadseffekt:</u> Forfatteren oppgir at det ikke var mulig å trekke ut resultater på kostnadseffekt.

7.2 Definisjoner - ordliste

Statistiske begreper:

Bias

Systematiske feil eller avvik i resultater eller slutninger/konklusjoner. I vår sammenheng definerer bias hvordan enkelte studiedesign har en systematisk tilbøyelighet til å produsere konsekvent bedre eller dårligere resultater enn andre studiedesign. Opphav til bias kan være mange og ulike.

Empirisk (empirical)

Studier og resultater som er basert på forsøk eller observasjoner, ikke på erfaring alene.

“Intention-to-treat”-analyse - ITT

En analyse hvor alle deltakerne i en studie blir analysert i den gruppen de opprinnelig ble fordelt til, uavhengig av om de fikk/gjennomførte gruppens tiltak eller ikke. ITT-analyser er fordelaktige ved vurdering av faktisk effekt (“effectiveness”) fordi de speiler mangel på etterlevelse av og endring i behandling som kan opptre når tiltaket prøves ut i praksis.

Konfidensintervall (confidence interval)

Dette er feilmarginen rundt et resultat, og den tallfester usikkerhet følge av tilfeldige variasjoner. Den oppgis vanligvis som 95 % konfidensintervall. Det betyr at intervallet med 95 % sannsynlighet rommer den sanne verdien for hele populasjonen. For eksempel forteller et 95 % konfidensintervall fra 0,1 til 0,2 at den sanne verdien i populasjonen med 95 % sannsynlighet ligger mellom 0,1 og 0,2.

”Numbers needed to treat” - NNT

Antall pasienter som må behandles for å oppnå positiv effekt hos én pasient.

P-verdi (P-value)

P-verdier angir sannsynligheten for at resultatene i en studie har oppstått på grunn av tilfeldigheter. P-verdier varierer mellom 0 og 1. Jo mindre de er, jo sikrere er det at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter. Se statistisk signifikans.

Publikasjonsskjevhet (publication bias)

Studier som kan vise til dramatiske resultater og studier som viser at en behandling virker godt, har større sjanse for å bli publisert enn de som viser usikker eller ingen effekt.

Relativ risiko - RR (relative risk/ risk ratio)

Forholdet mellom risiko i to grupper – for eksempel risiko for å dø i tiltaksgruppen sammenlignet med risiko for å dø i kontrollgruppen. Dette kan ofte gi store tall, men selv om forskjellene er store, kan risikoen for å dø være veldig liten i begge grupper.

Statistisk signifikans (statistical significance)

Resultatene i en studie kan skyldes tilfeldige sammentreff. En statistisk test kan beregne hvor sannsynlig det er at resultatene skyldes tilfeldige sammentreff eller ikke. Testen angir en P-verdi. Grenseverdien for statistisk signifikant settes vanligvis ved 0.05, men av og til ved 0.01 eller 0.10. Disse grensene er tilfeldige og har ingen spesiell betydning.

Standardisert gjennomsnittsforskjell – SMD (standardised mean difference)

Hvis utfallet er målt med forskjellige instrumenter, benyttes en standardisert gjennomsnittsforskjell.

Vektet gjennomsnittmodell – WMD (weighted mean difference)

Hvis utfallet er målt med samme instrument, benyttes vektet gjennomsnittmodell.

Behandlingsformer:

Atferdsterapi, BT (*behavioral therapy*)

Forskjellige behandlingsformer som tar utgangspunkt i direkte endring i atferden som oppleves vanskelig. Tanken bak er at psykiske vansker ikke nødvendigvis har dype røtter som gjør at man må arbeide med hele personligheten.

Hypnoterapi,

En terapiform der hypnose og selvhypnose står sentralt, brukes i studiene i en kombinasjon med atferdspsykoterapi. Hypnosen tar sikte på å bedre pasientens funksjon gjennom suggestiv påvirkning.

Interpersonlig psykoterapi,

En form for psykoterapi som hjelper pasienten til å identifisere og arbeide med sine relasjoner til andre mennesker.

Kognitiv atferdsterapi, CBT (*cognitive behavioral therapy*)

En systematisering av tiltak knyttet til kunnskapsformidling, atferdsendring i forhold til mat og kropp og endring i tankesett. Tradisjonen legger vekt på å kartlegge og forandre dysfunksjonelle og automatiske tankemønstre (kognisjon = tenkning) knyttet til spiseforstyrrelsen. Metoden er oftest en korttidsbehandling, cirka 20 behandlingstimer over tre til seks måneder.

Kognitiv atferdsterapi for bulimi, CBT-BN

En kognitiv atferdsterapi manualisert og spesielt utviklet for bulimi.

Kognitiv atferdsterapi i en ren selvhjelpsform

En modifisert form for kognitiv atferdsterapi, hvor behandlingsmalen er meget strukturert og detaljert. Pasientene behandler seg selv med eller uten profesjonell veiledning.

Kognitiv analytisk terapi, CAT

En behandling som kombinerer elementer fra atferdsterapi og korttidsfokuset psykodynamisk terapi. Behandlingsopplegget går over 20 uker etterfulgt av tre månedlige "booster".

Kognitiv orientert terapi, COT

En behandling som fokuserer på å systematisk modifisere pasientens tankemønstre relatert til temaet, uten å referere direkte til spiseatferden.

Psykodynamisk/psykoanalytisk terapi har sitt utgangspunkt i psykoanalysen som teori og behandlingstradisjon. Teorien legger vekt på barndommen som formgiver for personlighet og symptomdannelse. Behandlingens mål er ikke bare symptomendring, men mer varige forandringer i personligheten. Den tar sikte på å gi pasienten innsikt i den psykologiske bakgrunnen for konflikter og problemer og gjennom dialogen tilegne seg et godt språk for følelser og tanker. Tradisjonelt er det en langtidsterapi, men brukes også som symptom- eller temafokuserte korttidsformer.

7.3 Ekskluderte studier

Disse åtte oversiktene ble ekskludert fordi kvaliteten var mangelfull, de var for gamle, eller kunnskapen var oppdatert i nyere systematiske oversikter.

1. Bacaltchuk J, Trefiglio R P, de Oliveira I R, Lima M S, Mari J J. Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1999; 24(1): 23-31.
2. Ghaderi A, Andersson G. Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa: Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy* 1999; 28(2):79-87
3. Herzog T, Hartmann A. Psuchoanalytisch orientierte behandlung der anorexia nervosa. Eine methodenkritische literaturubersicht unter verwendung meta-analytischer methoden. *Psychosomatic und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum Freiburg* 1997; 47(9-10): 299-315.
4. Jacobi C, Dahme B, Rustenbach S. Vergleich kontrollierter psycho- und pharmakotherapiestudien bei bulimia und anorexia nervosa. *Psychosomatic und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum Freiburg* 1997; 47(9-10): 346-64.
5. Lewandowski L M, Gebing T A, Anthony J L, O'Brien W. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical psychology Review* 1997; 17(7): 703 - 8.
6. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *Int J Eat Disorder* 1997; 21(1): 1-15
7. Whittal M L, Agras W S, Gould R A. Bulimia nervosa: a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy* 1999; 30: 117 - 35.
8. Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, Oakley A, Yong people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. EPPI-report October 2001 University of London: Evidence for Policy and Practice Centre, 2001.

7.4 Søkestrategi

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) og DARE

Issue 1 and 4, 2003

- #1. EATING DISORDERS single term (MeSH)
- #2. ANOREXIA single term (MeSH)
- #3. ANOREXIA NERVOSA single term (MeSH)
- #4. BULIMIA single term (MeSH)
- #5. HYPERPHAGIA single term (MeSH)
- #6. binge*
- #7. (eating next disorder*)
- #8. anorex*
- #9. bulimi*
- #10. hyperphag*
- #11. (over next eat*)
- #12. overeat*
- #13. ednos*
- #14. (eating next disturb*)
- #15. (appetite next disorder*)
- #16. (#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15)

Treff 128 studier

EMBASE <1980 - 2003 Uke 11 og 45 >

- 1 meta analysis/
- 2 metaanalys\$.ti,ab.
- 3 meta analys\$.ti,ab.
- 4 cochrane.ti,ab,hw.
- 5 (review or overview).ti.
- 6 review.pt.
- 7 (synthes\$ adj3 (literature\$ or research\$ or studies or data)).ti,ab.
- 8 pooled analys\$.ti,ab.
- 9 ((data adj2 pool\$) and studies).ti,ab.
- 10 (medline or medlars or embase or cinahl or scisearch or psychinfo or psycinfo or psychlit or psychlit).ti,ab.
- 11 ((hand or manual or database\$ or computer\$) adj2 search\$).ti,ab.
- 12 ((electronic or bibliographic\$) adj2 (database\$ or data base\$)).ti,ab.
- 13 ((review or overview) adj10 (systematic\$ or methodologic\$ or quantitativ\$ or/1-13 or research\$ or literature\$ or studies or trial\$ or effective\$)).ab.
- 15 (retrospective\$ adj2 review\$).ti,ab,hw.
- 16 (case\$ adj2 review\$).ti,ab,hw.
- 17 (record\$ adj2 review\$).ti,ab,hw.
- 18 (patient\$ adj2 review\$).ti,ab,hw.
- 19 (patient\$ adj2 chart\$).ti,ab,hw.
- 20 (peer adj2 review\$).ti,ab,hw.
- 21 (chart\$ adj2 review\$).ti,ab,hw.
- 22 (case adj2 report\$).ti,ab,hw.
- 23 (rat or mouse or mice or hamster or hamsters or animal or animals or dog or/15-23 or dogs or cat or cats or bovine or sheep).ti,ab,hw.
- 25 24 not (24 and 14)
- 26 14 not 25
- 27 editorial.pt.
- 28 letter.pt.
- 29 27 or 28

30 26 not 29
 31 exp animal/
 32 exp human/
 33 31 not (31 and 32)
 34 exp nonhuman/
 35 exp human/
 36 34 not (34 and 35)
 37 33 or 36
 38 30 not 37
 39 eating disorders/ or anorexia/ or anorexia nervosa/ or bulimia/ or
 40 binge.mp. hyperphagia/
 41 eating disorder\$.mp.
 42 anorex\$.mp.
 43 bulimi\$.mp.
 44 hyperphag\$.mp.
 45 over eat\$.mp.
 46 overeat\$.mp.
 47 ednos.mp.
 48 Eating disturb\$.mp.
 49 or/39-48
 50 child/
 51 adolescent/
 52 youth\$.mp.
 53 teens.mp.
 54 teenager\$.mp.
 55 adolescen\$.mp.
 56 child\$.mp.
 57 or/50-56
 58 49 and 57
 59 eating disorder/ or anorexia nervosa/ or binge eating disorder/ or bulimia/
 60 anorexia/ or hyperphagia/
 61 Appetite Disorder/
 62 appetite disorder\$.mp.
 63 or/49,59-62
 64 57 and 63
 65 38 and 64
 66 limit 65 to yr=2001-2004 (206)

Treff: 319 studier

CINAHL <1982 - 2003 Uke 11 og 45>

MEDLINE <1966 - 2003 Uke 11 og 45> Search for: limit 36 to yr=2001-2003

1 eating disorders/ or anorexia/ or anorexia nervosa/ or bulimia/ or hyperphagia/
 2 binge.mp.
 3 eating disorder\$.mp
 4 anorex\$.mp.
 5 bulimi\$.mp.
 6 hyperphag\$.mp.
 7 over eat\$.mp.
 8 overeat\$.mp.
 9 ednos.mp.
 10 Eating disturb\$.mp.
 11 or/1-10
 12 child/
 13 adolescent/

14 youth\$.mp.
15 teens.mp.
16 teenager\$.mp.
17 adolescen\$.mp.
18 child\$.mp.
19 or/12-18
20 11 and 19
21 controlled.ab.
22 design.ab.
23 evidence.ab.
24 randomized controlled trials/
25 meta-analysis.pt.
26 review.pt.
27 sources.ab.
28 studies.ab.
29 review.pt.
30 or/21-29
31 letter.pt.
32 comment.pt.
33 editorial.pt.
34 or/31-33
35 30 not 34
36 20 and 35
37 limit 36 to yr=2001-2003 (412)

Treff: 552 studier

UTVALGTE NETTRESSURSER:

Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures (ASERNIP)
British Columbia Office for Health Technology Assessment (Canada)
Canadian Task Force on Preventive Health (Canada)
Centre for clinical effectiveness (Australia)
Centre for evidence based social services (UK)
Clinical Evidence
DEC Reports
ECRI – Emergency Care Research Institute
EPPI – Evidence for Policy and Practice Information (UK)
Evidence Based Practice Centres (US)
Guide to Community Preventive Services (US)
Health Development Agency (UK)
Joanna Briggs Centre for Evidence Based Nursing (Australia)
National Electronic Library for Mental Health
NIH Consensus Development Program (US)
School of Health and Related Research (UK)
Systematic Reviews Training Unit (UK)
US Task Force Guide to Clinical Preventive Services
Health Technology Advisory Committee Minnesota (US)
Health Services Utilization and Research Commission (Canada)
Institute for Clinical Evaluative Services (CA)
RAND (US)
Scottish Health Purchasing Information Centre (UK)
Senter for medisinsk metodevurdering (Norge)
Statens beredning för medicinsk utvärdering (Sverige)
University Healthcare Consortium (US).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-018-4

ISSN 1503-9544