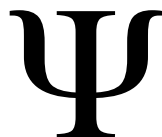




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Behandling av spiseforstyrrelser med eksponeringsterapi - en
litteraturgjennomgang***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Kristiane Oftedal Hagene

Vår 2019

Veileder: Anita Lill Hansen

Forord

Jeg vil særlig takke veileder Anita Lill Hansen for nyttige og konstruktive tilbakemeldinger og råd, og for tålmodighet og raushet i forbindelse med arbeidet med denne oppgaven. Takk til Birthe Holm for språklig hjelp, og for at du får meg til å ta et steg tilbake og reflektere over oppgaven fra et nytt perspektiv. Takk til Anders Lillevik Thorsen for at du alltid tar deg tid til å svare på mine spørsmål om statistikk og metode. Jeg vil også takke Martin Eckhoff for støtte og tålmodighet i denne skriveprosessen.

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	v
Sammendrag.....	vi
Bakgrunn.....	1
Ulike former for spiseforstyrrelser.....	1
Forekomst og komorbiditet.....	2
Konvensjonell behandling av spiseforstyrrelser.....	3
Sammenhengen mellom angst og spiseforstyrrelser.....	5
Eksponeringsbehandling og spiseforstyrrelser.....	6
Tidligere studier av eksponeringsterapi på spiseforstyrrelser.....	8
Problemstilling.....	10
Metode.....	10
Fremgangsmåte for litteratursøket.....	10
Datainnhenting.....	13
Resultat.....	15
Deskriptiv informasjon om studiene.....	15
Metodisk kvalitet.....	18
Litteraturgjennomgang.....	21

Diskusjon.....	29
Funn ved både mat- og kroppseksponering.....	29
Funn ved eksponering for mat.....	30
Funn ved kroppseksponering.....	33
Svakheter ved studiene.....	34
Implikasjoner og forslag til videre forskning.....	38
Svakheter ved litteraturgjennomgangen.....	44
Konklusjon.....	45
Referanser.....	46
Appendiks A.....	57
Appendiks B.....	58

Abstract

The aim of this paper was to review studies of exposure therapy in eating disorders (ED). ED treatments are associated with low response and high dropout and relapse rates. This could indicate that the treatments available do not address the mechanisms maintaining the disorders. Exposure therapy has therefore been suggested as an alternative or supplement to existing treatments. Koskina, Campell and Schmidt (2013) published a systematic literature review on exposure therapy in ED until 2012. However it was not possible to conclude due to limitations of the included studies. The present literature review was therefore conducted on studies published after 2012. The databases PsychINFO and Web of Science were searched. Six articles were included. Overall, the studies indicated that exposure therapy is associated with improvement on different ED symptoms including preoccupations about food and weight and food avoidance. Like previous studies conducted on exposure therapy in ED, the studies included in the present literature review had methodological weaknesses. A lack of standardization of exposure treatments for ED was also found, resulting in the use of a wide range of interventions aimed at different patient groups. Further studies are therefore needed to conclude whether exposure therapy should be used to treat ED.

Keywords: exposure therapy, eating disorders, treatment outcome.

Sammendrag

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke studier av spiseforstyrrelser med eksponeringsterapi. Behandling av spiseforstyrrelser er assosiert med lav responsrate, høyt frafall og høy grad av tilbakefall. Dette kan indikere at behandlingen ikke tar tak i de opprettholdende mekanismene ved disse lidelsene. Eksponeringsterapi er derfor foreslått som et mulig behandlingsalternativ. Koskina, Campell og Schmidt (2013) publiserte en systematisk litteraturgjennomgang av studier av eksponeringsterapi på spiseforstyrrelser frem til 2012. Grunnet begrensninger ved studiene var det ikke mulig å konkludere om eksponeringsbehandling har effekt på spiseforstyrrelser. Gjeldende litteraturgjennomgang ble derfor gjennomført for å undersøke studier publisert etter 2012. Det ble gjennomført søk i databasene PsychINFO og Web of Science. Seks artikler ble inkludert. Samlet indikerte studiene at eksponeringsbehandling var assosiert med bedring av ulike symptomer hos pasienter med spiseforstyrrelser, blant annet overopptatthet av mat og vekt, og unngåelse av mat. I likhet med tidligere publiserte studier hadde studiene i denne litteraturgjennomgangen metodiske svakheter. Videre preges feltet av manglende standardisering, slik at eksponeringsintervensjoner blir studert i ulike formater og på ulike pasientgrupper. Det kreves derfor mer forskning for å avklare om eksponeringsterapi bør benyttes i behandling av spiseforstyrrelser.

Nøkkelord: eksponeringsterapi, spiseforstyrrelser, behandlingsutfall.

Bakgrunn

Spiseforstyrrelser er psykosomatiske lidelser med delvis ukjent etiologi (Murray, Strober, et al., 2018, s. 383; Rikani et al., 2013). På tross av at spiseforstyrrelser er assosiert med alvorlige psykiske og somatiske belastninger (Erdur et al., 2012; Winkler et al., 2014), er effekten av og evidensgrunnlaget for behandlingen som er tilgjengelig, varierende. 37-69% av pasientene vurderes å være i remisjon etter behandling (Linardon, de la Piedad Garcia & Brennan, 2017). Lidelsene blir blant annet behandlet med kognitive atferdsterapi (CBT) (Halvorsen, 2016). En nyere studie indikerer at frafall ved slik behandling er omtrent 24% (Linardon, Hindle & Brennan, 2018, s. 338). Ett år etter behandling på døgnpost må 30-50% av pasienter med AN legges inn på nytt (Steinglass et al., 2011, s. 134). Dette kan være en indikasjon på at behandlingen som tilbys enten er suboptimal eller at den ikke tar tak i alle opprettholdende mekanismer i spiseforstyrrelsen (Steinglass et al., 2011, s. 134).

Symptomer assosiert med disse lidelsene kan på et teoretisk nivå forklares med de samme mekanismene som utløser og opprettholder frykt, unngåelses- og trygghetsatferd ved ulike angst- og fobiske lidelser (Murray, Strober, et al., 2018; Pallister & Waller, 2008). Det er derfor foreslått at pasienter med spiseforstyrrelser kan dra nytte av eksponeringsterapi (e.g. Reilly, Anderson, Gorrell, Schaumberg & Anderson, 2017; Steinglass et al., 2011). Koskina, Campell og Schmidt (2013) publiserte en systematisk litteraturgjennomgang av studier av eksponeringsterapi på spiseforstyrrelser frem til 2012. Forskerne fant at eksponeringsbehandling var assosiert med symptombedring, men studiene som var gjennomført hadde metodiske svakheter og delvis blandede funn (Koskina, Campbell & Schmidt, 2013). Hensikten med denne oppgaven er å foreta en ny litteraturgjennomgang av studier som fokuserer på behandling av spiseforstyrrelser med eksponeringsterapi publisert etter 2012.

Ulike former for spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere lidelser hvor symptomene omhandler og påvirker personens forhold til mat, kropp og vekt (Helsedirektoratet, 2017). Diagnosemanualen ICD-10 skiller mellom F50.0 Anorexia nervosa (AN) og F50.2 Bulimia nervosa (BN). AN defineres i ICD-10 som et fremkalt bevisst vekttap og en forstyrret kroppoppfatning. Frykten for å bli overvektig er en vedvarende og påtrengende idé som fører til at pasienten pålegger seg selv en lav vektgrense (Verdens helseorganisasjon, 2016, kap. V). BN beskrives i ICD-10 som “gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten”. Dette fører videre til at personen benytter ekstreme tiltak for å oppnå kontroll og for å dempe virkningen av matinntaket. Eksempler på slike virkemidler er selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler og vekslende sultperioder (Verdens helseorganisasjon, 2016, kap. V). I tillegg finnes også to residualdiagnoser. Disse er ment til å dekke tilfeller hvor pasienten viser sentrale kjennetegn, men ikke alle de nødvendige kriteriene for å oppfylle kravene til AN eller BN (Verdens helseorganisasjon, 2016, kap. V). I ICD-11, som i skrivende stund ikke er oversatt til norsk, er også overspisingsslidelse/binge eating disorder (BED) inkludert (Verdens helseorganisasjon, 2018, kap. 6). Lidelsen kjennetegnes av gjentakende episoder med overspising, men uten påfølgende purging, dvs. kompenserende tiltak for å kvitte seg med maten, eksempelvis oppkast.

Forekomst og komorbiditet

Det antas at det til enhver tid er 50.000 norske kvinner mellom 15 og 44 år som har en spiseforstyrrelse (Folkehelseinstituttet, 2009). Livstidsprevalens for kvinner i Europa ligger mellom 1-4% for AN, 1-2% for BN og 1-4% for BED, mens mellom 0.3-0.7% av menn rapporterer å ha spiseforstyrrelser (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Lidelsene er assosiert nedsatt livskvalitet og flere somatiske helseproblemer (Frostad, 2004; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Winkler et al., 2014). Videre er det omtrent seks ganger høyere dødelighet i

denne pasientgruppen sammenliknet med normalpopulasjonen (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). Dødeligheten er høyere enn ved noen annen psykosomatisk lidelse (Erdur et al., 2012). Over 70% av pasientene oppgir å ha komorbide psykiske vansker, eksempelvis angst, depresjon og selvskadingsproblematikk (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Konvensjonell behandling av spiseforstyrrelser

Anbefalt behandling ved AN, BN eller BED hos barn og ungdom er familiebasert behandling spesifikk for spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Ved behandling av AN og BED hos voksne anbefaler Helsedirektoratet individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser. Behandlingen skal ha "en viss varighet og intensitet", men Helsedirektoratet anbefaler foreløpig ingen bestemt form for individuell psykoterapi fremfor andre (Helsedirektoratet, 2017). Ved behandling av BN hos voksne anbefaler Helsedirektoratet særlig CBT rettet mot spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017).

Enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) er en variant av CBT som opprinnelig ble utviklet av Christopher Fairburn for behandling av bulimi. Den har senere blitt utviklet til å kunne benyttes på alle former for spiseforstyrrelser (Cooper & Fairburn, 2011, s. 394). Behandlingen ble i 2017 anbefalt behandling for samtlige spiseforstyrrelser iht. NICE-retningslinjene (National Institute for Health and Care Excellence 2017). CBT-E blir blant annet benyttet på seksjon for spiseforstyrrelser ved Haukeland universitetssykehus (Halvorsen, 2016). Det finnes også andre psykoterapiformer som anvendes i behandling av spiseforstyrrelser, blant annet dynamisk psykoterapi, interpersonlig terapi og aksept- og forpliktelsesterapi (Murray, Quintana, Loeb, Griffiths & Le Grange, 2018).

Teoretisk modell for konvensjonell behandling av spiseforstyrrelser. CBT-E er basert på et transdiagnostisk perspektiv på spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008). Det transdiagnostiske perspektivet anser de opprettholdende mekanismene ved spiseforstyrrelser

som lik for alle spiseforstyrrelsesdiagnosene. Disse fem mekanismene er (1) overevaluering av mat, kropp og vekt, (2) klinisk perfeksjonisme, (3) lav selvtillit, (4) humørintoleranse og (5) interpersonlige vansker (Cooper & Fairburn, 2011, s. 397-398). Overevaluering av mat, kropp og vekt er et kjernesymptom, mens de fire andre mekanismene anses som faktorer som interagerer med spiseforstyrrelsen (Cooper & Fairburn, 2011, s. 397). Ulike symptomer, eksempelvis sulting, oppkast, overtrening og kroppssjekking er da ulike uttrykk for samme kjerneproblematikk. Behandlingen inkluderer flere ulike strategier og kognitiv atferds-terapeutiske intervensjoner, men Fairburn vektlegger særlig viktigheten av å støtte pasienten til å endre atferd, og deretter hjelpe pasienten til å observere, analysere og vurdere effekten av disse endringene (Fairburn, 2008, s. 27).

Utfall av konvensjonell behandling. Som nevnt indikerer forskning at tilgjengelig behandling mot spiseforstyrrelser har varierende effekt. En metaanalyse fra 2018 inkluderte behandlingsstudier av AN fra 1980 til 2017. Studien konkluderte med at det ikke finnes støtte til at eksisterende spesialisert behandling av AN har bedre langtidseffekt på vekt eller psykologiske symptomer sammenliknet med effekt av ikke-spesialisert behandling (Murray, Quintana, Loeb, Griffiths & Le Grange, 2019). Det finnes heller ikke tilfredsstillende evidensgrunnlag til å si noe om hva som er mest effektivt av innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling av spiseforstyrrelser (Hay et al., 2019). Et unntak er behandling av BN, hvor det finnes støtte til at kognitiv terapi har bedre effekt enn andre psykoterapiformer (Chakraborty & Basu, 2010; Vist, Jung, Straumann, Ding & Reinart, 2016).

Frafall er også et gjennomgående problem, uavhengig av hvilken behandling som tilbys eller hvilken spiseforstyrrelse som behandles. Studier indikerer at så mye som 20-51% av alle innlagte pasienter, og 29-73% av alle polikliniske pasienter avbryter behandlingen (Fassino, Pierò, Tomba & Abbate-Daga, 2009).

Sammenhengen mellom angst og spiseforstyrrelser

Behandlingen som tilbys i dag er basert på et varierende evidensgrunnlag (Hay et al., 2019; Murray, Quintana, et al., 2018). Spiseforstyrrelser er assosiert med høy grad av behandlingsfravall og lav responsrate (Fassino et al., 2009; Linardon et al., 2017).

Eksponeeringsterapi er foreslått som en mulig supplerende eller alternativ behandling.

Bakgrunnen for dette forslaget er blant annet høy grad av komorbiditet mellom angstlidelser og spiseforstyrrelser, samt overlappende patologi og felles fenomenologi mellom de to diagnosegruppene:

Komorbiditet mellom angst og spiseforstyrrelser. Pallister og Waller (2008) gikk gjennom studier av komorbiditet mellom angstlidelser og spiseforstyrrelser. Forskerne konkluderte med at det er høyere forekomst av angstlidelser i spiseforstyrrelsesutvalg sammenliknet med normalpopulasjonen. Særlig var tvangslidelse (obsessive compulsive disorder, OCD) assosiert med restriktive spiseforstyrrelser. En studie som undersøkte en gruppe kvinnelige angst- og spiseforstyrrelsespasienter fant at en stor andel av pasientene rapporterte komorbide symptomer (Swinbourne et al., 2012). Av pasienter med spiseforstyrrelser oppfylte 65% også kriteriene for minst én angstdiagnose. 13.5% av pasientene som ble behandlet for angst oppfylte kravene til en spiseforstyrrelsesdiagnose. I annen studie ble det funnet at 47% av pasientene med AN og 80% av pasientene med BN også oppfylte kriteriene til en angstlidelse (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

Videre har flere studier funnet at pasienter diagnostisert med angstlidelser, da særlig OCD, har økt risiko for å utvikle spiseforstyrrelser senere i livet (Meier et al., 2015; Micali et al., 2011). Altman og Shankman (2009) gikk systematisk gjennom epidemiologiske og longitudinelle studier, og familiestudier av komorbiditet mellom OCD og spiseforstyrrelser. Studiene støttet en etiologisk modell for komorbiditet, dvs. at forfatterne konkluderte med at

lidelsene kan ha samme opphav. Personlighetstrekk som impulsivitet og perfektjonisme, samt kognitiv rigiditet har blitt foreslått som mulige underliggende eller medierende faktorer i sammenhengen mellom angstlidelser og spiseforstyrrelser (Altman & Shankman, 2009, s. 644; Arlt et al., 2016, s. 31).

Overlappende psykopatologi og felles fenomenologi. Ifølge Steinglass et al. (2011) er mange av atferdsforstyrrelsene som ses hos pasienter med spiseforstyrrelser også tilstede ved ulike angsttilstander, da særlig OCD. Eksempler som nevnes er unngåelse av visse typer mat og stereotyp spiseatferd. Spiseforstyrrelser er også assosiert med ritualiserte, repeterende og rigide atferder, slik man ser ved blant annet OCD (Altman & Shankman, 2009, s. 369; Hildebrandt, Bacow, Markella & Loeb, 2012, s. 6). Steinglass et al. viser også til at irrasjonell og overdreven frykt for vektoppgang blir sett på som et kjernesymptom ved AN, slik som irrasjonell frykt også er et kjernesymptom ved angstlidelser og fobiske tilstander (2011, s. 136). Både pasienter med spiseforstyrrelser og pasienter med OCD gir uttrykk for irrasjonelle antakelser og organiserer atferden sin rundt disse. Fysiske angstsymptomer er også ofte tilstede hos pasienter med spiseforstyrrelser (Steinglass et al., 2011, s. 135-136). Dette er eksempelvis muskelspenninger, uro og hyperventilering. Selv når pasienter med AN gjennom behandling gjenvinner normal vekt viser mange fremdeles stor grad av psykopatologi liknende den som ses ved angsttilstander: Flere har fremdeles en intens frykt for å bli “tykk”, er overopptatt av tanker om kropp og vekt, og viser avvikende spiseatferd (Steinglass et al., 2011, s. 135).

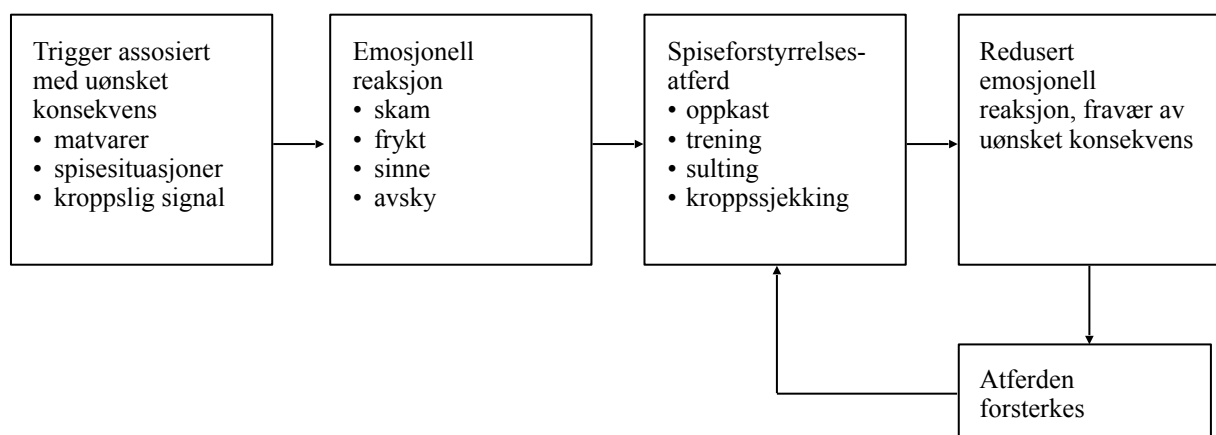
Eksponeringsbehandling og spiseforstyrrelser

Med bakgrunn i funnene beskrevet er det utviklet flere teoretiske modeller som beskriver hvordan spiseforstyrrelser kan opprettholdes av frykt, unngåelsesatferd og nedregulering av angst og uro. Steinglass et al. (2011) foreslår at invaderende tanker hos

personer med AN tilsvarende tvangstanker ved tvangslidelse. Strober (2004) mener at abnormal fryktbetinging er en sentral mekanisme bak AN, slik denne læringsprosessen også anses som sentral i utviklingen og opprettholdelsen av angstlidelser (Duits et al., 2015). Pallister og Waller (2008) viser til at mange av atferdene som er tilstede hos pasienter med spiseforstyrrelser, kan forstås som trygghetshandlinger slik man forstår trygghetshandlinger ut fra et atferds-kognitivt perspektiv på angstlidelser (Pallister & Waller, 2008, s. 376).

Kroppssjekkning, overspising, rigiditet, ritualer i forbindelse med måltider og ulike former for unngåelse kan da forstås som trygghetshandlinger som har som funksjon å redusere ubehag.

Reilly, Anderson, Gorell, Schaumberg og Anderson (2017) har foreslått en overordnet modell som kan forklare psykopatologi ved samtlige spiseforstyrrelser: Gjennom klassisk betinging assosieres en trigger med en uønsket konsekvens, som utløser en emosjonell respons. For å redusere ubehaget og unngå den uønskede konsekvensen, gjennomfører personen ulike spiseforstyrrelsesatferder. Dette reduserer ubehaget, den fryktede konsekvensen oppstår ikke og atferden forsterkes (figur 1).



Figur 1. Generalisert angstmodell for spiseforstyrrelser (Reilly et al., 2017, egen oversettelse)

Eksponeringsbehandling. Dersom spiseforstyrrelser kan rekonseptualiseres og forstås på samme måte som angstlidelser, er det også mulig at lidelsene kan behandles med liknende intervensjoner. Ifølge Jacoby og Abramowitz (2016) er eksponeringsbasert terapi

ansett som den best empirisk underbygde behandlingen av problemer som har opphav i patologisk frykt som opprettholdes av overdrevne antakelser om fare. Disse overdrevne antakelsene fører til maladaptive unngåelses- eller fluktatferder (2016, s. 37).

Angstlidelser har vist seg å respondere godt til eksponering med responsprevensjon (ERP) (e.g. Hansen, Hagen, Öst, Solem & Kvale, 2018; Hofmann & Smits, 2008). Det er derfor foreslått at spiseforstyrrelser også vil kunne dra nytte av slik behandling (e.g. Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh & Joyce, 1998; Reilly et al., 2017; Steinglass et al., 2011 m.fl.). Behandlingen innebærer at pasienten eksponeres for tanker eller situasjonene som han/hun frykter. Dette gjøres gjennom tankeeksperimenter og mentale bilder, samt gjennom virkelige erfaringer. Videre benyttes responsprevensjon ved å instruere pasienten til å ikke gjennomføre de handlinger som tidligere har blitt utført for å senke ubehaget eksponeringen utløser. Pasientens erfaringer tas opp gjennom diskusjon om opplevelsen som eksponeringen ga. Man benytter seg av hjemmebesøk i pasientens miljø for å implementere læringen også her (Foa, Yadin & Lichner, 2012, s. 2).

Tidligere studier av eksponeringsterapi på spiseforstyrrelser

Den aller første publiserte studien av eksponeringsterapi i behandling av spiseforstyrrelser ble publisert i 1986 (Wilson, Rossiter, Kleifield & Lindholm, 1986). Studien sammenliknet effekten av verbal kognitiv rekonstruering alene og verbal kognitiv rekonstruering i kombinasjon med eksponeringsterapi i behandling av BN. Eksponeringsintervensjonen ble beskrevet som eksponering med oppkastprevensjon. Studien fant at kognitiv rekonstruering i kombinasjon med eksponering var signifikant mer effektivt enn kognitiv restrukturering alene, også ved ett års oppfølging.

Eksponering for mat og kropp. I 2013 ble det publisert en systematisk litteraturgjennomgang som gikk gjennom publiserte studier av eksponeringsterapi i

behandling av spiseforstyrrelser fram til 2012 (Koskina et al., 2013). Litteraturogennomgangen fant at det i hovedsak var to kategorier av eksponeringsintervensjoner som ble benyttet; mateksponering og kroppseksponering.

Mateksponering i behandling av BN har ifølge Koskina et al. blitt undersøkt i studier med små utvalg, metodiske svakheter og varierende funn (2013, s. 195). Forfatterne skilte mellom studier som benyttet eksponering for mat uten påfølgende overspising (ERP-B) og eksponering for mat uten purging (ERP-P). ERP-B hadde ifølge Koskina et al. kun blitt gjennomført med små utvalg og lite bruk av kontrollgruppe, men behandlingen var assosiert med bedring. Dette gjaldt også i studier av pasienter som tidligere ikke hadde respondert på CBT eller farmakologiske intervensjoner (Koskina et al., 2013, s. 198). ERP-P ble ikke vist mer effektiv enn CBT for å redusere symptomer på BN, og inklusjon av ERP-P som supplement til CBT økte ikke behandlingseffekten (Koskina et al., 2013, s. 198). Videre påpekte forfatterne at samtlige studier av ERP-P også inkluderte kognitive intervensjoner. Dette gjorde det vanskelig å si noe om effekten av ERP-P alene. Koskina et al. viste også til at det muligens er lite hensiktsmessig å vektlegge purging/oppkast som sentral opprettholdende mekanisme ved BN.

I Koskina et al. (2013) sin litteraturogennomgang ble det kun funnet tre studier av mateksponering i behandling av pasienter med AN. Disse studiene hadde for store metodiske svakheter til at det var mulig å utlede informasjon om behandlingseffekt. Forfatterne viste samtidig til at det teoretiske grunnlaget for slik behandling ser lovende ut, og behandlingen ble forholdsvis godt akseptert av pasientene selv (Koskina et al., 2013, s. 198).

I likhet med studier av mateksponering ved AN mente Koskina et al. (2013) at det var gjennomført for få studier av kroppseksponering i behandling av spiseforstyrrelser til at det er mulig å si noe om behandlingens effekt. Artikkelen til Koskina et al. inkluderte åtte studier av

kroppseksponering i kliniske utvalg eller i grupper av personer med høy grad av bekymring for vekt og figur. Behandlingene besto av få sesjoner og liten grad av oppfølging av deltakerne i etterkant, men det ble funnet positive endringer på flere aktuelle utfallsmål (2013, s. 198). Studiene benyttet i stor grad speileksponering som intervensjon.

Problemstilling

Denne oppgaven ønsker å belyse hva forskning på eksponeringsterapi i behandling av spiseforstyrrelser indikerer om behandlingsutfall av slike intervensjoner. Studier av mat- og kroppseksponeringsintervensjoner har ikke blitt gjennomgått siden Koskina et al. (2013) publiserte sin litteraturgjennomgang. Forfatterne konkluderte med at det var gjennomført for få studier, og at studiene hadde for mange metodiske svakheter til at det var mulig å konkludere om slike behandlingsintervensjoner har ønsket effekt. Det kan derfor være hensiktsmessig å undersøke studier publisert etter 2012 for å gjennomgå evidensgrunlaget for slik behandling på nytt. Oppgavens problemstilling er derfor som følger: Hva viser resultater fra forskning publisert etter 2012 om bruk av eksponeringsterapi i behandling av spiseforstyrrelser?

Metode

Fremgangsmåte for litteratursøket

For å belyse problemstillingen ble det valgt å gjennomføre en litteraturgjennomgang. Relevante artikler ble innhentet gjennom systematiske litteratursøk.

Databaser og seleksjonskriterier. Det ble valgt å gjennomføre litteratursøk i to databaser: Web of Science og PsychINFO. Disse databasene ble valgt fordi de er omfattende og dekker store deler av psykologisk faglitteratur. Søkene skulle inneholde artikler som ikke var inkludert i tidligere litteraturgjennomganger (Clus, Larsen, Lemey & Berrouiguet, 2018;

Griffen, Naumann & Hildebrandt, 2018; Koskina et al., 2013), og som kunne bidra til å besvare problemstillingen.

Følgende utvalgs-kriterier ble satt: a) studien undersøkte effekten av, eller endringer assosiert med eksponeringsbehandling av spiseforstyrrelser, herunder AN, BN, BED og residualdiagnoser, b) utvalget besto av mer enn én deltaker, c) aktuelle symptomer ble målt før og etter behandling, d) artikkelen er skrevet på engelsk eller skandinaviske språk og e) artikkelen ble publisert etter 2012. Koskina et al. (2013) oppga ikke dato for siste litteratursøk i 2012. Det ble derfor valgt å gjennomføre litteratursøk fra 2013 og fremover.

Eksklusjonskriterier var som følger: a) bruk av ikke-kliniske utvalg, b) bruk av virtuell virkelighet (VR) eller speileksponering som eneste eksponeringsintervensjon. Eksklusjonskriterium b) ble satt fordi det nylig ble publisert to studier som så på hhv. VR og speileksponering i behandling av spiseforstyrrelser (Clus et al., 2018; Griffen et al., 2018). Slike intervensjoner kan inkludere elementer som også inngår i behandling med mat- og kroppseksponering, men er ofte mer avgrensede. Det ble valgt å inkludere artikler som benyttet VR og speileksponering i tillegg til andre eksponeringsformer. Dette fordi eksklusjon av slike studier kunne føre til at relevante funn ikke ble gjengitt.

Søkeord. Aktuelle synonymer for ord og uttrykk som beskriver spiseforstyrrelser og eksponeringsterapi ble benyttet gjennom trunkering og nærhetsoperatører. Trunkering innebærer at det søkes etter ord med åpen ordstamme (eks. exposure therap-). Nærhetsoperatører angir hvor mange ord som kan stå mellom to søkeord i et frasesøk. Dette ble gjort for hver database. For å finne relevante søkeord ble tesauruser, samt oppsummeringer og nøkkelord i relevante artikler undersøkt. Noen potensielt relevante søkeord ble ekskludert ("exposure", "cue exposure" og "response inhibition"), da inklusjon førte til funn av mange irrelevante artikler. Til slutt ble alle relevante søkeord kombinert vha.

Boolsk kombinasjonsteknikk, en søkemetode som kombinerer søkeord med bruk av definerte bindeord (AND, OR, NOT).

Preliminære søk resulterte i et relativt begrenset antall aktuelle artikler. Det ble derfor vurdert hensiktsmessig å gjennomføre utvidede søk som inkluderte nøkkelord i begge databasene. Tabell 1 viser samtlige søkeord benyttet, og tabell 2 viser søkeordene kombinert og inkludert i de to litteratursøkene.

Tabell 1
Synonymvariasjoner til søkeord

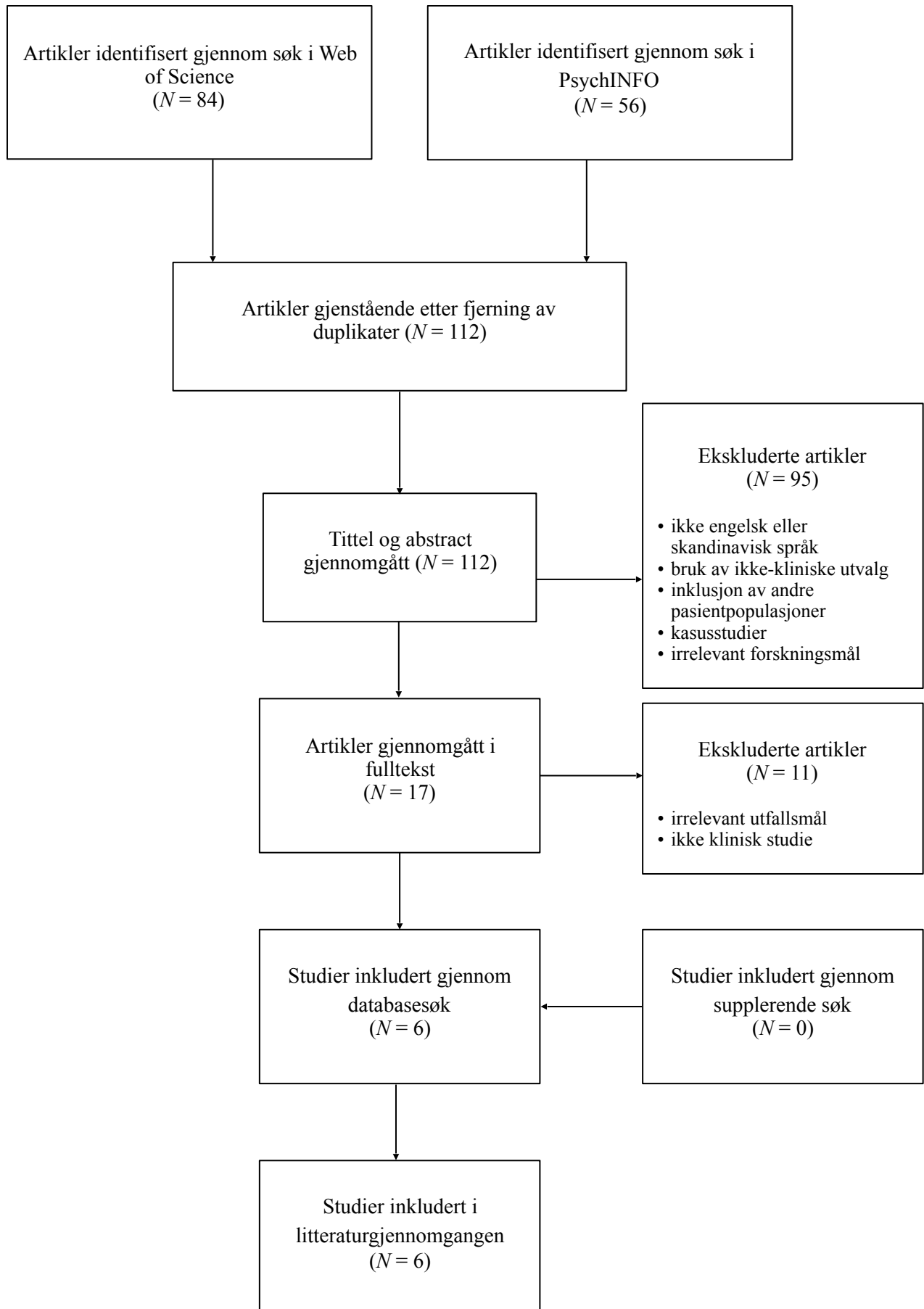
Søkeordtittel	Database	Synonymvariasjon
"eating disorder*"	Web of Science	("eating disorder*" OR bulimia OR anorexia OR "binge eating disorder*" OR "disordered eating")
	PsychINFO	("eating disorder*" OR bulimia OR anorexia OR "binge eating disorder*" OR "disordered eating")
"exposure therap*"	Web of Science	("exposure therap*" OR "exposure NEAR/2 prevent*" OR "ritual prevent*" OR "exposure based" OR "conditioned fear extinction")
	PsychINFO	("exposure therap*" OR "exposure ADJ3 prevent*" OR "ritual prevent*" OR "exposure based" OR "conditioned fear extinction")

Tabell 2
Databaser og søkeoversikt

Database (årstall)	Leverandør	Søkefelt	Søkeordskombinasjon	Resultater
Web of Science (2013-2019)	Clarivate Analytics	Topic (title, abstract, author keywords, keywords plus)	("eating disorder*" OR bulimia OR anorexia OR "binge eating disorder*" OR "disordered eating") AND ("exposure therap*" OR "exposure NEAR/2 prevent*" OR "ritual prevent*" OR "exposure based" OR "conditioned fear extinction")	84
PsychINFO (2013-2019)	OvidSP	mp. (Title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests and measures)	("eating disorder*" OR bulimia OR anorexia OR "binge eating disorder*" OR "disordered eating") AND ("exposure therap*" OR "exposure ADJ3 prevent*" OR "ritual prevent*" OR "exposure based" OR "conditioned fear extinction")	56

Datainnhenting

Litteratursøkene i Web of Science og PsychINFO genererte totalt 140 funn. 28 av disse var duplikater. 112 artikler ble derfor vurdert basert på tittel og oppsummering, og ytterligere 95 ble ekskludert. 17 artikler ble så vurdert i fulltekst. 11 ble da ekskludert på bakgrunn av at de ikke oppfylte samtlige av utvalgskriteriene som var satt. Seks artikler ble inkludert gjennom systematiske litteratursøk. De inkluderte artiklenes referanselister ble gjennomgått som supplerende søk, men dette resulterte ikke i at flere artikler ble innhentet. Dermed ble totalt seks artikler inkludert i litteraturgjennomgangen. Søket ble avsluttet 21. januar 2019. Figur 2 viser fremgangsmåten for litteratursøket.



Figur 2. Fremgangsmåte for litteratursøk

Resultat

Artiklene som ble inkludert ble publisert i perioden 2014 til 2018. Appendiks A viser en fullstendig oversikt over artiklene som ble inkludert og tittelen på disse. De statistiske metodene som ble benyttet var i hovedsak Student's T-test og ulike parametriske og ikke-parametriske variansanalyser. Resultatene av slike analyser blir ofte beskrevet i p-verdier, som indikerer om resultatene er statistisk signifikante. Signifikansnivå settes enten til 1% eller 5%. Videre blir Cohen's d ofte brukt som uttrykk for effektstørrelse, eller grad av sammenheng mellom to faktorer. Cohen's $d = 0.2-0.3$ vurderes som en liten effektstørrelse, $d = 0.5$ utgjør en moderat effektstørrelse, og $d > 0.8$ beskriver en stor effektstørrelse (Cohen, 1992). Effektstørrelser iht. Cohens operasjonalisering av begrepet (liten, moderat eller stor) blir gjengitt der disse ble rapportert. Dersom effektstørrelser ikke ble oppgitt vil resultatene oppgis som signifikante eller ikke signifikante.

Deskriptiv informasjon om studiene

Studiedesign. To av studiene var randomisert kontrollerte pilotstudier (pRCT) (Lewer et al., 2017; Steinglass et al., 2014). Tre studier kan beskrives som kvantitative kassuserier (Hildebrandt, Bacow, Greif & Flores, 2014; Mac Neil, Leung & Montemarano, 2016; Sepulveda et al., 2017). Én studie var en kassuserie som benyttet både kvantitative og kvalitative utfallsmål (Cardi, Leppanen, Mataix-Cols, Campbell & Treasure, 2018). De kvalitative utfallsmålene var ikke relevante for litteraturgjennomgangens problemstilling, og ble derfor ikke inkludert.

Utvalg. I tre av studiene var deltakerne pasienter som oppfylte kriteriene for diagnosen AN iht. kriterier i enten DSM-IV eller DSM-5 (Cardi et al., 2018; Sepulveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014). Én av studiene inkluderte både pasienter med AN og subkliniske symptomer på AN (Hildebrandt et al., 2014). Én studie undersøkte pasienter med

BED (Lewer et al., 2017). Én studie inkluderte deltakere med AN, BN og pasienter som oppfylte kriteriene til residualdiagnosen OSFED (other specified eating disorder) (Mac Neil et al., 2016). Totalt besto utvalgene i studiene av 133 deltakerne. Gjennomsnittlig utvalgsstørrelse var relativt liten ($M = 22.2$). Alle studiene ble utført i vestlige land, hvorav fem ble utført i Nord-Amerika (Cardi et al., Hildebrandt et al., 2014; 2018; Mac Neil et al., 2016; Sepúlveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014). Én studie ble gjennomført i Tyskland (Lewer et al., 2017). Fire av studiene besto av deltakere over 16 år (Cardi et al., 2018; Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Steinglass et al., 2014), mens to studier undersøkte ungdomspopulasjoner (Hildebrandt et al., 2014; Sepúlveda et al., 2017). Generelt var deltakerne i utvalgene relativt unge; den eldste deltakeren i alle studiene som ble gjennomgått studiene var 60 år. Kun én av studiene inkluderte mannlige deltakere ($N = 2$), men også i denne studien var det en overvekt av kvinner ($N = 28$) (Steinglass et al., 2014). Fem av seks studier rapporterte tilstedeværelse av komorbide lidelser i utvalget (Cardi et al., 2018; Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Sepúlveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014). I disse var angstlidelser og depresjon tilstede i alle utvalgene.

Utfallsmål. Klinisk bedring ble vurdert på flere ulike måter mellom de ulike studiene, og alle studiene inkluderte mer enn ett kvantitativt utfallsmål. Fem studier (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Sepúlveda et al., 2017) brukte symptomer på spiseforstyrrelser som utfallsmål, mens fire studier (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Sepúlveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014) så på endring i angstsymptomer. To studier (Cardi et al., 2018; Steinglass et al., 2014) brukte endring i spiserelatert atferd som utfallsmål. To studier (Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016) undersøkte endring i selvevaluering og kroppssjekkning. Objektive utfallsmål ble benyttet i samtlige studier. Vekt og BMI ble benyttet i fem av seks studier (Cardi et al., 2018;

Hildebrandt et al., 2014; Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Sepulveda et al., 2017), mens den sjette målte endring i kaloriinntak (Steinglass et al., 2014).

Måleinstrumenter. Det ble benyttet flere ulike måleinstrumenter for å standardisere og kvantifisere de ulike utfallsmålene benyttet. Samtlige studier benyttet selvrapportering og minst ett standardisert måleinstrument. To studier benyttet seg av ikke-standardiserte kvantitative måleinstrumenter i tillegg til standardiserte instrumenter (Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016).

For å måle symptomer på spiseforstyrrelser ble to selvrapporteringsskjemaer benyttet: Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 1994) og Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) (Garner, 1991) og . EDE-Q er et selvrapporteringsskjema som består av fire subskalaer (restriksjon, bekymring for spising, bekymring for figur og bekymring for vekt). Leddene besvares på en syvpunktskala (0 = "attribute was not present" og 6 = "attribute was present every day"). EDI-2 er også et selvrapporteringsskjema, og måler symptomer på spiseforstyrrelser over 91 testledd som besvares på en sekspunktsskala (0 = "never" og 6 = "always"). Det semistrukturerte intervjuet Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale (YBC-EDS) (Mazure, Halmi, Sunday, Romano & Einhorn, 1994) ble også brukt som utfallsmål. Intervjuet benyttes for å vurdere symptomenes alvorlighetsgrad og tilstedeværelse av spiserelaterte ritualer. Symptomenes alvorlighet vurderes på en 16-punktsskala.

Fem selvrapporteringsskjema ble anvendt for å måle symptomer på angst: (1) Selvrapporteringsskjemaet State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983) måler angstsymptomer over 40 ledd på en firepunktsskala (1 = "not at all" og 4 = "very much so"). (2) Clinical Global Impression–Severity (CGI-S) (National Institutes of Mental Health, 1985) vurderer angstlidelsens alvorlighetsgrad på en

skala fra 0-6 (0 = "no illness", 6 = "extremely severe"). (3/4) Barne- og foreldreversjonen av Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED-P/C) (Birmaher et al., 1997) er utviklet som screeningverktøy for angstlidelser hos barn og ungdom. Skjemaet består av 38 ledd som besvares på en trepunktsskala (0 = "hardly/not true" og 2 = "often/always true"). (5) Subskalaen for angst i Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21) (Lovibond & Lovibond, 1996) måler symptomer på angst og besvares på en firepunktsskala.

Kroppssjekkning ble målt med selvrapporteringskjemaet Body Checking Questionnaire (BCQ) (Reas, Whisenhunt, Netemeyer & Williamson, 2002) og består av 23 spørsmål som besvares på en fempunktsskala (1 = "never" og 5 = "often"). For å måle endring i ulike aspekter av kroppsbildeforstyrrelser ble Digital Photo Distortion Technique (Vocks, Legenbauer, Rüddel & Troje, 2007) anvendt. Dette er en digital bildeforvrengingsteknikk som innebærer at deltakerne endrer størrelsen på ulike kroppsdeler i et digitalt fotografi av deres egen kropp på tre dimensjoner: "Faktisk" størrelse ("What do you really look like?"), "opplevd" størrelse (What do you feel like you look like?) og "ideal"-størrelse ("What would you like to look like?"). Skalaene Upward Physical Appearance Comparison Scale (UPACs) og Downward Appearance Comparison Scale (DACs) (O'Brien et al., 2009) ble benyttet for å måle endring i grad av kroppslig sammenlikning med personer pasientene oppfatter som hhv. mer og mindre attraktive enn seg selv. Til slutt ble kakediagram benyttet for å angi i hvor stor grad deltakerne brukte kropp og utseende som grunnlag for selvevaluering.

Metodisk kvalitet

For å vurdere studienes metodiske kvalitet ble Öst (2008, s. 315-317) sitt vurderingskjema for utfallsstudier i psykoterapi benyttet. Skjemaet ble opprinnelig ikke utformet for å vurdere metodisk kvalitet ved kassuserier, men fordi også kassuseriene inkludert i litteraturgjennomgangen benyttet seg av kvantitative data, ble det vurdert som

hensiktsmessig å bruke skjemaet også på disse studiene. Dette muliggjorde en kvantifisering av kvaliteten ved samtlige studier. Öst sitt vurderingsskjema består av 22 ledd (se appendiks B). Leddene vurderes som 0 = svak, 1 = middels, 2 = god, noe som gir en mulig totalskår på maks 44 poeng. Fordi skåringsverktøyet opprinnelig ikke er utviklet for å vurdere kassusserier og studier med lavere metodisk kvalitet enn fullskala RCT, vil dette reflektere de vurderte studienes oppnådde skårer. Gjennomsnittlig metodisk kvalitetskår for de inkluderte studiene var 17.6 ($SD = 3.5$) (Totalskårer er beskrevet i tabell 3, tabell B1 i appendiks B viser enkeltskårer for hver studie).

Tabell 3

Bakgrunnsdata

Studie	Land	Populasjon/ Lidelse ^a	Utvalgs-stør- relse	Andel kvinner	Gjennom- snittsalder	Komorbiditet ^b	Ekklusjons- kriterier	Relevante utfallsmål (måleinstru- ment ^c)	Metodisk kvalitet [*]
Hildebrandt et al. (2014)	USA	AN, ED- NOS-SAN	N = 10	100 %	15.28	Ikke oppgitt	Suicidalitet, medisinsk behandlingsbehov	Symptomer på ED, vekt, angst, BMI (EDE-Q, SCARED-P/C)	17
Steinglass et al. (2014)	USA	AN, ED- NOS-SAN	N = 32	93 %	28	SAD, GAD, PTSD, OCD, depresjon	Suicidalitet, andre akse I-lidelser med behand- lingsbehov, OCD	Kaloriinntak, angst (STAI)	22
Mac Neil et al. (2016)	Canada	ED	N = 33	100 %	30.5	Stemmingslidelser, angstlidelser, OCD	BMI < 16. Inklusjon: deltatt på 16-seksjons CBT-gruppe	Vekt, symptomer på ED, selvbylde (kakediagram, EDE-Q, UPACs, DACs)	12
Lewer et al. (2017)	Tysk- land	BED	N = 34	100 %	Ikke oppgitt	Depresjon, panikk- lidelse, spesifikk fobi, SAD PTSD	PF, suicidalitet, selv- skading, graviditet, pågående behandling, psykrope midler	Symptomer på ED, vekt, kroppssjek- king, kroppsbildeforstyrrelse, BMI (EDI-2, EDE-Q, BC-Q, DPDT)	21
Sepúlveda (2017)	USA	AN	N = 8	100 %	14	SAD, depresjon, GAD, OCD	Tidligere/pågående psykose, suicidalitet, substansmisbruk. In- klusjon: forelder til- gjengelig for deltaker- se, AN-diagnose	Vekt, BMI, kliniske symptomer og - trykk (EDE-Q, YBC-EDS, CGI-S, STAI)	19
Cardi et al. (2018)	Eng- land	AN	N = 18	100 %	32.8	Depresjon, SAD, panikklidelse, GAD, OCD	Inklusjon: ikke ammen behandling, adekvat engelskspråklig, høyréhånddominans	Syptomer på ED, angst, BMI (EDE- Q, DASS 21, YBC-EDS)	15

Notat. ^aBED = binge eating disorder, AN = anorexia nervosa. EDNOS-SAN = eating disorder not otherwise specified-subthreshold anorexia, ED = eating disorder.

^bSAD = social anxiety disorder. PTSD = post-traumatic stress disorder. OCD = obsessive compulsive disorder. GAD = generalized anxiety disorder.

^cBMI = body mass index. EDI-2 = Eating disorder Inventory 2. EDE-Q = Eating disorder examination-questionnaire. BC-Q = Body checking questionnaire. DPDT = Digital photo distortion technique., KI = klinisk intervju. SCARED-P/C = Screen for child anxiety and related disorders-parent/child version. STAI = Spielberger state-trait anxiety inventory. UPACs = Upward physical appearance comparison scale. DACs = Downward appearance comparison scale. YBC-EDS = Yale-Brown-Cornell eating disorders scale. CGI-S = Clinical global impression-severity scale. DASS 21 = Depression anxiety and stress scale.

*Vurdert med Öst sitt vurderingsskjema for metodologi i studier av psykoterapiutfall (Öst, 2008).

Litteraturgjennomgang

I likhet med Koskina et al. sin litteraturgjennomgang fra 2013 kan også studiene i denne oppgaven plasseres i to kategorier iht. eksponeringsteknikken som ble benyttet: a) behandling med mateksponering, b) behandling med kroppseksponering. I tillegg ble det også funnet en studie som benyttet c) kombinert mat- og kroppseksponering. Artiklene vil bli presentert ut fra eksponeringen som ble gitt, og i kronologisk rekkefølge. Resultater fra samtlige studier er oppsummert i tabell 4.

Studier av eksponering for mat. Det ble funnet tre studier som undersøkte behandling av spiseforstyrrelser med mateksponering (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Steinglass et al., 2014). Samtlige studier inkluderte pasienter med AN.

Hildebrandt, Bracow, Grief & Flores (2014). Hildebrandt et al. ville undersøke endringer assosiert med, og gjennomførbarheten til familiebasert eksponeringsterapi (FBT-E) (Hildebrandt et al., 2012) i behandling av AN hos barn og unge. Det har blitt foreslått at familiebasert behandling av spiseforstyrrelser implisitt innebærer at ungdommen blir eksponert for og habituert til mat og triggerer i sitt naturlige miljø, og FBT-E ble utviklet for å eksplisitt fokusere på eksponering og mestringsstrategier i møte med angstvekkende situasjoner (Hildebrandt et al., 2014, s. 473). Habituering beskriver prosessen hvor gjentatt presentasjon av en stimulus fører til redusert responsaktivering (Svartdal, 2018).

Metode. Hildebrandt et al. gjennomførte en kassserie. Deltakerne var jenter mellom 12 og 17 år ($N = 10$) som søkte poliklinisk behandling for spiseforstyrrelser. Fire av deltakerne oppfylte alle kriteriene for AN i DSM-IV. Seks av deltakerne oppfylte kriteriene til diagnosen Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) iht. samme diagnosemanual. Primære utfallsmål var vekt og BMI. Videre ble EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) brukt for å måle symptomer på spiseforstyrrelse før og etter behandling. Både barne- og

foreldreversjonen av SCARED (Birmaher et al., 1997) ble benyttet for å måle angstsymptomer. Deltakerne ble gitt manualbasert familiebasert behandling over 20 sesjoner.

Resultater og konklusjon. Resultatene viste at alle deltakere gikk opp i vekt. Endringen var signifikant på gruppenivå, og ni av ti pasienter økte vekten til mer enn 85% av idealvekt. Etter behandling hadde åtte av ti deltakere ikke-kliniske skårer på EDE-Q, som indikerer nedgang i symptomer på spiseforstyrrelse. På gruppenivå viste resultatene også signifikante endringer på flere, men ikke alle subskalaene som ble benyttet. Standard error of measurement (SEm) ble brukt for å gi et standardisert mål av innengruppeendringer. 1 SEM ble brukt som kriterium for meningsfull individuell endring. 90% av deltakerne rapporterte meningsfull endring i angstskårer, mens 75% av foreldrene rapporterte meningsfull endring i angst hos barnet. Det ble også funnet signifikant nedgang i foreldre- og selvrapportert angst på gruppenivå. Hildebrandt et al. konkluderte med at deres studie gav foreløpig støtte til at FBT-E både kan fungere som intervensjon mot spiseforstyrrelse og angstsymptomer.

Steinglass, Albano, Simpson, Wang, Zou, Attia & Walsh (2014). Steinglass et al. ønsket å undersøke om eksponeringsterapi for spiseforstyrrelser (AN-EXRP) kan være en nyttig tilleggintervensjon for å forbedre spiseatferd ved vektgjenoppretting hos pasienter med AN. AN-EXRP benytter ERP for å adressere spiserelatert frykt og angst. Intervensjonene som gis har som mål å opprettholde kontakt med fryktet stimuli, øke pasientens angstbevissthet og fremme habituering.

Metode. Forskerne gjennomførte en fireukers RCT for å studere korttidseffekten av AN-EXRP på kaloriinntak hos pasienter med AN. Utvalget besto av 30 deltakere i alderen 16 til 45 år, med 15 deltakere i hver betingelse. Deltakerne fylte ut selvrappoteringskjema før og etter gjennomført behandling. Cognitive remediation therapy (CRT) ble brukt som kontrollbetingelse, da denne behandlingsformen ofte benyttes for å forbedre utfallet av

behandling hos den aktuelle pasientgruppen. I CRT er målet å øke kognitiv fleksibilitet. Det var i stor grad kvinner som deltok (93%). I gruppen som mottok AN-EXRP var det ingen menn. Pasientene ble inkludert i studien da de var nær å oppnå normalvekt ($BMI \geq 18.5$). Det primære utfallsmålet var endring i kaloriinntak, men et sekundært utfallsmål var endring i spiserelatert angst, målt gjennom selvrapporteringskjemaet STAI (Spielberger et al., 1983). Begge grupper mottok 12 manualbaserte gruppe- og individuelle behandlingssesjoner gitt over fire uker.

Resultater og konklusjon. Resultatene viste at pasientene som mottok AN-EXRP økte sitt kaloriinntak, mens kontrollgruppen reduserte kaloriinntaket. Effektstørrelsen mellom behandlingsgruppe og kaloriinntak var stor, og sammenhengen var signifikant også etter å ha kontrollert for angstnivå ved oppstart av behandling. Det ble ikke funnet signifikante gruppeforskjeller i endring i spiserelatert angst målt med STAI, men begge grupper viste redusert angstnivå. Det ble funnet signifikant korrelasjon mellom endring i angst og endring i kaloriinntak i intervensjonsgruppen, uten at effektstørrelse ble oppgitt. Steinglass et al. konkluderte med at studien gav støtte til bruk av AN-EXRP for å øke kaloriinntaket og bedre behandlingsutfallet hos pasienter med AN.

Cardi, Leppanen, Mattaix-Cols, Campbell & Treasure (2018). Ifølge Cardi et al. (2018), er det svært få studier som har studert effekten av eksponering for mat hos pasienter med AN. Cardi et al. ønsket å teste gjennomførbarheten til, mottakeligheten for, og foreløpig effekt av eksponeringsbehandling. Behandlingen ble basert på Craskes rammeverk for inhibitorisk læring (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek & Vervliet, 2014). Inhibitorisk læring innebærer at nye assosiasjoner oppstår i tillegg til de eksisterende assosiasjonene, i motsetning til ved habituering, hvor den eksisterende assosiasjonen svekkes (Reilly et al., 2017, s. 1137-1138).

Metode. Det ble gjennomført en kassserie med 18 kvinner som tilfredsstilte diagnosekriteriene til AN iht. DSM-5. Deltakerne var i alderen 19 til 60 år. Utfallsmål var endring i symptomer på spiseforstyrrelser og angst. EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) ble benyttet for å måle symptomer på spiseforstyrrelser. Subskalaen for angst i DASS 21 (Lovibond & Lovibond, 1996) ble brukt for å måle tilstedeværelse av angstsymptomer. YBC-ED (Mazure et al., 1994) ble brukt for å vurdere tilstedeværelse av spiseritualer og overopptatthet av mat. BMI ble registrert ved oppstart og etter endt behandling. Ved hver eksponeringssesjon ble deltakerne bedt om å oppgi nivå av angst fra null til ti, og etter hver sesjon ble deltakerne bedt om å svare på om de ville fortsatt med denne typen behandling om de selv fikk velge. Videre ble tro på endring hos pasientene også vurdert på en skala fra null til ti. Pasientene mottok totalt ti sesjoner med utredning, psykoedukasjon og eksponeringsbasert terapi.

Resultater og konklusjon. Resultatene viste at behandlingen var assosiert med endringer med moderate til store effektstørrelser på flere utfallsmål. Det ble funnet signifikant nedgang i flere symptomer på spiseforstyrrelser, angstsymptomer og økning BMI etter behandling. Funnene viste videre signifikant nedgang i overopptatthet av mat. Deltakernes tro på endring økte mellom målingene, og effektstørrelsen på denne observerte korrelasjonen var stor. Forfatterne konkluderte med at studien gav støtte til at eksponeringsterapi i behandling av spiseforstyrrelser både er gjennomførbart og aksepteres som behandlingsmetode av pasientene selv. Kvantitative signifikante endringer på flere av målingene indikerte også at intervensjonene kan være effektive i behandling av spiseforstyrrelser.

Studier av kroppseksponering. Det ble funnet to artikler som studerte bruk av kroppseksponering i behandling av spiseforstyrrelser (Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016). Utvalgene i studiene besto av pasienter med ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser.

Mac Neil, Leung & Montemarano (2016). Forskerne ville undersøke pasientenes tilfredshet med og behandlingsutfall av ERP gitt i et gruppeformat. Hovedfokus i behandlingen ble lagt på kroppsmisnøye hos pasienter i senere faser av poliklinisk behandling. Studiens hovedhypotese var at behandlingen ville være assosiert med reduksjon i psykologiske symptomer og forbedring i deltakernes selvbilde, uten at behandlingen påvirket deltakernes vekt.

Metode. Det ble gjennomført en kassserie med et utvalg bestående av 33 kvinner i alderen 19 til 53 år som hadde gjennomført poliklinisk gruppebehandling med CBT. Pasientene hadde ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser satt med kriterier i DSM-5. Deltakerne fylte ut tre spørreskjema før og etter behandling. EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) ble benyttet for å måle endring i psykologiske symptomer. UPACs og DACs (O'Brien et al., 2009) ble benyttet for å måle endring i grad av kroppslig sammenlikning med andre. Vekt ble registrert ved oppstart og avslutning av gruppebehandlingen. Endring i grunnlag for selvevaluering ble målt med selvutfylt kakediagram. Pasientenes tilfredshet med behandlingen ble også målt etter endt behandling. I snitt deltok pasientene i 10.1 gruppetimer.

Resultater og konklusjon. Behandlingen var assosiert med nedgang på flere, men ikke samtlige relevante utfallsmål. Resultatene viste signifikant reduksjon i pasientenes selvevaluering basert på kroppsbilde etter gjennomført behandling. Effektstørrelsen på denne nedgangen var stor. Videre ble det funnet små til store effektstørrelser på samtlige subskalaer i EDE-Q, som indikerer at pasientenes symptomer på spiseforstyrrelse ble redusert. Det ble funnet signifikant endring med stor effektstørrelse på nedgang i kroppslig sammenlikning med mer attraktive personer. Deltakernes vekt endret seg ikke signifikant. 94% av pasientene svarte at de ville anbefale behandlingen til en venn som led av en spiseforstyrrelse.

Forfatterne konkluderte med at ERP kan være et nyttig supplement i senere faser av spiseforstyrrelsesbehandling, da for å adressere kroppsmisnøye.

Lewer, Kosfelder, Michalak, Schroeder, Nasrawi og Vocks (2017). Lewer et al. (2017) ønsket å undersøke om kognitiv eksponeringsbasert kroppsbildeterapi har påvirkning på kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med BED. Behandlingen inkluderer blant annet eksponering av negativt evaluerte kroppsdeler. Målet er å oppnå habituering av angstresponsen og utvikle et realistisk bilde av egen kropp.

Metode. Det ble gjennomført en pRCT. Utvalget besto av 34 overvektige kvinner i alderen 18 til 50 år, diagnostisert med BED i henhold til forskningskriteriene for diagnosen i DSM-IV. Intervensjonsgruppen besto av 15 deltakere. Endring i ulike aspekter ved kroppsbildeforstyrrelser ble målt gjennom to selvrappoteringskjemaer som ble administrert før og etter behandling: EDI-2 (Garner, 1991) og EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994). Det ble benyttet tre subskalaer fra EDI-2 ("Vektfofi", "bulimi" og "kroppsmisnøye"). Kroppsrelatert atferd ble målt gjennom selvrappoteringskjemaet BCQ (Reas et al., 2002). For å måle perseptuelle aspekter ved kroppsbildeforstyrrelse ble Digital Photo Distortion Technique (Vocks et al., 2007) benyttet. Deltakerne mottok behandling over ti ukentlige sesjoner.

Resultater og konklusjon. Det ble funnet signifikante endringer med store effektstørrelser i interaksjonseffekt mellom tid og gruppe for flere, men ikke alle målte spiseforstyrrelsessymptomer. Det ble ikke funnet signifikant interaksjonseffekt for endring i kroppsrelatert atferd, eller for deltakernes visuelle vurdering av egen kropp. Forfatterne konkluderte med at behandlingen førte til en generell forbedring av deltakernes forstyrrede kroppsbilde etter behandling, men ikke på alle områder. Kognitiv-affektive aspekter (tanker og følelser knyttet til egen kropp) ble i større grad påvirket enn atferdsmessige (kroppssjekkning) og perseptuelle aspekter (oppfatning av egen kropp).

Studie av kombinert mat- og kroppseksponering. Én studie undersøkte behandling av spiseforstyrrelser med kombinert mat og kroppseksponering.

Sepúlveda, Nadeau, Whelan, Oiler, Ramos, Rieman & Storch (2017). Sepúlveda et al. ville evaluere av bruken av intensiv eksponeringsbasert CBT med foreldreinvolvering for ungdommer med AN. Forfatterens hypotese var at behandlingen ville føre til gjenoppretting av kroppsvekt, reduksjon i forstyrret spiseatferd, samt redusert angst knyttet til spiseforstyrrelsen og nedgang i depressive symptomer.

Metode. Det ble gjennomført en kassserie. Utvalget besto av åtte jenter i alderen 11 til 15 år. Deltakerne hadde AN som primærdiagnose iht. DSM-5-kriterier og hadde søkt poliklinisk intensivbehandling for AN. Varigheten på behandlingen var mellom 15 og 69 dager, avhengig av lidelsens alvorlighetsgrad og miljøfaktorer. Primære utfallsmål inkluderte vekt- og BMI-endring, samt skårer på EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) og YBC-EDS (Mazure et al., 1994). CGI-S (National Institutes of Mental Health, 1985) og STAI (Spielberger et al., 1983) ble brukt for å måle endring i spiserelatert angst. Sekundære behandlingsmål inkluderte skårer på BCQ (Reas et al., 2002). Deltakerne mottok behandling basert på CBT-E (Fairburn, 2008) i fire stadier, men hvor det var gjort tilpasninger som vektløse eksponering istedenfor kognitive intervensjoner. Behandlingen pågikk 6,5 timer daglig, fem dager i uken. Behandlingsvarighet var mellom 15 og 69 dager.

Resultater og konklusjon. Deltakernes vekt og BMI økte signifikant etter behandling. Det ble også funnet signifikant forbedring i symptomer på spiseforstyrrelser. De sekundære utfallsmålene viste signifikant nedgang i angst og tilstedeværelse av kroppssjekking. Sepúlveda et al. konkluderte med at funnene gav foreløpig støtte til bruken av intensiv familiebasert eksponeringsterapi for å behandle AN hos ungdommer.

Tabell 4

Mål, intervensjon og resultat

Studie	Forskningsdesign ^a	Intervensjon ^b	Sesjoner (lengde)	Forskningsmål	Kontroll-gruppe ^c	Drop-out	Resultat
Mateksponering							
Hildebrandt et al. (2014)	Kvantitativ kassusserie*	FBT-E	M = 20.4	Påvirkning på AN, angst og depresjon	Nei	0	Nedgang i symptomer på AN, depresjon og angst
Steinglass et al. (2014)	Kvantitativ pRCT	AN-EXRP	12 (90 min)	Påvirkning på spiseatferd	CRT* (N=16)	2	Økt kaloriinntak, nedgang i spiserelatert angst
Cardi et al. (2018)	Kombinert kassusserie*	ERP-CBT-E	10 (60 min)	Gjennomførbarhet, mottakelighet, foreløpig effekt	Nei	2	Høy pasienttilfredshet, økt BMI og nedgang i angstsymptomer
Kroppseksponering							
Mac Neil et al. (2016)	Kvantitativ kassusserie*	ERP-gruppe	M = 10.1	Utfall og tilfredshet	Nei	3	Høy pasienttilfredshet, symptomnedgang og redusert fokus på kroppslig selvbilde
Kombinert eksponering							
Lewer et al. (2017)	Kvantitativ pRCT	CB-BIT	10 (90 min)	Påvirkning på kroppsbildeforstyrrelse	Venteliste (N=19)	2	Forbedring av kroppsbildeforstyrrelse
Sepúlveda (2017)	Kvantitativ kassusserie*	EB-CBTi	5x6,5t/uke	Påvirkning på symptomer på AN	Nei	Ikke oppgitt	Økt vekt, nedgang i symptomer på AN, depresjon og angst, økt livstilfredshet

Notat. ^apRCT = pilot randomized controlled trial, POT = pilot open trial.

^bAN-EXRP = exposure and response prevention for anorexia nervosa, ERP-gruppe = exposure and response prevention i gruppeformat, CB-BIT = cognitive behavioral body image therapy, FBT-E = family based therapy with exposure component, EB-CBTi = intensive exposure-based cognitive behavioral therapy, CBT-E = enhanced cognitive behavioral therapy.

^cCRT = cognitive remediation therapy

*Single-group pretest-posttest design

Diskusjon

Studiene som ble gjennomgått undersøkte endringer assosiert med, og effekter av psykoterapeutisk behandling som inkluderte eksponeringsintervensjoner av ulikt omfang, fokusområde og tidspunkt for intervensjon. Studiene tok utgangspunkt i to ulike eksponeringsteknikker; eksponering for mat og eksponering for kropp. Intervensjonene ble anvendt på ulike undergrupper av pasienter med spiseforstyrrelsesproblematikk. Samlet indikerer funnene i de seks studiene at eksponeringsbehandling er assosiert med endring i symptomer på spiseforstyrrelser. På hvilken måte og i hvilke domener av spiseforstyrrelsen endringene oppstår, er uklart med utgangspunkt i gjeldende litteraturgjennomgang. Svakheter ved studiene og blandede resultater gjør at funnene må tolkes med forsiktighet.

Funn ved både mat- og kroppseksponering

Symptomer på spiseforstyrrelse. Fem av seks studier i litteraturgjennomgangen benyttet selvrapporterte symptomer på spiseforstyrrelser som utfallsmål (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Sepulveda et al., 2017). I samtlige studier ble det observert endringer i tilstedeværelse av tanker og bekymringer om mat og spising. Det er særlig interessant at disse endringene ble observert i Lewer et al. (2017) og Mac Neil et al. (2016) sine studier, da disse ikke inkluderte eksponering for mat i behandlingen. Funnene i de fem studiene indikerer at eksponeringsintervensjoner kan være nyttige for å behandle et sentralt transdiagnostisk symptom ved spiseforstyrrelser, nemlig overopptatthet av mat (Fairburn, 2008, s. 13). Dette gjelder selv når intervensjonen ikke er direkte rettet mot matinntak.

Videre ble det i tre av fem studier funnet endringer i selvrapportert restriksjon av matinntak (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Mac Neil et al., 2016). I samme andel studier ble det funnet endringer i tanker og bekymringer om egen fysiske fremtoning (Lewer

et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Sepulveda et al., 2017), og tanker og bekymringer om egen vekt (Hildebrandt et al., 2014; Mac Neil et al., 2016; Sepulveda et al., 2017).

Lavt frafall og høy mottakelighet. Som nevnt viser flere studier at behandling av spiseforstyrrelser er assosiert med høyt pasientfracfall (Fassino et al., 2009; Linardon et al., 2018). Høyeste frafallrate blant studiene i litteraturgjennomgangen var omtrent 10% (Mac Neil et al., 2016). I to studier var det ingen deltakere som avbrøt behandlingen etter oppstart (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014). Blant pasientene som deltok i Cardi et al. sin studie (2018) oppga samtlige deltakere foruten én at de ville fortsette videre med samme intervensjon dersom de fikk mulighet til å velge selv. Lav frafallsrate og høy behandlingstilfredshet kan anses som en indikasjon på at eksponeringsbehandling er gjennomførbart og aksepteres av pasienter med spiseforstyrrelser.

Funn ved eksponering for mat

Det ble inkludert fire studier som undersøkte bruken av mateksponering i perioden 2012 til 2019 (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Steinglass et al., 2014). Disse studiene undersøkte effekten av behandling i utvalg bestående av pasienter med AN, med og uten subkliniske symptomer. Til sammenlikning ble det kun publisert tre studier av samme behandlingsmetode frem til 2012 (Koskina et al., 2013). Den relative økningen i antall studier av mateksponering ved AN etter 2012 indikerer en økt interesse for slik behandling.

Forskningen på området er likevel fremdeles noe begrenset.

Vekt/BMI og kaloriinntak. Tre av fire studier som undersøkte effekten av mateksponering benyttet vekt eller BMI som utfallsmål (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Sepulveda et al., 2017). Signifikante endringer ble observert i samtlige studier. Steinglass et al. (2014) fant at eksponeringsbehandlingen hadde signifikant effekt på deltakernes kaloriinntak. Dette funnet sammenfaller bare delvis med kasserien Steinglass et

al. gjennomførte i 2012. Denne kassusserien var en utprøving av behandlingsmanualen som senere ble benyttet i Steinglass et al. sin randomiserte pilotstudie i 2014. I 2012 ble det funnet at deltakernes kaloriinntak under et laboratoriemåltid var noe høyere sammenliknet med første måling, men resultatet var ikke signifikant. Deltakernes inntak over fire dager var lavere enn da behandlingen startet. Dette ble delvis forklart av at deltakernes foreskrevne daglige diett mot slutten av behandlingsfasen besto av færre kalorier sammenliknet med daglig diett da studien startet. Testmåltidet var heller ikke identisk ved begge målinger fordi næringsdrikken som ble gitt ved oppstart ikke lenger var i produksjon ved siste måling. Samlet var det flere forhold ved kassusserien i 2012 som gjorde det utfordrende å sammenlikne funnene i de to studien med hverandre. Dette på tross av at studien fra 2012 bygger på erfaringer gjort i kassusserien fra 2012.

Funnene i litteraturgjennomgangen indikerer at eksponeringsintervensjoner kan påvirke vekt og matinntak hos pasienter med spiseforstyrrelser. Dette blir vist gjennom signifikante endringer på aktuelle utfallsmål. Det er samtidig gjennomført få studier, og kun én studie benyttet kontrollgruppe. Kombinert med manglende replikering av tidligere funn kreves mer forskning for å kunne vurdere effekten av slik behandling.

Symptomer på angst. Samtlige studier av mateksponering ved AN brukte symptomer på angst som utfallsmål. I tre av disse studiene ble det konkludert med at behandlingen var assosiert med signifikant endring (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Sepulveda et al., 2017). Hildebrandt et al. (2014) fant at 90% av deltakerne viste meningsfull nedgang i angstsymptomer basert på selvrappotering, mens 75% viste meningsfull nedgang i angstsymptomer basert på foreldrerappotering. Nedgang i angst var også signifikant på gruppenivå. Steinglass et al. (2014) fant ikke signifikante endringer i angst hos intervensjonsgruppen, men fant signifikant korrelasjon mellom nedgang i angstnivå og økning

i kaloriinntak. Dette kan indikere at angst påvirker matinntak hos pasienter med spiseforstyrrelser, noe som igjen kan underbygge en angstmodell for slike lidelser.

Cardi et al. (2018) fant signifikant nedgang i deltakernes angst etter behandling, men opplevd angst under eksponeringssesjonene endret seg ikke. Dette er et interessant funn, da det sammenfaller med et inhibitorisk læringsperspektiv for angstbehandling. Craske et al. (2008) påpeker nemlig at reduksjon fryktnivå som indeks for læring under eksponering har liten prediktiv verdi mht. behandlingsrespons. Slik behandling derfor bør vektlegge frykttolerering i større grad enn fryktreduksjon. Dette innebærer at for å fremme ekstinksjon av frykt over tid, bør eksponeringssesjonene tilrettelegges for ny læring istedenfor reduksjon av situasjonsbetinget angst. I Cardi et al. sin studie ble deltakernes skårer på spiseforstyrrelsesrelatert angst redusert uavhengig av selvrapportert angstnivå under eksponering. Deltakernes tro på endring økte, og pasientene oppga å føle at de selv hadde kontroll under eksponeringsoppgavene (2018, s. 6). Ifølge Cardi et al. (2018) underbygger resultatene i studien en angstbasert modell for AN.

Sepúlveda et al. (2017) undersøkte også om behandlingen var assosiert med endring i selvrapportert angst. Det ble funnet signifikant nedgang i deltakernes tilbøyelighet for angst, men ikke situasjonsrelatert angst. Forfatterne foreslo at grunnen til dette var at selvrappoteringskjemaet som ble benyttet ikke var sensitiv for endring i spiserelatert angst (Sepúlveda et al., 2017, s. 438). Dersom reduksjon av situasjonsutløst frykt ikke er hovedfaktor for bedring ved angstrelatert spiseforstyrrelsesproblematikk, kan dette også være med og forklare hvorfor deltakerne i Sepúlveda et al. (2017) sin studie ikke opplevde nedgang i situasjonsrelatert angst.

Samlet indikerer funnene i de fire studiene (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Sepulveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014) at eksponeringsbehandling er assosiert med endring i angstrelaterte symptomer ved spiseforstyrrelser.

Funn ved kroppseksponering

I litteraturgjennomgangen ble det inkludert tre studier av kroppseksponering i behandling av spiseforstyrrelser (Lewer et al., 2017; Mac Neil et al., 2016; Sepulveda et al., 2017). Studiene undersøkte om kroppseksponering hadde effekt på, eller var assosiert med endringer pasientenes selvevalueringer, kroppsbilde og/eller tilstedeværelse av kroppssjekking. I samtlige studier ble det funnet signifikante endringer på flere utfallsmål. Mac Neil et al. (2016) viste blant annet til positiv endring i deltakernes selvevaluering, da basert på kakediagram. Sepúlveda et al. (2017) fant signifikant nedgang i kroppssjekking etter kombinert behandling med både mat- og kroppseksponering.

Lewer et al. (2017) konkluderte med at eksponeringsbehandlingen ikke hadde signifikant effekt på deltakernes perseptuelle kroppsoppfatning eller på deltakernes kroppssjekking. Forskerne fant derimot signifikant nedgang i deltakernes kroppsmisnøye i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen. I denne studien ble det ikke funnet effekt av eksponering på deltakernes BMI. Lewer et al. (2017) brukte dette som en indikasjon på at endringer i kroppsmisnøye var et resultat av endring i vekt og fysisk framtoning.

Lewer et al. (2017) er mest sannsynlig den første studien som har sett på effekten av kroppseksponering i en studie av pasienter med spiseforstyrrelser både i behandlings- og kontrollbetingelsen. Koskina et al. påpeker nemlig at samtlige studier av kroppseksponering gjennomført frem til 2012 enten har brukt ikke-kliniske deltakere i kontrollgruppen, eller ikke benyttet kontrollgruppe i det hele tatt (2013, s. 198).

Samlet har studiene i litteraturgjennomgangen vist at eksponeringsintevensjoner er assosiert med endring i pasienters kroppsbilde, selvevaluering og kroppssjekking. Hvilken endring som oppstår, varierer noe mellom studiene. Det ble heller ikke funnet signifikante endringer på alle utfallsmålene som ble studert. Funnene sammenfaller med funnene i Koskina et al. sin litteraturgjennomgang (2013). Det er foreløpig gjennomført for få studier, og studiene har for mange metodiske svakheter til at det er mulig å konkludere om hvilken effekt slik behandling har på aktuelle symptomer ved spiseforstyrrelser.

Svakheter ved studiene

Lav metodisk kvalitet. Iht. Öst sitt vurderingsskjema for metodisk kvalitet (2008) var kvaliteten ved studiene lav 17.6 ($SD = 3.5$). Som nevnt er dette delvis et resultat av at mange av studiene var pilotstudier eller kassusserier, noe som ofte medfører lavere metodisk kvalitet.

Små utvalg og få kontrollgrupper. Studiene gjengitt i artiklene inkluderte relativt få deltakere ($M = 22.5$, $SD = 11$). Den minste studien inkluderte kun 8 deltakere (Sepulveda et al., 2017), mens den største studien i litteraturgjennomgangen hadde 34 deltakere (Lewer et al., 2017). Små utvalg gir lav statistisk styrke, noe som innebærer en større risiko for at små endringer ikke blir oppdaget. Dette er endringer som kunne ha blitt oppdaget om utvalget hadde vært større. Små utvalg øker også sannsynligheten for at effektene man finner er tilfeldige (Button et al., 2013, s. 366). Videre kan studier med små utvalg kunne kreve bruk av andre statistiske metoder enn studier med flere deltakere. Dette fordi små utvalg oftere ikke er normalfordelt, og dermed ikke har parametriske egenskaper. To av studiene benyttet seg av ikke-parametriske tester (Sepulveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014), mens de resterende brukte parametriske tester. Det fremkommer ikke om studiene har undersøkt egenskapene ved utvalget før testene ble gjennomført.

Kun to av seks studier benyttet seg av kontrollgruppe. Steinglass et al. (2014) sin studie var den eneste studien som inkluderte kontrollgruppe med aktiv behandling. I denne studien var behandlingssesjonene dobbelt så lange i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen, hhv. 90 og 45 minutter. Fordi de to gruppene mottok like mange behandlingssesjoner, fikk intervensjonsgruppen 50% mer behandlingstid. Likhet i antall behandlingstimer er et kriterium for god metodisk kvalitet iht. Öst sitt vurderingsskjema (Öst, 2008). Størst mulig likhet mellom de ulike betingelsene i en studie er å foretrekke. Dette for påse for at det er den avhengige variabelen, nemlig behandlingen som gis, som kan forklare effektene som observeres.

Lewer et al. (2017) benyttet seg også av kontrollgruppe, da med venteliste/ingen behandling som kontrollbetingelse. Dette er ansett som en suboptimal løsning for å vurdere effekten av en behandlingsintervensjon. Dette er fordi studier viser at det oppstår symptomendringer også i kontrollgruppen (e.g. Arrindell, 2001). I Öst sitt vurderingsskjema for metodisk kvalitet blir bruk av venteliste som kontrollgruppe rangert lavest av alle gitte alternativer (Öst, 2008, s. 316). Cardi et al. oppgir at studien i utgangspunktet skulle benytte seg av kontrollgruppe, men frafall i studiens startfase gjorde at de valgte å endre studiedesignet til en kassserie (2018, s. 7).

Mangel på kontrollgrupper og randomisering gjør det vanskelig å vurdere om effektene som blir funnet er gyldige. Uten randomisering har man ikke kontroll over konfunderende variabler, og det er dermed ikke mulig å være sikker på at funnene i studien er et resultat av andre faktorer enn behandlingen som ble tilbudt. De to studiene som hadde kontrollgrupper var dessuten også relativt små med under 20 deltakere i hver gruppe (totalt $N = 32$ og 34). Små utvalg medfører som nevnt lav statistisk styrke.

Små utvalg og få studier med kontrollgruppe fører til begrensninger i muligheten til å si noe om eventuelle effekter av eksponeringsbehandling på spiseforstyrrelser. Funnene som blir gjort i studiene bør derfor i større grad benyttes for å vurdere om det skal utføres større studier med høyere metodisk kvalitet som for å endelig avklare om slik behandling bør anvendes klinisk.

Manglende kontroll og oppfølging. Kun tre av seks studier oppga at det ble kontrollert for eventuell samtidig behandling (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Lewer et al., 2017). Dette ble gjort enten gjennom å benytte samtidig behandling som eksklusjonskriterium, eller ved å sikre at eventuell medisinsk behandling ble holdt stabil gjennom behandlingsforløpet. Sepúlveda et al. (2017) påpeker at fordi pasientene som ble gitt eksponeringsterapi også mottok andre intervensjoner samtidig, og fordi deltakernes behandlingsforløp hadde varierende lengde, var det ikke mulig å vurdere behandlingsutfallet av eksponeringsterapi alene (Sepúlveda et al., 2017, s. 438). Videre oppga ingen av studiene å følge opp pasientene etter endt behandling for å observere eventuelle endringer over tid. Disse to faktorene begrenser muligheten for å utlede informasjon om behandlingsutfallet av eksponeringsterapien.

Manglende standardisering. Studiene i litteraturgjennomgangen har undersøkt effekten av ulike varianter av eksponeringsterapi. Steinglass et al. (2014) har benyttet en behandlingsmanual som har vært utprøvd tidligere (Steinglass et al., 2012). Det fremkommer ikke at noen andre av behandlingsmanualene i de inkluderte studiene har blitt anvendt i tidligere studier. Videre varierte omfanget av intervensjonene, i hvilken fase av behandlingsforløpet intervensjonen ble gitt, samt om eksponeringsintervensjonen var et supplement eller en hovedintervensjon. I tre studier ble eksponeringsbehandling gitt som eneste intervensjon (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Lewer et al., 2017). I én

studie ble eksponeringsbehandling gitt som supplement etter gjennomført behandling (Mac Neil et al., 2016). I to studier ble eksponeringsintervensjoner implementert samtidig med annen behandling (Sepulveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014).

Utfallsmålene var delvis ulike i disse seks studiene, og det ble benyttet flere ulike måleinstrumenter for å måle samme konstrukt. Tre ulike måleinstrumenter ble benyttet for å vurdere endring i spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q, EDI-2 og YBC-EDS). Fire ulike instrumenter ble benyttet for å måle endring i angst (SCARED-P/C, CGI-S, STAI og DASS 21). Endring i spiseatferd ble målt på tre ulike måter; vekt, BMI og kaloriinntak.

Videre er det mulig at konstruktvaliditeten ved noen av måleinstrumentene som ble benyttet var lavere enn ønskelig: Ingen av selvrapporteringskjemaene som ble benyttet for å måle spiserelatert angst er utviklet for å kartlegge slike symptomer. Sepúlveda et al. (2017) viste som nevnt til at selvrapporteringskjemaet STAI muligens ikke er sensitiv til endring i spiserelatert angst. Dette ble brukt som en mulig forklaring på manglende signifikante funn. Samme skjema ble benyttet for å måle endring i spiserelatert angst i Steinglass et al. sin studie (2014). Her fant forskerne at selv om kaloriinntaket økte, ble det ikke funnet signifikant nedgang i angst målt med STAI. Sepúlveda et al. foreslår at fremtidige studier bruker måleinstrumenter rettet mot slike symptomer (Sepulveda et al., 2017, s. 438). Fear of food measure (FOFM) (Levinson & Byrne, 2015) er et slikt måleinstrument. Det ble utviklet for å vurdere relevante utfall av eksponeringsbehandling av AN. Basert på fire studier blir FOFM vurdert som et valid instrument for å måle spiserelatert angst og atferd hos personer med AN (Levinson & Byrne, 2015).

Det kan stilles spørsmål ved de psykometriske egenskapene til selvutfylt kakediagram som måleinstrument for selvevaluering, slik det blir anvendt i Mac Neil et al. (2016) sin studie. Forfatterne refererer slike pasientutfylte sirkler i Fairburns manual for CBT-E, hvor

kakediagram brukes som et intervensjonsverktøy for å adressere overevaluering av kropp og vekt hos pasienter med spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008, s. 98). Reliabilitets- og validitetsmål blir ikke beskrevet. Dette er muligens fordi det først og fremst er ment som et klinisk verktøy. Det har ikke lyktes i å finne informasjon om dette måleverktøyet. Manglende validitet og reliabilitet ved måleinstrumentet svekker muligheten til å trekke slutninger om eventuelle endringer i deltakernes grunnlag for selvevaluering.

Pasientgruppene som ble studert var også noe ulike; i fire studier var utvalget pasienter med AN (Cardi et al., 2018; Hildebrandt et al., 2014; Sepulveda et al., 2017; Steinglass et al., 2014), én studie inkluderte pasienter med AN, BN, BED og residualdiagnoser (Mac Neil et al., 2016), mens én studie studerte pasienter med BED (Lewer et al., 2017). To studier undersøkte eksponeringsbehandling av pasienter under 18 år (Hildebrandt et al., 2014; Sepulveda et al., 2017). De resterende studiene inkluderte voksenutvalg.

Samlet er den store variasjonen mellom de ulike studiene trolig et resultat av at eksponeringsbehandling av spiseforstyrrelser ikke er standardisert, hverken mht. innhold, pasientgruppe eller utfallsmål. Dette på tross av at den første studien av eksponering på spiseforstyrrelser ble gjennomført allerede i 1986 (Wilson et al.). Manglende standardisering gjør det utfordrende å utlede gyldig informasjon om behandlingsutfall fordi det begrenser muligheten til å sammenlikne funn i de ulike studiene. I tillegg bygger studiene som gjøres i liten grad videre på arbeidet som allerede er gjort på feltet.

Implikasjoner og forslag til videre forskning

Koskina, Campbell og Schmidt påpekte i 2013 at man fortsatt ikke vet hvor effektive eksponeringsteknikker er, hvem de virker best for, hvordan man implementerer slike teknikker på best mulig måte, eller på hvilken måte eksponering virker i behandling av

spiseforstyrrelser. Denne litteraturgjennomgang er begrenset til studier av eksponeringsteknikker i behandling av spiseforstyrrelser publisert etter 2012. Basert på disse studiene kan det ikke påstås at man har kommet mye nærmere å besvare Koskina et al. sine problemstillinger fra 2013. Noe av grunnen er at empiriske funn stammer fra små utvalg og få RCT-studier. Intervensjonene implementeres også på ulike måter, med ulike pasientgrupper og inkluderer ulike behandlingsmål. En anbefaling til videre forskning vil derfor være å gjøre RCT-studier med større utvalg. Disse studiene bør følge opp pasientene over tid, slik at longitudinelle effekter blir dokumentert. Behandling av spiseforstyrrelser med eksponeringsterapi bør standardiseres, da både mht. pasientgruppene som mottar behandling og utforming av behandlingen som gis, samt utfallsmålene som vurderes.

Det finnes derfor ikke grunnlag til å anbefale eksponering som et supplement til annen behandling eller som hovedintervensjon. Det bør undersøkes om eksponeringsbehandling er tilstrekkelig til å håndtere kompleksiteten ved symptomer og opprettholdende mekanismer som ses ved spiseforstyrrelsesproblematikk, eller om det er mest hensiktsmessig å benytte eksponering som supplerende intervensjon. Ved eksponering som støttebehandling må det også undersøkes hvilken behandling eksponeringsintervensjonene skal supplere. Dette påpekes også av Mac Neil et al. (2016, s. 231). ERP bygger på prinsipper som i noen tilfeller kan være uforenlige med annen behandling. Responsprevensjon innebærer fravær av trygghetshandlinger, dvs. alt som medfører lavere nivå av angst, eller som er med på å regulere ned ubehaget som oppstår. Handlingen kan gi umiddelbar angstreduksjon, men fører også til at angsten gjenoppstår når trygghetshandlingene avsluttes (Craske et al., 2014, s. 13). ERP bør derfor ikke benyttes i sammenheng med behandling som fokuserer på nedregulering av ubehag. Det kan nevnes at på tross av at behandlingen ble beskrevet som ERP, oppga Sepúlveda et al. (2017) å benytte mestringsstrategier som inkluderte respiratorisk kontroll i

behandlingen. Respiratorisk kontroll kan anses som en trygghetshandling, da målet er å oppnå kontroll over ubehaget og redusere angst, og kan således være uforenlig med ERP.

Ambivalens og motivasjon. Målet med behandlingen av spiseforstyrrelser vil ofte være å avstå fra atferder og gi avkall på symptomer som pasienten selv anser som nødvendige og ønskelige. Eksempler på slike symptomer kan være restriktivt matinntak og svimmelhet. En studie publisert i 2013 så på forholdet mellom egodystone og egosyntone intrusive tanker hos pasienter med spiseforstyrrelser. Her ble det funnet at samme intrusive tanke ble vurdert som både egodyston og egosynton av pasienten selv (Roncero, Belloch, Perpiñá & Treasure, 2013). Egosyntone tanker er tanker pasienten identifiserer seg med, mens egodystone tanker oppleves som fremmede og uønskede (Malt, 2016a, 2016b). Dette gjenspeiler ambivalensen som ofte er tilstede hos denne pasientgruppen. Behandling med eksponeringsterapi bør derfor vektlegge et grundig forberedelsesarbeid hvor pasientens motivasjon for behandling blir adressert. En slik ambivalens bør være i fokus også videre gjennom forløpet.

Eksponeringsteknikk. Det er behov for mer forskning på hvilken type eksponeringsteknikk som er nyttig for behandling av spiseforstyrrelser, men også hvilken atferdsrespons man skal oppfordre pasientene til å avstå fra. Koskina et al. (2013) sin litteraturgjennomgang inkluderte studier som enten eksponerte pasienter med BN for overspising uten påfølgende purging (ERP-P), eller eksponerte for mat som er assosiert med overspising, men oppfordret pasientene til å avstå fra overspisingen (ERP-B). Selv om man eksponerte for mat i begge intervensjonene, ble responsprevensjonen lagt til ulike steder i handlingssekvensen. Funn fra Koskina et al. sin litteraturgjennomgang indikerte at ERP-B var assosiert med bedre behandlingsutfall enn ERP-P (Koskina et al., 2013, s. 195). I gjeldende litteraturgjennomgang var det ingen artikler som beskrev disse teknikkene. Det bør forskes mer på hvordan ulike eksponeringsteknikker påvirker behandlingsutfallet. Optimalt vil slike

studier være randomiserte kontrollerte studier hvor effekten av ulike eksponeringsteknikker sammenliknes med hverandre. Det er også mulig at individuelle forskjeller hos pasientene har innvirkning på hvilken respons pasientene skal avstå fra under eksponering.

Intensivbehandling. Sepúlveda et al. (2017) undersøkte effekten av intensivbehandling, og pekte på nytteverdien av slike behandlingsprogrammer i behandling av AN. Dette fordi intensivbehandling kan føre til hurtigere symptombedring, forkorte tid i isolasjon fra omverden, samt at ungdommen kommer tilbake til sitt vanlige liv raskere enn ved tradisjonelle behandlingsløp (Sepúlveda et al., 2017, s. 434-435). Intensivbehandling av ulike angstlidelser har blitt studert i flere år. Resultatene indikerer at slik behandling er like eller mer effektiv enn tilsvarende behandling gitt over lengre tidsintervall (e.g. Hansen, Kvale, Hagen, Havnen & Öst, 2019; Santucci & Ehrenreich-May, 2013). Funn fra Sepúlveda et al. (2017) sin studie indikerte at også pasienter med spiseforstyrrelser er mottakelig for slik intensiv eksponeringsbehandling. Denne studien er mest sannsynlig den første studien som undersøkte endringer assosiert med intensiv eksponeringsbehandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Det kan derfor være hensiktsmessig at det gjennomføres flere studier som undersøker effekten av slik behandling i denne pasientgruppen.

Eksponering basert på inhibitoriske læringsprinsipper. Det finnes relativt lite forskning på eksponeringsbehandling av spiseforstyrrelser. Det finnes til gjengjeld svært mye empiri som underbygger behandling av angstlidelser med samme tilnærming (e.g. Abramowitz, 1996; Hansen et al., 2019; Jacoby & Abramowitz, 2016). Videre forskning bør derfor bygge videre på etablerte funn fra studier av eksponeringsbehandling av angst. For å optimalisere behandlingen bør den baseres på prinsippene som har vist seg å maksimere utbyttet av behandling av angstlidelser, da med eventuelle relevante tilpasninger.

Som nevnt indikerer nyere forskning på eksponeringsterapi blant annet at nedgang i ubehag under eksponeringssesjonen, altså habituering, ikke er assosiert med bedring i like stor grad som tidligere antatt (Baker et al., 2010). Tre av studiene i litteraturgjennomgangen vektla at eksponeringsintervensjonen skulle fremme habituering. Eksempelvis valgte Sepúlveda et al. (2018) å opprettholde eksponeringen til deltakerne opplevde minst 50% nedgang i angstnivå.

Fremlagt som alternativ sentral mekanisme i angstbehandling er såkalt inhibitorisk læring (Craske et al., 2008). Fokus på intervensjoner som retter seg mot å optimalisere inhibitorisk læring er derfor foreslått av Craske og kollegaer som viktig for å maksimere utbyttet av eksponeringsbehandling (Craske et al., 2008, s. 21). Ved eksponering basert på inhibitorisk læring ved ekstinksjon flyttes fokus fra fryktreduksjon til frykttolerering (Craske et al., 2008, s. 12). Inhibitorisk læring er også foreslått som mulig rammeverk for eksponeringsbehandling av spiseforstyrrelser (Reilly et al., 2017).

Cardi et al. er mest sannsynlig den første studien som har undersøkt bruken av eksponering ved spiseforstyrrelser basert et inhibitorisk læringsperspektiv (Cardi et al., 2018, s. 2). Pasientene oppga at de opplevde økt kontroll under eksponeringene, noe som kan tolkes som at pasientene viste økt toleranse for frykt. Det ble også observert signifikante endringer på flere utfallsmål. Dette på tross av at oppgitt angst under eksponeringen ikke ble redusert over tid, altså fravær av fryktreduksjon. Funnene kan indikere at det kan være hensiktsmessig å fokusere på inhibitorisk læring også ved eksponeringsterapi for pasienter med spiseforstyrrelser.

Mulige komponenter. En behandlingsmanual som bygger på inhibitoriske læringsprinsipper for eksponeringsbehandling kan blant annet inneholde følgende seks komponenter. Komponentene er foreslått av Craske og kollegaer som sentrale i behandling av

angstlidelser (Craske et al., 2014, s. 12-14): (1) Forventningsbrudd, altså å skape eksponeringssituasjoner som i størst mulig grad øker diskrepansen mellom fryktet utfall og faktisk utfall. Dette kan gjøres gjennom å diskutere pasientens forventninger i forkant, og deretter diskutere erfaringer i etterkant av eksponeringene. (2) Kombinasjon av frykttriggere, dvs. å kombinere flere ulike betingede stimuli i samme eksponering, eksempelvis å spise flere unngåtte matvarer i samme sesjon. (3) Fravær av trygghetshandlinger, altså responsprevensjon. Koskina et al. (2013) påpeker i denne sammenheng viktigheten av å skille mellom eksponeringsteknikker som eksponerer pasienten for unngått stimuli, og eksponering som en mulig trygghetshandling. Personer med spiseforstyrrelser veksler mellom å bruke kroppssjekking som trygghetshandling og å vise unngåelsesatferd gjennom å unngå å eksponere seg for egen kropp (Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004). Dette krever sannsynligvis en bevisstgjøring hos pasientene slik at de selv kan oppdage når oppgaven går fra å være en eksponeringsintervensjon til å bli en trygghetshandling, og stiller krav til en adekvat psykoedukasjon og motivasjonsarbeid før eksponeringsbehandlingen begynner. (4) Variabilitet i eksponeringssituasjonen. Dette kan gjøres gjennom å variere når eksponeringen gjennomføres, hva man eksponerer for, hvor lenge sesjonen varer og intensiteten i eksponeringen. (5) Multiple kontekster for eksponering innebærer at man oppsøker flere situasjoner hvor de betingede stimuli oppstår, da gjerne så naturalistisk som mulig. Med naturalistisk menes situasjoner som i størst mulig grad likner på situasjoner som oppstår i pasientens hverdag. Dette er eksempelvis tilbereding og inntak av mat hjemme hos pasientene, eller eksponering for egen kropp i prøverom på kjøpesentre.

I samtlige studier i litteraturgjennomgangen blir det oppgitt at pasientene oppfordres til selvstyrt eksponering mellom sesjonene. Den terapeutstyrte eksponeringen, om behandlingen inkluderer dette, blir gjennomført i klinikk. Terapeutassistert eksponering har

bedre effekt enn selvstyrt eksponering (Abramowitz, 1996, s. 595). Det er derfor en sjette anbefaling at behandlingen inkluderer terapeutassistert eksponering i naturalistiske settinger, grunnet viktigheten av disse eksponeringene for vellykket og varig fryktekstinksjon (Craske et al., 2014, s. 14).

Svakheter ved litteraturgjennomgangen

Fordi oppgaven ble skrevet av én person, ble alle studiene inkludert i litteraturgjennomgangen selektert av oppgavens forfatter. Det var det ikke mulig å kontrollere for seleksjonsbias ved at flere medarbeidere gjør uavhengige vurderinger av litteraturen ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene som blir satt. Likevel ble eksklusjons- og inklusjonskriteriene satt før litteratursøket ble gjennomført, noe som er med på å begrense muligheten for slike bias. Dette kan således anses som en styrke ved litteraturgjennomgangen. En ulempe med en slik systematisk fremgangsmåte er at kvaliteten ved studiene som ble inkludert, er noe varierende. Varierende kvalitet ved studiene som ble gjennomgått er også et resultat av begrenset forskning på området.

Videre innebar sårbarheten ved kun én forfatter at det ikke var mulig å reliabilitetsteste den metodiske kvalitetsvurderingen som ble gjort ved hjelp av Öst sitt vurderingsskjema for metodisk kvalitet (Öst, 2008, s. 315-317). Det ble dessuten kun gjennomført litteratursøk i to databaser. PsychINFO og Web of Science er samtidig to svært omfattende databaser for psykologisk forskning, og det er grunn til å tro at svært mye av forskningen på feltet er tilgjengelig her. Å ekskludere artikler som ikke er skrevet på nordiske språk eller engelsk innebærer også en mulighet for at relevante funn ikke ble gjengitt.

Fordi litteraturgjennomgangen kun har tilgang på publiserte artikler, er det ikke mulig å vite om oppgaven lider av publikasjonsbias. Dette innebærer en mulighet for at det har blitt utført flere studier som ikke fant positive behandlingsutfall av eksponeringsintervensjoner, og

som ikke ble publisert som følge av manglende funn. Dessuten er det mulig at doktorgrads-avhandlinger og andre ikke-fagfelleverderte artikler er publisert og inneholder nyttig informasjon som ikke ble gjengitt.

At det ble gjennomført en litteraturgjennomgang, og ikke en metaanalyse innebærer at det ikke ble utledet en samlet effekt av behandlingsintervensjonene på spiseforstyrrelser. Dette kunne muligens vært nyttig. Valget ble tatt fordi det ble vurdert at en metaanalyse hadde blitt vanskelig å gjennomføre både mht. til tidsrammen og ressursene tilgjengelig, samt at studienes heterogenitet hadde gjort det utfordrende å kombinere data og funn.

Konklusjon

Resultatet fra litteraturgjennomgangen indikerer at eksponeringsbehandling kan ha effekt på en rekke ulike symptomer på spiseforstyrrelser. Det ble funnet endringer på flere, men ikke alle utfallsmål som ble vurdert. Etter behandling ble det blant annet funnet økt matinntak og BMI, reduksjon i symptomer på kroppsbildeforstyrrelse og redusert angst. Eksponeringsintervensjonene ble akseptert av pasientene, vist gjennom lav frafallsrate og høy rapportert tilfredshet med behandlingen. Det var samtidig flere svakheter ved studiene som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. De fleste studiene i litteraturgjennomgangen ble gjennomført uten kontrollgruppe. Disse studiene gir ikke grunnlag for å konkludere om eksponeringsintervensjoner bør anbefales i behandling av spiseforstyrrelser. Videre bærer feltet preg av manglende standardisering. Det var derfor stor variasjon i innhold og oppbygning av eksponeringsintervensjonene som ble studert. Dette begrenset muligheten for å sammenlikne de gjennomførte studiene med hverandre. Funn fra gjennomførte studier i kombinasjon med adekvate teoretiske modeller, gir likevel grunn til å forske mer på eksponeringsintervensjoner i behandling av spiseforstyrrelser. Slike intervensjoner bør bygge videre på etablerte funn fra studier av eksponeringsbehandling av angstlidelser.

Referanser

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*(4), 583-600.
[http://www.doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80045-1](http://www.doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80045-1)
- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review, 29*(7), 638-646. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.001>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724-731.
<https://www.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arlt, J., Yiu, A., Eneva, K., Taylor Dryman, M., Heimberg, R. G., & Chen, E. Y. (2016). Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms. *Eating Behaviors, 21*, 30-32. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.008>
- Arrindell, W. A. (2001). Changes in waiting-list patients over time: data on some commonly-used measures. Beware! *Behaviour Research and Therapy, 39*(10), 1227-1247.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00104-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00104-2)
- Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., & Craske, M. G. (2010). Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 48*(11), 1139-1143.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.009>
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale

construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., McIntosh, V. V., & Joyce, P. R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28(3), 611-623. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/role-of-exposure-with-response-prevention-in-the-cognitive-behavioural-therapy-for-bulimia-nervosa/855C824E957036150BCD9584AECD29CA>

Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(5), 365-376. <https://doi.org/10.1038/nrn3475>

Cardi, V., Leppanen, J., Mataix-Cols, D., Campbell, I. C., & Treasure, J. (2018). A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework. *European Eating Disorders Review*, 27, 173-181. <https://doi.org/10.1002/erv.2639>

Chakraborty, K., & Basu, D. (2010). Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian journal of psychiatry*, 52(2), 174-186. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64596>

Clus, D., Larsen, M. E., Lemey, C., & Berrouiguet, S. (2018). The use of virtual reality in patients with eating disorders: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.7898>

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(3), 394-402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*(1), 5-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Duits, P., Cath, D. C., Lissek, S., Hox, J. J., Hamm, A. O., Engelhard, I. M., . . . Baas, J. M. P. (2015). Updated meta-analysis of classical fear conditioning in the anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 32*(4), 239-253. <https://doi.org/10.1002/da.22353>
- Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B., Lehmann, V., Zimmermann-Viehoff, F., Köpp, W., Weber, C., & Deter, H.-C. (2012). Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *BioPsychoSocial Medicine, 6*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-4>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 363-370.
Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7866415>
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry, 9*(1), 67-67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>

- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide (2. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Folkehelseinstituttet. (2009, 25.01.2016). Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 16(124), 2121-2125. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/somatisk-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2: professional manual*. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
- Griffen, T. C., Naumann, E., & Hildebrandt, T. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 65, 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.006>
- Halvorsen, A. (2016, 12.01.2016). Slik kurerer vi spiseforstyrrelser, *Bergens Tidende*. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/89Xj1/slik-kurerer-vi-spiseforstyrrelser>
- Hansen, B., Hagen, K., Öst, L.-G., Solem, S., & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting: 12-month follow-up. *Frontiers in psychology*, 9, 639-639. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639>
- Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A., & Öst, L.-G. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(2), 89-105. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1478447>

- Havnen, A., Hansen, B., Öst, L.-G., & Kvale, G. (2014). Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 319-324. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.08.002>
- Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser: Definisjon og diagnostiske kriterier. Hentet 25.03.2019 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=definisjon-og-diagnostiske-kriterier-10521>
- Hildebrandt, T., Bacow, T., Greif, R., & Flores, A. (2014). Exposure-based family therapy (FBT-E): An open case series of a new treatment for anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 470-484. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.006>
- Hildebrandt, T., Bacow, T., Markella, M., & Loeb, K. L. (2012). Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1002/erv.1071>
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0415>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

- Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 49*, 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.001>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Koskina, A., Campbell, I. C., & Schmidt, U. (2013). Exposure therapy in eating disorders revisited. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 37*(2), 193-208. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.11.010>
- Levinson, C. A., & Byrne, M. (2015). The fear of food measure: A novel measure for use in exposure therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 48*(3), 271-283. <https://doi.org/10.1002/eat.22344>
- Lewer, M., Kosfelder, J., Michalak, J., Schroeder, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2017). Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: a pilot study. *Journal of Eating Disorders, 5*. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0174-y>
- Linardon, J., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). Predictors, moderators, and mediators of treatment outcome following manualised cognitive-behavioural therapy for eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review, 25*(1), 3-12. <https://doi.org/10.1002/erv.2492>
- Linardon, J., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 51*(5), 381-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2. utg.). Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Mac Neil, B., Leung, P., & Montemarano, V. (2016). Exposure with response prevention (ERP) for body dissatisfaction in a group therapy format: an exploratory study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 23(2), 225-232.
<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0340-2>

Malt, U. (2016a). Egodyston *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/egodyston>

Malt, U. (2016b). Egosynton *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/egosynton>

Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: Development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 425-445.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0022-3956(94)90002-7)

Meier, S. M., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Mattheisen, M., Mortensen, P. B., & Petersen, L. (2015). Diagnosed anxiety disorders and the risk of subsequent anorexia nervosa: A Danish population register study. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 524-530. <https://doi.org/10.1002/erv.2402>

Micali, N., Hilton, K., Natatani, E., Heyman, I., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2011). Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 41(12), 2507-2513.
<https://doi.org/10.1017/S003329171100078X>

Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2018). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 49(4), 535-544.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>

- Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2019). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 49*(4), 535-544.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>
- Murray, S. B., Strober, M., Craske, M. G., Griffiths, S., Levinson, C. A., & Strigo, I. A. (2018). Fear as a translational mechanism in the psychopathology of anorexia nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 95*, 383-395.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.10.013>
- National Institute of Mental Health (1985). Rating scales and assessment instruments for use in pediatric psychopharmacology research. *Psychopharmacological Bulletin, 21*, 839-843.
- National Institute for Health and Care Excellence (2017, 23. mai). Eating disorders: recognition and treatment. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- O'Brien, K. S., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image, 6*(3), 201-206.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.03.003>
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review, 28*(3), 366-386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 324-333.
<https://doi.org/10.1002/eat.10012>

- Reilly, E. E., Anderson, L. M., Gorrell, S., Schaumberg, K., & Anderson, D. A. (2017). Expanding exposure-based interventions for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 50*(10), 1137-1141. <https://doi.org/10.1002/eat.22761>
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., . . . Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences, 20*(4), 157-161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C., & Treasure, J. (2013). Ego-syntonicity and ego-dystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research, 208*(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.006>
- Santucci, L. C., & Ehrenreich-May, J. (2013). A randomized controlled trial of the child anxiety multi-day program (CAMP) for separation anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 44*(3), 439-451. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0338-6>
- Sepulveda, M. I., Nadeau, J. M., Whelan, M. K., Oiler, C. M., Ramos, A., Riemann, B. C., & Storch, E. A. (2017). Intensive family exposure-based cognitive-behavioral treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psicothema, 29*(4), 433-439. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.372>
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 35*(1), 93-101. <https://doi.org/10.1002/eat.10228>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* (Vol. IV). Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

- Steinglass, J. E., Albano, A. M., Simpson, H. B., Carpenter, K., Schebendach, J., & Attia, E. (2012). Fear of food as a treatment target: Exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series. *International Journal of Eating Disorders, 45*(4), 615-621. <https://doi.org/10.1002/eat.20936>
- Steinglass, J. E., Albano, A. M., Simpson, H. B., Wang, Y. J., Zou, J. J., Attia, E., & Walsh, B. T. (2014). Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(2), 174-180. <https://doi.org/10.1002/eat.22214>
- Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B., & Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 44*(2), 134-141. <https://doi.org/10.1002/eat.20784>
- Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: On the search for novel paradigms. *International Journal of Eating Disorders, 35*(4), 504-508. <https://doi.org/10.1002/eat.20029>
- Svartdal, F. (2018). Habituering. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/habituering>
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(2), 118-131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>
- Verdens helseorganisasjon. (2016). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. (Direktoratet for e-helse med tillatelse fra WHO, sist revidert 01.01.2019). Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

- Verdens helseorganisasjon. (2018). *ICD-11: International Classification of Diseases*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Vist, G. E., Jung, S., Straumann, G. H., Ding, K. Y., & Reinar, L. M. (2016). Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med annen psykoterapi for personer med bulimia nervosa: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_bulimi_kognitiv_terapi.pdf
- Vocks, S., Legenbauer, T., Rüdell, H., & Troje, N. F. (2007). Static and dynamic body image in bulimia nervosa: Mental representation of body dimensions and biological motion patterns. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(1), 59-66.
<https://doi.org/10.1002/eat.20336>
- Wilson, G. T., Rossiter, E., Kleifield, E. I., & Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *24*(3), 277-288. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90187-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90187-7)
- Winkler, L. A.-D., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N., & Støving, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, *219*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002>
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 296-321.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>

Appendiks A

Oversikt over artikler inkludert i litteraturgjennomgangen.

Exposure-Based Family Therapy (FBT-E): An Open Case Series of a New Treatment for Anorexia Nervosa (Hildebrandt, Bacow, Greif & Flores, 2014)

Confronting Fear Using Exposure and Response Prevention for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Pilot Study (Steinglass, Albano, Blair Simpson, Wang, Zou, Attia & Walsh, 2014)

Exposure with response prevention (ERP) for body dissatisfaction in a group therapy format: an exploratory study (Mac Neil, Leung & Montemarano, 2016)

Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: a pilot study (Lewer, Kosfelder, Michalak, Schroeder, Nasrawi og Vocks, 2017)

Intensive family exposure-based cognitive-behavioral treatment for adolescents with anorexia nervosa (Sepúlveda, Nadeau, Whelan, Oiler, Ramos, Riemann & Storch, 2017)

A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework (Cardi, Leppanen, Mataix-Col, Campbell & Treasure, 2018)

Appendiks B

Öst sitt vurderingsskjema for metodologi i studier av psykoterapiutfall (2008, s. 315-317),
egen oversettelse.

1. Tydelighet i utvalgsbeskrivelsen

0. Svak. Vag beskrivelse av utvalget (eks. kun nevnt om deltakerne var diagnostisert).
1. Adekvat. Adekvat beskrivelse av utvalget (eks. oppgitt inklusjons-/eksklusjonskriterier, demografisk informasjon m.m).
2. God. God beskrivelse av utvalget (eks. oppgitt inklusjons-/eksklusjonskriterier, demografisk informasjon og prevalens av komorbide tilstander).

2. Alvorlighetsgrad/varighet på lidelsen

0. Svak. Ikke rapportert alvorlighetsgrad/varighet, og pasienter med subdromale symptomer ble inkludert i utvalget.
1. Adekvat. Alle pasienter møter kriteriene for lidelsen. Utvalget inkluderer akutte (<1) tilfeller og/eller lav alvorlighetsgrad av lidelsen.
2. God. Utvalget besto kun av kroniske (<1 år) pasienter med lidelsesgrad moderat eller mer.

3. Utvalgets representativitet

0. Svak. Utvalget er svært ulikt pasientene som ønsker behandling for lidelsen (eks. svært strenge eksklusjonskriterier)
1. Adekvat. Utvalget er til en viss grad representativt for pasientene som søker behandling for lidelsen (eks. pasienter ble kun ekskludert fra utvalget dersom de møtte kriteriene for andre alvorlige lidelser)
2. God. Utvalget er svært representativt for pasientene som søker behandling for lidelsen (eks. forfatterne gjorde valg for å sikre representativitet i utvalget).

4. Diagnosens reliabilitet

0. Svak. Diagnostisk prosess ble ikke rapportert, eller ikke vurdert med strukturert intervju av en trent intervjuer.
1. Adekvat. Doagnosen ble vurdert med strukturert intervju av en trent intervjuer.
2. God. Diagnosen ble vurdert med strukturert intervju av en trent intervjuer og med adekvat interraterreliabilitet.

5. Utfallsmålenes spesifisitet

0. Svak. Svært uspesifikke utfallsmål (eks. totalskåre på SCL-90R).
1. Adekvat. Moderat spesifikke utfallsmål.
2. God. Spesifikke utfallsmål, eksempelvis et mål for hver symptomklynge.

6. Utfallsmålenes reliabilitet og validitet

0. Svak. Målene har ukjente psykometriske egenskaper, eller egenskaper som ikke oppfyller aktuelle standardkrav.
1. Adekvat. Noen, men ikke alle utfallsmål har adekvate psykometriske egenskaper.
2. God. Alle utfallsmål har gode psykometriske egenskaper.

7. Bruk av blinde evaluatore.

0. Svak. Blinde evaluatore ble ikke benyttet.
1. Adekvat. Blinde evaluatore ble brukt, men uten sjekk for å vurdere den blindede.
2. God. Blinde evaluatore ble benyttet på korrekt måte. Sjekker ble gjennomført for å kontrollere om evaluatorene var klar over behandlingsbetingelsen de vurderte.

8. Opplæring av evaluatore

0. Svak. Opplæring er ikke spesifisert, eller ikke adekvat.

1. Adekvat. Minimumskriterier for evaluator-opplæring er spesifisert (eks. evaluator har fått spesifikk opplæring i bruk av utfallsmålene), men nøyaktighet er ikke kontrollert eller rapportert.

2. God. Minimumskriteriene for evaluator-opplæring er spesifisert, interraterreliabilitet er kontrollert og/eller vurderingsprosedyrer ble kalibrert under studien for å forhindre *observer drift*.

9. Tildeling av behandlingsbetingelse

0. Svak. Valg med bias, eks. at pasientene fikk velge egen behandling, ble plassert på en annen ikke-tilfeldig måte, eller dersom det kun er én gruppe .

1. Adekvat. Tilfeldig eller stratifisert tildeling. Det kan være noe systematisk bias, men ikke nok til å true indre validitet (eks. om utvalget er for lite til å forhindre bias, eller ved for få behandlere til å beskytte mot konfunderende behandlereffekter).

2. God. Tilfeldig eller stratifisert tildeling, og pasientene er tilfeldig tildelt behandler i betingelsen.

10. Design

0. Svak. Aktiv behandling vs. venteliste, eller kort beskrevet konvensjonell behandling/TAU (treatment as usual).

1. Adekvat. Aktiv behandling vs. TAU med god beskrivelse, eller placebobetingelse.

2. God. Styrkeanalyse ble gjennomført for å bestemme utvalgsstørrelse.

11. Styrkeanalyse

0. Svak. Ingen styrkeanalyse ble gjennomført før oppstart.

1. Adekvat. Styrkeanalyse basert på en estimert effektstørrelse ble benyttet.

2. God. En datainformert styrkeanalyse ble gjennomført og utvalgsstørrelsen ble bestemt på bakgrunn av denne.

12. Målingspunkter

0. Svak. Kun før og etter behandling, eller før behandling og oppfølging.
1. Adekvat. Før, etter og oppfølging < ett år etter behandling.
2. God. Før, etter og oppfølging \geq ett år etter behandling.

13. Manualiserte, replikerbare, spesifikke behandlingsprogrammer

0. Svak. Beskrivelsen av behandlingen er uklar, og behandlingen er ikke basert på en offentlig tilgjengelig og detaljert behandlingsmanual.
1. Adekvat. Behandlingen er utviklet for lidelsen. En detaljert manual foreligger, og/eller behandlingen beskrives i tilstrekkelig detalj, men ved visse uklarheter.
2. God. Behandlingen er utviklet for lidelsen. En detaljert manual foreligger og/eller behandlingen beskrives i tilstrekkelig detalj for replikering.

14. Antall behandlere

0. Svak. Kun én behandler.
1. Adekvat. Minst to behandlere, men terapeuteffekter blir ikke analysert.
2. God. Tre eller flere behandlere, og terapeuteffekter blir analysert.

15. Behandlernes opplæring og erfaring

0. Svak. Svært begrenset klinisk erfaring med behandlingen og/eller lidelsen (eks. studenter).
1. Adekvat. Noe klinisk erfaring med behandlingen og/eller lidelsen.
2. God. Lang klinisk erfaring med behandlingen og lidelsen.

16. Kontroll av behandlingsetterlevelse

0. Svak. Ingen kontroll for å sikre at intervensjonen var iht. protokoll.
1. Adekvat. Noen kontroller ble gjort (eks. en andel av terapiopptakene ble vurdert)

2. God. Hyppige kontroller ble gjort (eks. ukentlig tilsyn av hver sesjon med bruk av detaljert vurderingsskjema)

17. Kontroll av terapeutkompetanse

0. Svak. Ingen kontroll for å sikre at intervensjonen ble kompetent levert.
1. Adekvat. Noe kontroll (eks. en andel av terapiopptakene ble vurdert).
2. God. Hyppige kontroller (eks. ukentlig tilsyn av hver sesjon med bruk av detaljert vurderingsskjema)

18. Kontroll av samtidig behandling

0. Svak. Ingen forsøk på å kontrollere for samtidig behandling, eller ingen informasjon om slik kontroll foreligger. Pasientene kan ha mottatt annen behandling under studien.
1. Adekvat. Pasientene ble bedt om å ikke endre evt. medikamentell behandling under studien og/eller avslutte eventuell psykologisk behandling.
2. God. Det ble påsett at pasientene ikke mottok annen behandling under studien.

19. Håndtering av frafall

0. Svak. Frafall er ikke beskrevet, eller beskrevet uten gjennomført frafallsanalyse.
1. Frafall er beskrevet og frafallsanalyse er gjennomført.
2. God. Ingen frafall, eller beskrevet frafall, og frafallsanalyse er gjennomført.
Resultatene er presentert som en intent-to-treat-analyse.

20. Statistiske analyser og presentasjon av resultater

0. Svak. Inadekvat statistisk metode og/eller manglende presentasjon av data.
1. Adekvat. Passende statistiske metoder blir benyttet, men manglende presentasjon av data.
2. God. Passende statistiske metoder blir benyttet og data er presentert med M og SD .

21. Klinisk signifikans

0. Svak. Ingen presentasjon av klinisk signifikans.

1. Adekvat. Et vilkårlig kriterium for klinisk signifikans ble benyttet og betingelsene ble sammenliknet mht. prosent klinisk forbedring observert.

2. God. Jacobson's kriterium for klinisk signifikans ble benyttet og presentert for et utvalg (eller alle) av utfallsmålene. Betingelsene ble sammenliknet mht. prosent klinisk forbedring observert.

22. Likhet i antall behandlingstimer (for ikke-venteliste-design)

0. Svak. Svært ulike betingelser mht. behandlingstimer (>20% ulikhet).

1. Adekvat. Noe ulike betingelser mht. behandlingstimer (10-19% ulikhet).

2. God. Like betingelser mht. behandlingstimer (<10% ulikhet).

Tabell B1
Oversikt over metodisk kvalitet for inkluderte studier

Spørsmålsledd	Studier					
	Hildebrandt et al. (2014)	Steinglass et al. (2014)	Mac Neil et al. (2016)	Lewer et al. (2017)	Sepúlveda et al. (2017)	Cardi et al. (2018)
1. Tydelig utvalgsbeskrivelse	0	2	2	2	2	2
2. Alvorlighetsgrad/varighet på lidelsen	0	2	1	1	1	2
3. Utvalgets representativitet	1	1	1	1	1	1
4. Diagnosens reliabilitet	0	1	1	1	1	1
5. Utfallsmålenes spesifisitet	2	2	2	2	2	2
6. Utfallsmålenes reliabilitet og validitet	2	2	1	2	2	1
7. Bruk av blindede evaluatører	0	0	0	0	0	0
8. Opplæring av evaluatører	0	0	0	0	0	0
9. Tildeling av behandling	0	1	0	1	0	0
10. Design	0	0	0	0	0	0
11. Styrkeanalyse	0	0	0	0	0	0
12. Tidspunkt for måling	0	0	0	0	0	0
13. Manualbaserte, replikerbare, spesifikke behandlingsprogrammer	2	2	1	2	2	0
14. Antall terapeuter	1	1	1	1	1	0
15. Terapeuten(-e)s opplæring/erfaring	2	2	0	2	2	2
16. Kontroll av behandlingsintegritet	1	1	1	1	1	0
17. Kontroll av behandlerkompetanse	1	1	1	1	1	0
18. Kontroll av samtidig behandling	1	0	0	2	0	2
19. Håndtering av frafall	2	0	0	0	0	0
20. Statistiske analyser og presentasjon av resultater	2	2	0	2	2	2
21. Klinisk signifikans	0	0	0	0	0	0
22. Likhet i terapitimer	-	0	-	-	-	-
Total skår for hver studie	17	22	12	21	19	15