

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) - en poliklinisk behandlingsstudie

TEKST

Lisbeth Yang

KariAnne Vrabel

Øyvind Rø

Sverre Urnes Johnson

PUBLISERT 31. oktober 2023

DOI <https://doi.org/10.52734/TDCK5656>

ABSTRACT:

Background: Few studies have evaluated the effectiveness of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in clinical settings with a transdiagnostic patient population. The current study aimed to evaluate the effectiveness of CBT-E in a specialised outpatient eating disorder clinic in southeastern Norway.

Method: The study involved a transdiagnostic sample of 96 patients (age 30.7 (SD = 9.4), 92.7% women) with longstanding eating disorders and previous failed treatment attempts. We used multilevel modelling to examine change in eating disorder pathology from pre-treatment (T1) to post-treatment (T2) and follow-up 25 weeks later (T3). A total of 57 patients had sufficient data at T2 and 35 patients at T3.

Results: We found statistically significant reductions in eating disorder pathology from pre- to post-treatment. Of those who completed treatment, 49.1% met criteria for remission at post-treatment. These changes were stable at follow-up.

Implications: CBT-E may lead to reductions in eating disorder pathology and should be considered an acceptable form of treatment for adult patients with eating disorders.

Keywords: anorexia nervosa, binge eating disorder, bulimia nervosa, cognitive behaviour therapy, eating disorders, effectiveness

EMNER

anorexia nervosa

overspisingslidelse

bulimia nervosa

kognitiv atferdsterapi

Spiseforstyrrelser

effektivitet

Spiseforstyrrelse er en samlebetegnelse for en gruppe psykiske lidelser karakterisert av en vedvarende forstyrret spiseatferd og oppfatning av kroppen (American Psychiatric Association [APA], 2013). Lidelsen er ansett som krevende å behandle (Garner, 1985; Kaplan & Garfinkel, 1999). Kognitiv atferdsterapi er anbefalt for behandling av spiseforstyrrelser hos voksne, både av APA (2010), National Institute for Health and Care Excellence (2020) og Helsedirektoratet (2017). I tråd med dette har Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus (OUS) de siste årene

implementert Christopher Fairburns manual for behandling av spiseforstyrrelser, Cognitive Behavioural Therapy-Enhanced (CBT-E; Fairburn, 2008). CBT-E er utviklet for å kunne brukes på tvers av ulike spiseforstyrrelser, da modellen tar utgangspunkt i at de samme mekanismene ligger til grunn for lidelsene. Disse mekanismene er konseptualisert som dysfunksjonelle skjema for selvevaluering, som nesten utelukkende er basert på kropp, vekt og spising (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003). I behandlingen fokuserer en på å endre pasientens atferd og på hvordan det pasienten gjør for å kontrollere vekten, opprettholder det dysfunksjonelle skjemaet.

Anslagene når det gjelder hvor mange som blir bedre ved hjelp av CBT-E, varierer betydelig. En systematisk gjennomgang av ti randomiserte kontrollerte studier (RCT-er) fant støtte for CBT-E som behandlingsmetode for spiseforstyrrelser (Atwood & Friedman, 2019). Det har blitt anslått at opp mot to tredjedeler av de pasientene som får denne behandlingen, oppnår betydelig bedring av symptomer på spiseforstyrrelser (Dalle Grave et al., 2015; Fairburn et al., 2015). Naturalistiske studier har funnet at mellom 56,1 og 78,3 % oppnår bedring/tilfriskning (Byrne et al., 2011; Frostad et al., 2018; Knott et al., 2015; Signorini et al., 2018; Turner et al., 2015). En systematisk oversikt over både RCT-studier og naturalistiske studier fant at andelen som oppnådde tilfriskning, varierte mellom 22,2 og 67,6 % (de Jong et al., 2018). Forfatterne viser til at de variable anslagene kan handle om at en ikke er enige om kriteriene for tilfriskning. I tillegg peker klinisk litteratur på behovet for å bruke *strengere* tilfriskningskriterier basert på bedring i både fysiske, kognitive og atferdsbaserte symptomer (Bardone-Cone et al., 2018; Dawson et al., 2013). Av de ovennevnte studiene var det kun Byrne et al. (2011) som undersøkte tilfriskning basert på alle disse tre gruppene av symptomer.

To naturalistiske studier på effektiviteten av CBT-E har tidligere blitt gjennomført ved RASP poliklinikk. Garte et al. (2015) fant at 31,9 % opplevde tilfriskning, altså betydelig lavere enn de anslåtte to tredjedelene fra RCT-forskningen. Den andre studien fant resultater som er sammenlignbare med den overnevnte internasjonale litteraturen (64,9 %; Aadland, 2017). Det er mulig resultatene mellom disse to studiene utført ved RASP spriker fordi Aadland (2017) undersøkte et behandlingsopplegg som i større grad fulgte Fairburn (2008) sin opprinnelige modell, mens Garte et al. undersøkte en modifisert versjon. Kun Aadland undersøkte bedring ved bruk av tilfriskningskriterier basert på fysiske, kognitive og atferdsrelaterte symptomer, og verken Garte et al. eller Aadland fulgte pasientene over tid. Pasienter med spiseforstyrrelser har størst risiko for tilbakefall de første seks månedene etter endt behandling (Fairburn, 2008). Samlet sett er det derfor behov for forskning på CBT-E i en naturalistisk setting, med ulike tilfriskningskriterier, og der en ser på hvordan det faktisk går med disse pasientene over tid.

Nåværende studie

I denne studien undersøkte vi forløpet av symptomer på spiseforstyrrelser hos pasienter som mottar poliklinisk behandling ved en spesialisert klinikk i en naturalistisk kontekst. En målsetting var å finne ut hvor mange som oppnår tilfriskning

fra innkomst (T1) til endt behandling (T2), basert på ulike tilfriskningskriterier (kognisjon, vekt og spiseatferd). Vi undersøkte også hvordan dette holdt seg ved oppfølging omtrent 25 uker etter endt behandling (T3).

Metode

Deltagere

Den nåværende studien er basert på data fra 96 pasienter som startet og sluttet i CBT-E-behandling i tidsrommet mars 2017 til april 2021. Inklusjonskriterier var spiseforstyrrelser definert etter kriteriene i ICD-10 (ICD-10; World Health Organization [WHO], 1993) og minst ett behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten uten tilstrekkelig bedring. Eksklusjonskriterier var aktiv psykose, alvorlig rusmisbruk og alvorlig selvmordsproblematikk. Utvalget var transdiagnostisk (inkluderte alle typer spiseforstyrrelser), og av disse var 93 % kvinner. Gjennomsnittlig alder var 30.7 år (rekkevidde 17–58 år, $SD = 9,4$). Se appendiks for utfyllende beskrivende statistikk av utvalget.

Av 96 pasienter som deltok ved innkomst (T1), var det 74 (77.1 %) som fullførte, definert som å ha gjennomført minst to tredjedeler av behandlingen. Av disse 74 hadde vi data på 57 ved endt behandling (T2). Ved oppfølgingstidspunktet omtrent 25 uker etter behandling (T3) hadde vi data på 35 pasienter. Det totale utvalget på 96 er inkludert ved flernivåanalyser av symptomutvikling over tid. Ved undersøkelse av tilfriskning ved T2 og T3 er analysene basert på de med tilstrekkelig data på måletidspunktene det gjelder, det vil si $n = 57$ og $n = 35$.

Prosedyre

Deltagerne i vår studie mottok CBT-E, en manualbasert behandling for spiseforstyrrelser. CBT-E går over 20 uker for normal- og overvektige pasienter, og 40 uker for undervektige pasienter (kroppsmasseindeks [KMI] $< 18,5$; WHO, 2010). Behandlingen foregikk ved RASP poliklinikk, en spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser på tredjelinjenivå. Det var totalt syv behandlere i teamet, hvorav alle hadde mottatt formell trening i CBT-E. Gjennomsnittlig antall timer for de som fullførte, var 27 (25 timer for pasienter i 20 timers CBT-E og 33 timer for undervektige pasienter i 40 timers CBT-E).

Innholdet i behandlingen var fordelt på fire faser med ulike fokusområder. I Fase 1 møtte pasienter til behandling to ganger i uka. Det ble utviklet en kasusformulering, der kjernemekanismene som opprettholder spiseforstyrrelsen for den enkelte pasient, ble identifisert. I denne fasen ble også andre viktige elementer av CBT-E-behandlingen introdusert, som regelmessig spising, planlegging av måltider og ukentlig veiing. Fase 2 var en overgangsfase der behandler og pasient sammen vurderte fremgang og hindringer for fremgang. Fase 3 var den mest tidkrevende fasen. Behandler og pasient jobbet sammen om kjernemekanismene som ble inkludert i kasusformuleringen. Kjernemekanismene kategoriseres inn i tre moduler: kroppsbilde, restriktiv spising og

affektregulering. Modulene og behandlingsprosedyrene ble tilpasset behovene til den enkelte pasient og involverte psykoedukasjon, bevisstgjøring og ulike hjemmeoppgaver i varierende grad. I Fase 4 var behandlingen i større grad fremtidsrettet, og fokuset skiftet til hvordan en skulle opprettholde endring og forebygge tilbakefall.

Behandlingen krevde aktiv deltakelse fra pasienten, som registrerte det daglige matinntaket, innarbeidet regelmessige måltider og gjorde hjemmearbeid. I vår studie mottok noen pasienter et intensivt behandlingstilbud som innebar at pasienten oppholdt seg på poliklinikken fra 08:00 til 16:00 mandag til fredag og fikk servert måltider der.

Alle pasientene besvarte en rekke selvrapportskjemaer ved innkomst (T1), ved endt behandling (T2) og ved en oppfølgingsamtale omtrent 25 uker etter behandling (T3). Nøyaktig tidspunkt for oppfølgingsamtalen er noe usikkert da vi ikke har en systematisk oversikt over dette. KMI ble beregnet hver uke med vekt målt i behandlingstimer.

Mål

Kognitive og atferdssymptomer på spiseforstyrrelser. Symptomer på spiseforstyrrelser ble målt med The Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994). Skjemaet undersøker forekomst og frekvens av symptomer på spiseforstyrrelser de siste 28 dagene, og besvares på en skala fra 0 til 6. EDE-Q globalskår brukes ofte som et mål på kognitive symptomer. I tillegg kan det beregnes fire subskalaer på kognitive symptomer: restriksjon av matinntak, bekymring for spising, bekymring for vekt og bekymring for figur. EDE-Q inneholder også spørsmål om frekvens av atferd som er typisk ved spiseforstyrrelser, inkludert episoder med overspising og kompensering (oppkast, bruk av avføringsmidler, overdreven trening). Versjonen som benyttes ved RASP, har et norsk normgrunnlag (Reas et al., 2012; Rø et al., 2010) med en klinisk grenseverdi på $\geq 2,5$ (Rø et al., 2015). Cronbachs alfa for de ulike skalaene ved innkomst varierte fra ,77 til ,93.

Kroppsmasseindeks (KMI). KMI ble beregnet ved hjelp av veiing utført ved RASP og selvrapportert høyde.

Tilfriskningskriterier. Vi undersøkte tre tilfriskningskategorier. Den minst strenge kategorien (kategori 1) var basert på kognisjonsmålet, definert som EDE-Q globalskår $< 2,5$. Kategori 2 inkluderte også vekt- og atferdskriterier. Vektkriteriet ble satt til en KMI $\geq 18,5$. For atferdskriteriet ble tilfriskning definert som hyppighet av overspisingsepisoder og kompensering < 1 gang per uke. På det strengeste (kategori 3) ble klinisk signifikant bedring vurdert i tillegg, basert på en statistisk tilnærming til klinisk signifikans (Jacobsen & Truax, 1991; Langkaas et al., 2017). For EDE-Q globalskår er dette beregnet til en endring på 0,9 enheter, der en lavere skår enn ved forrige måling indikerer klinisk signifikant bedring, mens en høyere skår indikerer forverring. Fullstendig remisjon innebar altså både klinisk signifikant endring i løpet av behandling, samt tilfriskning vurdert ut ifra vekt mål, atferdsmål og kognitive mål.

Statistiske prosedyrer

Alle analyser ble utført i IBM SPSS Statistics versjon 26. T-tester ble brukt for å sammenligne gjennomsnittsskårer på selvrappormålene og KMI før behandling, ved endt behandling og ved oppfølging. Effektstørrelser er oppgitt i Cohens d , og tolket som følger: ,20 \geq liten, ,50 \geq medium og ,80 \geq stor (Cohen, 1988).

Flernivåanalyser (*multilevel modelling* [MLM]) ble benyttet for å undersøke hvorvidt det var en statistisk signifikant endring over tid av kognitive symptomer på spiseforstyrrelser målt med EDE-Q globalskår. I den aktuelle studien er det en 2-nivå hierarkisk datastruktur med gjentatte målinger (Nivå 1) nøstet innenfor individer (Nivå 2). Vi undersøkte om tilfeldige skjæringspunkt, stigningstall og interaksjon mellom disse forbedret modellens tilpasning for hver variabel. I neste steg ble variansstrukturer og vekstkurver vurdert. Variablene viste økt tilpasning ved bruk av heteroskedastiske residualer og en diagonal kovariansstruktur. Analysene indikerte at pasientene varierte statistisk signifikant i grad av symptomer på spiseforstyrrelser ved innkomst. Det var ingen statistisk signifikant interaksjon mellom symptomatologi ved innkomst og utvikling over tid. Altså hadde de med høyere skårer ved innkomst ikke noen større bedring enn de med lavere skårer. Endring over tid ble først undersøkt i sin helhet ved å se på alle tre måletidspunktene. Vi forventet en større endring i skårer under behandling enn fra endt behandling og frem til oppfølging. Derfor ble to separate undermodeller brukt for å undersøke denne utviklingen: en som modellerte utvikling fra innkomst til endt behandling, og en fra endt behandling og frem til oppfølging.

MLM benytter maksimal sannsynlighetsestimering og kan derfor brukes selv uten fullstendige datasett. Det vil si at data fra forskningsdeltagere fra noen tidspunkt kan brukes selv om data fra andre tidspunkt mangler (Kwok et al., 2008). Maksimal sannsynlighetsestimering regnes som beste praksis når det gjelder å håndtere manglende data (Schafer & Graham, 2002).

Forskningsetiske problemstillinger

Datamaterialet som ble benyttet i studien, inngår i et internt kvalitetsregister, og personvernombud ved OUS har godkjent bruk av dataene samt innhenting av informasjon fra journal for bruk i prosjektet. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har besluttet at prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Pasientene har skrevet under informert samtykke til at dataene kan brukes i forskning.

Resultater

Endring i symptomer på spiseforstyrrelser

Det var en betydelig reduksjon i symptomer på alle utfallsmål fra innkomst til endt behandling, med stor effektstørrelse (tabell 1). Skårene nærmet seg de som ses i en normalpopulasjon for global EDE-Q (1,42, $SD = 1.07$; Rø et al., 2010). Det var også en nedgang i overspisingsepisoder og episoder med kompenserende atferder, men en liten

økning igjen frem til oppfølging. For de som i utgangspunktet hadde lav vekt, var det en betydelig økning i KMI, mens det for den resterende gruppen holdt seg stabilt (tabell 1).

Tabell 1

Gjennomsnittlige skårer på symptomsmål over tid

Symptomsmål	Prebehandling	Postbehandling	Oppfølging	Effektstørrelse(<i>d</i>)	
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Pre til post	Pre til oppf.
EDE-Q global	3,67 (1,20)	1,75 (1,39)	1,73 (1,25)	1,48**	1,58**
Restriksjon	3,26 (1,67)	1,18 (1,37)	1,25 (1,50)	1,36**	1,26**
Bekymring mat	3,24 (1,43)	1,58 (1,49)	1,53 (1,43)	1,14**	1,20**
Bekymring kropp	4,41 (1,28)	2,42 (1,67)	2,32 (1,40)	1,34**	1,56**
Bekymring vekt	3,78 (1,43)	1,85 (1,61)	1,73 (1,18)	1,27**	1,56**
Overspising ^a	24,31 (38,03)	2,54 (5,90)	6,68 (16,86)		
Kompensering ^a	25,27 (47,37)	2,09 (6,20)	10,94 (29,62)		
KMI	26,01 (9,56)	27,34 (8,76)	24,45 (7,27)	-.15	.18
KMI under 18,5 ^b	17,00 (1,01)	20,07 (1,82)	19,30 (2,55)	-2,11*	-1,20
KMI over 18,5	27,82 (9,47)	27,76 (8,91)	27,58 (11,12)	.01	.02
<i>n</i>	96	57	35 ^c		

Merknad. *M* = gjennomsnitt, *SD* = standardavvik, *d* = Cohens *d*

^a Antall episoder siste 28 dager.

^b *n* = 16, 13 og 5 ved de ulike måletidspunktene.

^c Én missing EDE-Q-restriksjon-skår. Én missing data for overspisingsepisoder og kompenserende atferder. Ni missing KMI.

***p* < 0,001, **p* < 0,01

Analyser med EDE-Q globalskår (kognitive symptomer) som avhengig variabel og tid som kovariat, viste at det var en statistisk signifikant reduksjon i symptomer på spiseforstyrrelser fra innkomst til endt behandling (*b* = -1,91, *SE* = .16, *t*(72.37) = -12,06, *p*

< ,001). Dette gjaldt også for alle subskalaer (tabell 2). Det var ingen statistisk signifikant endring fra endt behandling til oppfølging ($b = ,10$, $SE = ,14$, $t(32.03) = ,69$, $p = ,497$).

Tabell 2

Effekt av tid på EDE-Q-subskalaer, modellert ved bruk av MLM. To separate modeller ble brukt for å modellere denne utviklingen, fra T1 til T2 og T2 til T3

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>DF</i>	<i>T</i>	<i>SIG.</i>
Restriksjon					
Skjæringspunkt T1	3,26	,17	96,00	19,18	,000
T2	-2,01	,19	71,59	-10,59	,000
T3	,03	,15	31,22	,20	,844
Bekymring mat					
Skjæringspunkt T	13,24	,15	133,21	22,00	,000
T2	-1,63	,19	71,37	-8,62	,000
T3	-,03	,18	34,22	-,18	,861
Bekymring kropp					
Skjæringspunkt T1	4,41	,13	96,00	33,90	,000
T2	-2,03	,19	58,95	-10,57	,000
T3	,04	,19	32,74	,19	,851
Bekymring vekt					
Skjæringspunkt T1	3,78	,15	127,83	24,85	,000
T2	-1,96	,18	69,30	-10,75	,000
T3	,16	,17	31,13	,92	,367

Merknad. Skjæringspunkt refererer til inkomstsår, mens variablene T2 og T3 viser til effekten av tid på EDE-Q-skårer, der T2 er ved endt behandling og T3 er oppfølging.

MLM = multilevel modelling, flernivåanalyser

Tilfriskning

Tilfriskning ble undersøkt i henhold til tre ulike kategorier (se tabell 3). Kategori 1 var basert på spiseforstyrrelseskognisjoner, definert som EDE-Q globalskår < 2,5. Kategori 2 inkluderte også vekt- og atferdskriterier. Kategori 3 inkluderte i tillegg klinisk signifikant bedring. Av totalt 57 pasienter som fullførte behandlingen, hadde 38 (66,7 %) en normalskår på EDE-Q global ved endt behandling. Av disse var det én som hadde KMI < 18,5, og ytterligere fire som ikke tilfredstilte atferdskriteriene for tilfriskning. Totalt var det altså 33 pasienter (57,9 %) som oppnådde tilfriskningskriteriene i kategori 2. Av de 33 erfarte 28 pasienter (49,1 %) klinisk signifikant bedring (kategori 3) og oppnådde dermed tilfriskning på alle undersøkte mål. Ingen av pasientene opplevde klinisk signifikant forverring.

Tabell 3

Tilfriskningsrater ved endt behandling (% [n]) sammenlignet med resultater fra andre naturalistiske studier med transdiagnostiske utvalg

	VED RASP POLIKLINIKK			ANDRE NATURALISTISKE STUDIER	
	Nåværende studie	Garte et al. (2015)	Aadland (2017)	Byrne et al. (2011)	Signorini et al. (2018)
Kategori 3: Klinisk signifikant bedring ^a + normal EDE-Q ^b + overspising/kompensering < 1 gang i uka + KMI ≥ 18,5	49,1 % (28/57)	-	-	-	-
Kategori 2: Normal EDE-Q ^b + overspising/kompensering < 1 gang i uka + KMI ≥ 18,5	57,9 % (33/57)	-	64,9 % (24/37)	-	-
Kategori 1: Normal EDE-Q global ^b	66,7 % (38/57)	38,3 % (18/47)	-	66,7 % (44/66)	69,1 % (38/55)

Merknad. ^a En reduksjon på EDE-Q globalskår > 0,9 enheter.

^b Under 1 SD over normgrunnlag, dvs. < 2,46.

Av totalt 35 pasienter som ble fulgt opp cirka 25 uker etter endt behandling (T3), møtte 27 pasienter (77,1 %) kriteriene for tilfriskning i kategori 1, definert som en normal skår på EDE-Q global. Fire pasienter møtte ikke atferdskriteriene for tilfriskning, mens ytterligere én ikke møtte vektkriteriet. Fire pasienter manglet vektdata. Vi antar at disse hadde bulimi eller overspisingslidelse og var normal- eller overvektige under forløpet, ettersom det i slike tilfeller gjerne er mindre fokus på vekt. Totalt var det altså 18 pasienter (51,4 %) som oppnådde tilfriskningskriteriene i kategori 2 ved oppfølging. Til slutt var det to pasienter som ikke lenger innfridde kriteriet om klinisk signifikant bedring (kategori 3), beregnet ut ifra EDE-Q-skårer ved innkomst og oppfølging. Ytterligere to manglet tilstrekkelig data for beregning. Totalt var det 14 av 35 (40 %) som møtte alle tilfriskningskriteriene ved oppfølging.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke forløp av symptomer på spiseforstyrrelser hos pasienter som mottar poliklinisk behandling i en naturalistisk kontekst. Vi fant at CBT-E-behandling ga en statistisk signifikant bedring i symptomer på spiseforstyrrelser. Ved endt behandling nærmet nivå av symptomer på spiseforstyrrelser seg gjennomsnittlig global EDE-Q-skår i en normalpopulasjon (1.42, $SD = 1.07$; Rø et al., 2010). Vi fant store effektstørrelser for samtlige mål på endring. Bedringen holdt seg stabil ved oppfølging etter omtrent 25 uker.

Det er ingen klar konsensus når det gjelder kriterier for tilfriskning. Da vi brukte klinisk signifikant bedring som kriterium for tilfriskning (kategori 3, tabell 3), ble tilfriskningsraten redusert med over 15 prosentpoeng. Det å bruke et strengere kriterium ga altså en betydelig reduksjon av antallet som ble ansett som friske ved endt behandling.

Våre resultater samsvarer med funn fra lignende studier (tabell 3). Utvalgene i disse studiene var sammenlignbare med hensyn til EDE-Q-skårer ved innkomst og eksklusjonskriterier. Utvalgene var transdiagnostiske og inkluderte pasienter med $KMI < 17.5$. Våre funn viser bedre effekt når den ble målt med endring i EDE-Q globalskår enn Garte et al. (2015) sin studie viste, også utført ved RASP, der en modifisert versjon av CBT-E med dagprogram ble brukt. I etterkant av studien til Garte et al. (2015) ble behandlingen ved RASP endret slik at den i større grad fulgte Fairburns (2008) behandlingsmanual. En mulig forklaring på de sprikende funnene er at nettopp dette har hatt innvirkning på at resultatene våre sammenliknet med Garte sine ble ulike. Resultatene våre er sammenlignbare med funnene fra Aadland (2017) sin studie, som undersøkte behandlingsutfall hos pasienter ved RASP i perioden 2013 til 2017. Dette kan tyde på at behandlingsresultatene ved RASP har holdt seg stabile over tid etter innføring av CBT-E som behandlingsmetode. Ettersom det er høyest risiko for tilbakefall det første halvåret etter endt behandling (Fairburn, 2008), er våre funn som viser at bedringen holder seg frem til oppfølging, av særlig betydning.

Den nåværende naturalistiske studien kan antas å ha god økologisk validitet. En annen styrke er at studien inkluderte et oppfølgingstidspunkt etter omtrent 25 uker. Samtidig

har studien flere begrensninger. For det første er den preget av høyt frafall og manglende data. Dette medførte svært få pasienter i hver diagnostiske undergruppe. Vi hadde derfor ikke nok statistisk styrke til å undersøke hvorvidt det å ha en spesifikk spiseforstyrrelsesdiagnose predikerer symptomutvikling i behandling med CBT-E. En annen svakhet er at det ikke ble gjort noen systematisk kontroll av terapeutens etterlevelse av behandlingsmanualen. Det ble heller ikke kartlagt om pasientene mottok terapi i tidsrommet mellom endt behandling og oppfølging. Vi kan heller ikke med sikkerhet tilskrive symptombedringen til behandlingen, da studien ikke hadde noen kontrollgruppe. Videre bør en være varsom med å generalisere, da pasientutvalget karakteriseres av pasienter med langvarig spiseproblematikk og minst ett tidligere behandlingsforløp uten ønsket effekt, og kun 7 % var menn. Dette samsvarer med kjønnsfordelingen i andre studier (f.eks. Byrne et al., 2011; Garte et al., 2015; Aadland, 2017), hvilket peker på behov for forskning på utvalg med jevnere kjønnsfordeling. Studien er utført ved en spesialpoliklinikk, og det er ukjent hvorvidt en ville ha oppnådd de samme resultatene ved et ordinært distriktpsikiatrisk senter (DPS).

Konklusjon

Målet med denne studien var å evaluere behandlingsmodellen CBT-E i en poliklinisk setting på tredjelinjenivå i spesialisthelsetjeneste. Majoriteten av pasientene som fullførte behandlingen, oppnådde bedring. Ingen ble verre. Bedringen holdt seg til omtrent 25 uker etter endt behandling. Studien viser at CBT-E kan være en effektiv behandlingstilnærming for pasienter med spiseforstyrrelser.

Appendiks

Baselinekarakteristikker for det endelige utvalget (n = 96)

VARIABEL	N	%	M (SD)	REKKEVIDDE
Alder, år			30,7 (9,4)	17-58
<i>Kjønn</i>				
Mann	7	7,3		
Kvinne	89	92,7		
<i>Diagnose</i>				
Anoreksi ^a	29	30,2		
Bulimi ^b	45	46,9		
Overspisingslidelse ^c	17	17,7		

VARIABEL	N	%	M (SD)	REKKEVIDDE
Uspesifisert spiseforstyrrelse	5	5,2		
Debutalder			17,4 (5,3)	8-38
Sykdomstid, år			13,2 (9,4)	1-45
Tidligere behandling, måneder ^d			36,2 (39,6)	0-190
Tidligere innleggelser, % ja	35	36,5		

Merknad. ^aF50.0 Anoreksi og F50.1 Atypisk anoreksi. ^bF50.2 Bulimi og F50.3 Atypisk bulimi. ^cVurdert i henhold til kriteriene for overspisingslidelse i DSM-5. ^dInkluderer all behandling innen psykisk helsevern, uavhengig av diagnose.

TEKST

Lisbeth Yang

KONTAKT: Lisbeth_Xinyi@hotmail.com

KariAnne Vrabel

Øyvind Rø

Sverre Urnes Johnson

+ Vis referanser

American Psychiatric Association. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (3. utg.).

American Psychiatric Association. (2013). Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association Publishing.

Atwood, M. E. & Friedman, A. (2019). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>

Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A. & Watson, H. J. (2018). An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(9), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9>

Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L. & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. utg.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M. & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>

Dawson, L., Rhodes, P. & Touyz, S. (2013). Defining recovery from anorexia nervosa: a Delphi study to explore practitioners' views. *Journal of Eating Disorders*, 1(S1), O41. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-S1-O41>

- de Jong, M., Schoorl, M. & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 436-444. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Conner, M. E. & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- 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. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. Å., Jevne, C., Dalle Grave, R., Rø, Ø. & Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of Eating Disorders*, 6(12). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.001>
- Garner, D. M. (1985). Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 701-726. <https://doi.org/10.1002/eat.2260040427>
- Garte, M., Hagen, B., Reas, D. L., Isdahl, P. J., Hinderaker, E. & Rø, Ø. (2015). Implementation of a day hospital treatment programme based on CBT-E for severe eating disorders in adults: An open trial. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(1), 48-62. <https://doi.org/10.1080/21662630.2014.958510>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-voksne-med-spiseforstyrrelser>
- Jacobsen, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kaplan, A. S. & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in Treating Patients with Eating Disorders: A Review of Patient and Clinician Variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 665-670. <https://doi.org/10.1177/070674379904400703>
- Knott, S., Woodward, D., Hoefkens, A. & Limbert, C. (2015). Cognitive Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa and Eating Disorders Not Otherwise Specified: Translation from Randomized Controlled Trial to a Clinical Setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 641-654. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000393>
- Kwok, O. M., Underhill, A. T., Berry, J. W., Luo, W., Elliott, T. R. & Yoon, M. (2008). Analyzing Longitudinal Data with Multilevel Models: An Example with Individuals Living with Lower Extremity Intra-articular Fractures. *Rehabilitation Psychology*, 53(3), 370-386. <https://doi.org/10.1037/a0012765>
- Langkaas, T. F., Johnson, S. U., Stenshorne, K., Collin-Tiller, C. & Vrabel, K. R. (2017). Klinisk signifikans i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(12), 1160-1167. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2017/12/klinisk-signifikans-i-praksis>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020, 16. desember). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Reas, D. L., Øverås, M. & Rø, Ø. (2012). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among High School and University Men. *The Journal of Treatment & Prevention*, 20(5), 437-443. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715523>
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among Female University Students in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 428-432.

<https://doi.org/10.3109/08039481003797235>

Rø, Ø., Reas, D. L. & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23, 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>

Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147–177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.2.147>

Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C. & Ward, W. (2018). The Effectiveness of Enhanced Cognitive Behavioural Therapy (CBT-E): A Naturalistic Study within and Out-Patient Eating Disorder Service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46, 21–34. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000352>

Turner, H., Marshall, E., Stopa, L. & Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.001>

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*.

World Health Organization. (2010, 6. mai). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

Aadland, G. (2017). *Behandling med kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E): En naturalistisk behandlingsstudie ved en spesialisert poliklinikk for spiseforstyrrelser* [Hovedoppgave]. Universitetet i Oslo. DUO vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/56245>