



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAKP601

Predefinert informasjon

Startdato:	17-04-2017 09:00	Termin:	2017 VÅR
Sluttdato:	15-05-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	45
SIS-kode:	MAKP6011 MØ		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 101

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 15949

Tro- og lovetilsvarende *: Ja

**Jeg godkjenner avtalen om ja
tilgjengeliggjøring av
masteroppgaven min *:**



**Høgskulen
på Vestlandet**

Erfaringer med å leve med overspisingslidelse

En systematisk oversikt og meta-analyse over empirisk kvalitative studier

Experiences of living with binge eating disorder

A systematic review and meta-analysis of empirical clinical studies

Signe Haugen

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helse og sosialfag

Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 15.05.2017

Forord

Som masterstudent i Kunnskapsbasert praksis i helsefag og som ansatt ved avdeling for spiseforstyrrelser i Helse Bergen har det vært et privilegium å skrive masteroppgave om hvordan det oppleves å leve med overspisingslidelse. Arbeidet med oppgaven har vært lærerikt og givende, på samme tid som det har vært krevende i perioder. Nå når avslutning av oppgaven nærmer seg, er det med tro på at funnene i meta-analysen kan være et verdifullt bidrag til både fagfeltet og til pasientgruppen.

Jeg vil rette en spesiell takk til veilederne mine, Benedicte Carlsen og Yngvild Sørebo Danielsen. Dere er kunnskapsrike og engasjerte på deres faglige områder og har delt villig av deres kunnskap med meg. Og dere har vært der når jeg har hatt bruk for dere!

Takk til ledelsen ved avdeling for spiseforstyrrelser, som har gjort det mulig for meg å kombinere studiene med å være i jobb. Takk til alle gode kollegaer som tålmodig har diskutert og bidratt med faglige innspill underveis i prosessen. Dere holder et høyt faglig nivå på samme tid som dere er en fantastisk fin gjeng!

En stor takk også til deg Anne Marie, min medstudent som hjalp til med utvelgelse av studier til inkludering i oversikten. Du har lært meg mye, og det har vært en glede å utforske den kvalitative verden sammen med deg!

Den aller største takken går til familien min. Dere har vært der hele løpet og bidratt på hver deres måte. Harald: Du har tatt stort ansvar i hjemmet og vist at du har hatt tro på prosjektet mitt. Og funnet deg i at mye av fritiden min har gått med til studiene. Mari: Takk for at du stadig hjelper meg til å forbedre min engelske forståelse. Erik og Ingrid: Dere har gitt meg den beste gaven jeg kunne få midt oppi innspurten med oppgaven: å bli bestemor til to fantastisk fine gutter!

Bergen, mai 2017

Signe Haugen.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Overspisingslidelse (BED) er en spiseforstyrrelse som har fått lite oppmerksomhet innen helsetjenesten. Erfaring fra klinisk arbeid med pasientgruppen viser at mange kjenner seg misforstått når de søker profesjonell hjelp for sine spiseproblemer.

Hensikt: Å øke innsikten i hvordan det erfarer å leve med overspisingslidelse. Økt innsikt kan hjelpe helsearbeidere til å ta bedre avgjørelser i møte med pasientgruppen. I tillegg kan det fremme mulighet for endring hos dem som har overspisingslidelse.

Metode: Systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasene MEDLINE, PsykINFO, EMBASE, CINAHL, SweMed+ og Web of Science. Systematisk oversikt og meta-etnografi er brukt til å gjennomføre meta-analysen. Først er tema på tvers av studiene oversatt til hverandre, deretter er andreordensanalyse gjennomført av funn fra primærstudiene. Tredjeordensanalyse ble gjennomført etter prinsipp fra logisk argumentasjonsanalyse.

Hovedfunn: Meta-studien indikerer at overveldende følelser utløser overspising som automatisert reaksjonsmønster for å regulere ubehaget. Dette synes umiddelbart å gi roende effekt, mens opplevelsen etterpå er fryktelig. Negative meldinger om matvaner og kropp fra nære andre kan ha stor påvirkning på hva en tenker om seg selv. Dette samt hemmeligholdelse rundt overspising synes å hindre utvikling av nære relasjoner. Skam er en dominerende følelse, som kan bli generalisert til å gjelde hele personen. Dette påvirker områder i livet som relasjoner, karriere og hvordan en ivaretar seg selv. Videre kan det føre til psykologisk samsykelighet som angst og depresjon.

Konklusjon: Måten en søker å løse følelsesmessige problemer på, blir en sentral del av lidelsen og synes å dekke over de virkelige problemene, som er manglende ferdigheter i følelsesregulering, etablering og opprettholdelse av nære relasjoner og negative kognitive skjema for selvevaluering.

Nøkkelord: Bulimia nervosa, binge eating disorder, meta-ethnography

ENGLISH SUMMARY

Background: Binge eating disorder (BED) is an eating disorder that has received limited attention in the health services. Experiences from clinical work with BED patients have revealed that many feel misunderstood when seeking professional help for their eating problem.

Purpose: To increase the understanding of patients' personal experience in coping with binge eating disorder. Increased understanding can help healthcare professionals make better decisions when interacting with the patients. It can also promote possibility of change in those who have binge eating disorder.

Method: The electronic databases MEDLINE, PsykINFO, EMBASE, CINAHL, SweMed+ and Web of Science were searched for eligible studies. The first part of the meta-ethnography identifies and translates themes across the studies, while the second-order analysis interprets the findings of the primary studies and eventually third-order constructs were developed from a line of argument.

Findings: This meta-analysis indicates that overwhelming emotions are regulated by binge eating. This gives an immediate sense of relief, but afterwards the patients report feeling horrible. Negative messages from loved ones about food habits and body shape have a massive impact on how they evaluate themselves. This as well as the secrecy associated with overeating withholds the development of close relationships. Intense feelings of shame influence their overall sense of self. This affects relationships, careers and how they take care of themselves. Furthermore, it can lead to psychological co-morbidity such as anxiety and depression.

Conclusion: Their problem-solving strategies is getting in the way of addressing their real problems, which are a lack of experience and skills in emotion regulation, establishing and maintaining close relationships and their dysfunctional cognitive self-schemas for body and self-evaluation.

Key words: Bulimia nervosa, binge eating disorder, meta-ethnography

Innholdsfortegnelse

1 Bakgrunn	1
1.1 Hva er overspisingslidelse?	1
1.2 Forekomst	1
1.3 Alvorlig overvekt	2
1.4 Somatisk og psykisk samsykelighet	2
1.5 Noen faktorer som skiller overspisingslidelse fra andre spiseforstyrrelser	2
1.6 Hvorfor trenger vi mer kunnskap om overspisingslidelse?	3
1.7 Behandlingstilbud til overspisingslidelse i Norge	4
1.8 Hvorfor er denne studien viktig?	4
1.9 Formål og forskningsspørsmål	5
2 Metode	6
2.1 Forskningsdesign	6
2.2 Egen forforståelse	6
2.3 Litteratursøk	7
2.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier	12
2.5 Dataanalyse	14
3 Funn	16
3.1 Identifisere fellestrekk på tvers av studiene / sammenheng mellom resultatene	17
3.2 Å oversette studiene til hverandre	20
3.2.1 Å overspise	21
3.2.2 Interpersonlige forhold	23
3.3.3 Psykisk helse	23
3.4 Syntese	25
4 Diskusjon	26
4.1 Metodediskusjon	26
4.1.1 Refleksivitet	26
4.1.2 Intern validitet	27
4.1.3 Relevans / ekstern validitet	28
4.1.4 Etikk	29
4.2. Diskusjon av funn	30
4.2.1 En usikker selvpålevelse	31
4.2.2 Mestringsstrategi: Måten å løse problemet på som vedlikeholdende faktor i lidelsen	33
5 Hvor stor tillit kan en ha til resultatet?	36
6 Konklusjon	37
7 Videre forskning	38

Referanser

Artikkel

Vedlegg I: Diagnosekriterier DSM-V for BED

Vedlegg II: Søkefilter for kvalitative studier

Vedlegg III: Søkestrategi i databaser

Vedlegg IV: Fagfellevurdering av litteratursøk

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier (CASP)

Tabell 3: Metodematrise

Tabell 4: Matrise for oversettelser av studier til hverandre: interpersonlige forhold

Tabell 5: Syntese

Tabell 6: GRADE-CERQual Evidence profile

Figur 1: Flytdiagram for utvelgelse av studier (PRISMA)

Figur 2: Usikker selvopplevelse

Figur 3: Mestringsstrategi

1 Bakgrunn

Overspisingsslidelse eller binge eating disorder (BED) er en spiseforstyrrelse på lik linje med mer kjente diagnoser som anorexia nervosa (anoreksi) og bulimia nervosa (bulimi). Lidelsen ble for første gang beskrevet mot slutten av 1950-årene (Stunkard, 1959), men fikk ikke videre oppmerksomhet før rundt 1990 (Fairburn, 2013).

I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, som ble tatt i bruk i 1994, var overspisingsslidelse plassert i en restkategori: «Eating disorder not otherwise specified» (APA, 1994). Det ble anbefalt videre forskning før lidelsen kunne anerkjennes som en egen diagnostisk kategori, noe som ble resultatet i DSM-V, som ble tatt i bruk våren 2013. Diagnosesystemet ICD 10 (The international Statistical Classifications of Disease and Related Health Problems 10th revision) (WHO, 2015), som brukes i Europa, definerer overspisingsslidelse som en undergruppe i F50.9: Uspesifisert spiseforstyrrelse.

1.1 Hva er overspisingsslidelse?

Når overspisingsslidelse er klassifisert som en psykisk lidelse, innebærer dette en betydelig funksjonsnedsettelse i hverdagen på grunn av uhensiktsmessig atferd, negative tanker og følelser. Episodene med å overspise opptrer ukentlig, og de må ha hatt en varighet på de tre siste månedene for å oppfylle diagnosekriteriene. En spiser betydelig større mengder mat i et kortere tidsrom enn hva andre ville gjøre i tilsvarende situasjon. En benytter seg ikke av kompensierende atferd som oppkast eller trening umiddelbart etter episodene. Sentralt i episodene med å overspise er en sterk opplevelse av tapt kontroll over matinntak. Videre må minst tre av følgende kriterier være oppfylt: En spiser svært raskt, til en er ukomfortabelt mett, uten å være sulten. Når en overspiser, er en alene, og etter overspising vil en føle avsky for seg selv. Stor fysisk og psykisk lidelse er forbundet med episodene (APA, 2013).

Diagnosekriterier DSM-V: Se vedlegg I.

1.2 Forekomst

En studie viser at livstidsprevalensen for overspisingsslidelse blant kvinner er 2,5 % – 4,5 % (Hoek & van Hoeken, 2003). I norske studentpopulasjoner har en funnet punktprevalens av patologisk overspising på 1 % (Rosenvinge et al., 1999). I konkrete tall vil dette si at 28 000 norske kvinner mellom 15 og 44 år har denne lidelsen, og dette viser at overspisingsslidelse er et betydelig og omfattende problem i Norge (Götestam et al., 2004). Blant personer med fedme er prevalens av overspisingsslidelse 20-30 % (Götestam & Agras, 1995).

1.3 Alvorlig overvekt

Alvorlig overvekt er ikke et diagnosekriterium i overspisingslidelse, men en ser at det svært ofte blir en konsekvens av å leve med lidelsen over tid. Det som i størst grad skiller overspisingslidelse fra fedme, er kontrolltapet av matinntak som er sentralt i episodene med å overspise. Alvorlig overvekt er definert som kroppsmasseindeks $KMI > 35 \text{ kg/m}^2$ med eller $KMI > 40 \text{ kg/m}^2$ uten medisinske komplikasjoner. Pasientgruppen med alvorlig overvekt er svært sammensatt og krever gode tverrfaglige utredninger for å få til effektiv behandling. Rundt en tredjedel av henvisninger til spesialisert overvektsbehandling gjelder spiseforstyrrelser. Noen av disse kan gjøre seg nytte av kostholds- og atferdsveiledning, mens andre trenger mer spesialisert psykologisk behandling ut fra type spiseforstyrrelse og alvorlighetsgraden av denne (Helsedirektoratet, 2009).

Overvekt er et økende problem i den vestlige verden, og dette gir helsevesenet betydelige utfordringer. WHO har karakterisert fedme som en global epidemi og opererte i 2010 med tall som flere enn 1,5 mrd. overvektige personer og av dem over 400 millioner med sykelig overvekt (Sumithran et al., 2011). En logisk slutning ut fra dette kan være at antall personer med overspisingslidelse med stor sannsynlighet vil øke i årene som kommer.

1.4 Somatisk og psykisk samsykelighet

Studier viser at personer med overspisingslidelse i stor grad opplever redusert livskvalitet. De har en økt forekomst av andre psykiske lidelser sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen, der angst og depresjon opptrer hyppigst. Men det er også en hyppigere forekomst av bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelser, samt rusmisbruk. I tillegg står denne pasientgruppen i fare for å utvikle alvorlige medisinske komplikasjoner på grunn av overvekt (hjerte/kar, diabetes, artrose, astma osv.). Personer med overspisingslidelse er en gruppe som bruker helsevesenet i større grad enn gjennomsnittet i befolkningen. (Wonderlich et al. 2009).

1.5 Noen faktorer som skiller overspisingslidelse fra andre spiseforstyrrelser

Faktorer som skiller overspisingslidelse fra anoreksi og bulimi, er at en finner en jevnere fordeling på kjønn. Studier viser at rundt 1/3 er menn, og i tillegg forekommer det sjelden vandringer fra overspisingslidelse til de andre typene spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008, s 16). Flere forskningsstudier viser at en debuterer senere med overspisingslidelse enn med anoreksi og bulimi (debutalder mellom 17 og 18 år) (Stice et al., 2009).

Fairburn beskriver samme kjernepsykopatologi av kognitiv art som vedlikeholder spiseproblemet i alle typer spiseforstyrrelser: overevaluering av kropp og vekt (Fairburn, 2003). Dette vil i praksis si at tanker om mat, kropp og vekt opptar mye av den kognitive kapasiteten, og andre sider ved livet vil bli marginalisert. Studier viser at mange med overspisingslidelse kjenner seg igjen i kjernepsykopatologien til spiseforstyrrelse selv om dette ikke er diagnosekriterium (Goldschmidt et al., 2009). Samme studie finner at jo høyere grad av overevaluering av kropp og vekt, dess lavere psykososial fungering og høyere grad av annen psykopatologi. På samme tid viser studien at overevaluering av kropp og vekt er mindre relevant trigger for overspising enn psykososiale stressfaktorer. Studien peker på at grad av overevaluering av kropp og vekt er klinisk viktig informasjon. Dette for å kunne gi en behandling som tar for seg spekteret av psykososial dysfunksjon ved siden av spiseforstyrrelsen for å kunne høyne generelt funksjonsnivå og få bedre behandlingsresultat.

1.6 Hvorfor trenger vi mer kunnskap om overspisingslidelse?

For å kunne tilby adekvat helsehjelp til personer med overspisingslidelse må kjennskap til sykdommen være tilgjengelig. Flere studier indikerer at personer med overspisingslidelse ofte ikke blir riktig diagnostisert når de søker hjelp i helsevesenet. Striegel-Moore et al. antyder at personer med overspisingslidelse i mindre grad enn personer med bulimi fikk tilbud om spesifikk behandling for spiseforstyrrelse (Striegel-Moore et al., 2001). En amerikansk forskningsstudie fra 2016 undersøkte legers kjennskap til overspisingslidelse. Studien konkluderer med at forståelsen av overspisingslidelse i primærhelsetjenesten er svært mangelfull, noe som resulterer i at mange som har lidelsen, ikke blir riktig diagnostisert og dermed heller ikke blir henvist videre til adekvat behandling (Supina et al., 2016).

Personer med overspisingslidelse som har søkt hjelp i helsevesenet, har ofte fått beskjed om å spise mindre og trene mer på grunn av sin overvekt. Dette er råd som ikke hjelper denne pasientgruppen, siden overspising for de fleste er en mer eller mindre bevisst måte å regulere følelser på (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007). Når en ikke mestrer å følge råd som blir gitt av helsepersonell, vil dette hos mange aktivere skam som de igjen vil regulere med ny overspising, og dermed er en inne i en vond sirkel som det er vanskelig å komme seg ut av (Arne & Økland Lier, 2008).

Skam synes også å være en mer fremtredende følelse hos personer med alvorlig overvekt enn hos befolkningen generelt. Malterud beskriver kulturelle negative holdninger til overvekt som trigger til skamfølelse (Malterud & Ulriksen, 2009). Skam er assosiert med lav selvfølelse og

lav mestringsfølelse. Personer som skårer høyt på skam, har tendens til å bruke unnvikelse og tilbaketrekking som mestringsstrategier (Gilbert, Pehl & Allan, 1994).

Både skamfølelse og en manglende bevissthet om at en har en lidelse som kan behandles, vil kunne føre til at en ikke søker profesjonell hjelp for å komme seg ut av en vanskelig situasjon.

1.7 Behandlingstilbud til overspisingslidelse i Norge

Norske kliniske retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser (Statens-Helsetilsyn, 2000) som har hatt gyldighet frem til 2017, ga ikke anbefalinger for terapeutisk behandling av overspisingslidelse. Ny klinisk retningslinje ble publisert i april 2017, denne gir heller ikke anbefaling om spesifikk behandlingsform for lidelsen (Helsedirektoratet, 2017).

Den engelske retningslinjen (NICE, 2004) er blitt jevnlig oppgradert, sist i 2013.

Retningslinjen graderer anbefalinger fra A til C, der A er basert på systematisk oversikt eller randomisert kontrollerte studier. C-anbefalingen er basert på klinisk erfaring og konsensus i fagmiljø. Kognitiv atferdsterapi for overspisingslidelse er en sterkt anbefalt

behandlingsmetode (anbefaling gradert til A), mens selvhjelpsprogram og veiledet selvhjelp er anbefalt behandling ved mindre alvorlige tilfeller (anbefaling gradert til B). Interpersonlig terapi og modifisert dialektisk atferdsterapi har også dokumentert effekt (begge har anbefalinger gradert til B). Informasjon til pasienter om at psykoterapi ikke er forenlig med reduksjon av overvekt, har anbefalinger gradert til A. Ny retningslinje fra NICE er nå ute til høring, og nye anbefalinger synes ikke å avvike fra deres tidligere anbefalinger i særlig grad.

Hvilke behandlingstilbud som er tilgjengelige for personer med overspisingslidelse i Norge, varierer mellom de ulike helseforetak. Viktige grunner til dette kan være at vi ikke har hatt anbefalinger for behandling i norske kliniske retningslinjer, samt at overspisingslidelse ikke har vært en egen diagnosekategori før 2013. I noen helseforetak er behandlingstilbud til pasientgruppen fortsatt fraværende. Det finnes ikke skriftlig dokumentasjon på hvordan behandling er tilrettelagt i de forskjellige helseforetak, opplysninger har jeg fra direkte kontakt med ledere i november 2015.

1.8 Hvorfor er denne studien viktig?

Det er gjort mye forskning på overspisingslidelse. Flere kvantitative studier har kartlagt prevalens (Götestam et al., 2004), andre kvantitative studier har sett på personlighetstrekk som kan forklare noen årsaker til lidelsen (Peterson et al., 2010). Effekstudier viser at det finnes behandling som fungerer når pasientgruppen blir riktig diagnostisert og får tilbud om adekvat behandling (NICE, 2004). En nyere studie viser at færre enn 40 % søker hjelp for

overspisingslidelse (Kessler et al., 2013), og at det fortsatt mangler kunnskap om denne lidelsen hos helsepersonell (Kornstein et al., 2016).

For å få mer kunnskap om hvorfor mange med overspisingslidelse til tross for alt vi vet, ikke får tilbud om adekvat helsehjelp, kan hvilke erfaringer mennesker med overspisingslidelse har med å leve med sykdommen, gi noen flere svar. Og da kan en med fordel se til kvalitative studier. Det er gjort flere primærstudier av hvordan personer med overspisingslidelse erfarer å leve med lidelsen. Jeg har gjort litteratursøk i medisinsk-bibliografiske databaser, men de har ikke gitt treff på oppsummerte studier om pasienters erfaring med å leve med overspisingslidelse. Så en slik studie ser ut til å mangle i litteraturen.

Å oppsummere pasienters erfaring med å leve med overspisingslidelse kan også bidra til å fremme brukerperspektivet. Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet stiller styringskrav til regionale helseforetak, og for 2016 er et krav at helsetjenesten skal utvikles videre slik at pasienter opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger og pasienterfaringer skal offentliggjøres og brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid (Omsorgsdepartementet, 2016).

1.9 Formål og forskningsspørsmål

Formålet med å lage en kvalitativ systematisk oversikt med meta-analyse er å oppsummere det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget og få ny kunnskap om erfaringer med å leve med overspisingslidelse.

Motivasjonen min for å gjennomføre studien er å få bedre forståelse av hvordan pasientgruppen opplever sin situasjon.

- Dette kan være et bidrag til at helsearbeidere kan ta bedre avgjørelser i møte med pasientgruppen og dermed kunne tilby mer adekvat helsehjelp.
- Å bidra med en forståelse av hva det vil si å leve med en overspisingslidelse, kan også fremme mulighet for endring hos dem som er i denne situasjonen.

Mitt forskningsspørsmål er:

«Hvordan erfarer personer med overspisingslidelse å leve med sykdommen?»

2 Metode

2.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet jeg har brukt i denne studien, er systematisk oversikt og meta-analyse over kvalitative studier. Malterud beskriver kvalitativ forskning som forskningsmetoder som brukes for å undersøke og beskrive sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer slik de oppfattes og uttrykkes av individer (Malterud, 2001). Jeg søker å få mer innsikt i hvordan det erfares å leve med overspisingslidelse, kvalitativ metode er dermed en relevant tilnærming. Å sammenfatte kvalitative primærstudier i en meta-analyse vil være en egnet måte å besvare mitt forskningsspørsmål på.

I systematiske oversikter søker en etter, vurderer og velger ut studier som handler om et konkret forskningsspørsmål, på en systematisk og transparent måte, og dette viser status på forskningsfeltet innen det aktuelle tema (Polit & Beck, 2012, s. 653). Å lage en systematisk oversikt over forskningsstudier som allerede foreligger på det aktuelle tema, har en stor verdi i seg selv. For det første gir det en oversikt over hvilke studier som finnes, i tillegg til hvilke resultat forskningen gir. Dette kan hindre at forskning som allerede er gjort, blir unødig repetert av flere forskere. I tillegg til å oppsummere forskning som allerede foreligger, kan formålet være å gjennomføre en meta-analyse som et bidrag til å utvikle ny kunnskap om det aktuelle temaet (Malterud, 2011, s. 165).

Når jeg ønsker å få frem ny kunnskap om hvordan det oppleves å leve med overspisingslidelse, vil jeg i tillegg til å sammenfatte funnene gjennomføre en fortolkende analyse, der resultatene fra primærstudiene blir systematisert i en høyere orden av teoretisk struktur.

2.2 Egen forforståelse

Mange års erfaring som behandler for denne pasientgruppen der jeg har erfart en manglende interesse eller styring for hvordan en skal utvikle adekvate behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten, har vært med på å forme min interesse for hvordan personer med overspisingslidelse opplever sin situasjon.

Jeg har møtt personer med overspisingslidelse både gjennom gruppeterapi og i individualterapi. Metodene som er brukt i behandling, er i størst grad kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008). Det som først og fremst har vekket min interesse for å forstå mer av hvordan det erfares å leve med lidelsen, er det som mange beskriver som en opplevelse av å bli misforstått i møte med helsepersonell. Jeg har også undret meg over det

jeg vil beskrive som unnnvikende personlighetstrekk, noe som har vært spesielt utfordrende å forholde seg til når en skal ha fokus på det som forskning viser fungerer i behandling.

Min bakgrunn bunner også i en forståelse av menneskers erfaring gjennom fenomenologisk og sosialkonstruktivistisk teori, der en tenker at alle konstituerer sin egen virkelighet gjennom opplevelser og erfaringer som de selv fortolker (Thornquist, 2008, s 206).

Sosialkonstruktivistisk tenkning anser videre forskeren som en aktiv deltaker i kunnskapsutvikling (Malterud, 2011, s 26).

2.3 Litteratursøk

For å finne studier som skal inkluderes, begynte jeg med å planlegge et litteratursøk. Når en skal bygge opp en søkestrategi, anbefales det å ta utgangspunktet i et fokusert spørsmål. Mens en innen kvantitativ forskning bruker PICO (populasjon, intervensjon, sammenligning og utfallsmål), er det mer vanlig innen kvalitativ forskning å dele spørsmålet opp i PSS (populasjon, situasjon og studiedesign) (Polit & Beck, 2012, s 36). Mitt forskningsspørsmål i PSS-form er:

Populasjon	Situasjon	Studiedesign
Overspisingslidelse	Hvordan erfares det å leve med lidelsen?	Empiriske kvalitative studier.

Det finnes flere måter å gjennomføre litteratursøk på, et eksempel er en teoretisk tilnærming med *snowballing* der en leter etter studier til en opplever at materialet er mettet (Noyes et al., 2008b). En annen måte er å søke bredt for å finne alle relevante studier knyttet opp til forskningsspørsmålet, og Polit og Beck anbefaler at strategien skal være systematisk, transparent og etterprøvbar (Polit & Beck, 2012, s. 96). Barroso argumenterer for at en i systematiske oversikter over kvalitative studier ideelt sett skal finne alle studier som er relevante opp mot forskningsspørsmålet og ikke bare et utvalg av disse (Barroso et al., 2003), og det argumenteres for å søke bredt (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Ifølge Cooper er den største trusselen mot validitet i oversikten å ikke gjennomføre et grundig nok søk (Cooper, Hedges & Valentine, 2009).

Det er flere årsaker til at det er mer omfattende å gjennomføre systematiske litteratursøk etter kvalitative studier enn å søke etter kvantitative studier. En grunn er at i bibliografiske databaser er indeksering av kvalitative artikler etter metodologi mangelfull (Malterud, 2011,

s.166). I tillegg har det vært vanlig å gi kvalitative studier deskriptive og kreative titler som ikke beskriver metode, noe som gjør det vanskeligere å få treff ved hjelp av standard søkemetode (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 223). I de siste årene er kvalitativ forskning blitt mer anvendt og anerkjent, og indekseringen av metode er blitt bedre i sentrale databaser (Noyes et al., 2008, s.579). For å få treff på flest mulig relevante studier kan en ved siden av å bruke emneord (som *medical subject headings* i Ovid MEDLINE) også søke på tekstord som beskriver kvalitativ metode, og håpe at disse er brukt i tittel eller sammendrag (Polit & Beck, 2012, s. 99). Å søke på metodologiske emne og tekstord kan vurderes opp mot å bruke søkefilter for kvalitativ forskning i de databaser som har dette (Wilczynski, Marks & Brian Haynes, 2007). Søkefilter i flere databaser er utviklet av forskere ved MC Master University (Wilczynski, Marks & Brian Haynes, 2007). For flere detaljer om søkefilter for kvalitative studier i Ovid MEDLINE og Ovid PsycINFO, se vedlegg II.

Å gjennomføre litteratursøk i medisinsk-bibliografiske databaser har vist seg å ha en begrenset verdi både når det gjelder kvalitative og kvantitative studier. Denne påstanden støtter seg til forskning som er gjort på dette temaet (Noyes et al., 2008, s. 579). I tillegg til å søke i databaser er det forskjellige andre måter en kan søke etter studier på. Det vanligste er å gå igjennom referanselister, håndsøke i tidsskrift, gjennomføre siteringssøk, søke etter forfattere, kontakte forfattere, og søke etter grå litteratur (ikke publiserte studier som blant annet avhandlinger og presentasjoner på konferanser) (Polit & Beck, 2012, s. 98). En ulempe med disse metodene er at de gjør litteratursøket mindre transparent og etterprøvbart.

Søkestrategien i denne oversikten er å gjennomføre et bredt og systematisk litteratursøk, og jeg startet med å søke i seks bibliografiske databaser. I tillegg har jeg gått igjennom referanselister i studier som er aktuelle for inkludering, utført siteringssøk på inkluderte studier og kontaktet ressurspersoner i fagmiljøet. Jeg har også søkt etter grå litteratur i Open Grey og Google scholar (Polit & Beck, 2012, s. 98).

For å finne primærstudier for inklusjon i oversikten har jeg gjennomført systematiske litteratursøk i de bibliografiske databasene Ovid MEDLINE, Ovid PsykINFO, Ovid EMBASE, EBSCOhost CINAHL, SweMed+ og Web of Science. SweMed+ dekker skandinaviske studier og er naturlig å ta med i tillegg til de fem internasjonale databasene. Alle seks databasene registrerer kvalitative primærstudier på mitt tema ut fra noe ulik vinkling, men som alle er relevante. Studier som er publisert i aktuelle fagtidsskrift som «International Journal of Eating Disorders», ligger i de aktuelle databasene. Å gjennomføre

håndsrøk i tidsskrift vurderte jeg av den grunn som for tidkrevende i denne oppgaven ut fra forventet resultat (Noyes et al., 2008, s. 579).

Søket er gjennomført ved å bruke engelske ord for overspisingslidelse og overspising. Emneordene er *bulimia*, *bulimia nervosa* og *binge eating disorder*. Bulimia ble tatt i bruk som emneord i databasen Ovid MEDLINE i perioden fra 1987 frem til 2005. Bulimia ble så indeksert som bulimia nervosa i 2006. Bulimia og bulimia nervosa dekket overspising og overspisingslidelse frem til *binge eating disorder* ble indeksert i 2010 (Scope note i databasen Ovid MEDLINE). Tekstordene som er brukt i søkene, er forkortelsen *BED*, *binge eating disorder*, *binge eating*, *overeating* og *compulsive eating*, og trunkering er brukt der dette er hensiktsmessig for å få med både entalls- og flertallsendelser i tillegg til de forskjellige variantene av ordet. Siden jeg kun har søkt på populasjon, har jeg brukt den boolske operatoren OR mellom søkeordene. For flere detaljer, se vedlegg III.

Jeg har i søkestrategien valgt å kun søke på populasjon. Grunnen til at jeg ikke søker på utfallsmål (erfaring), er ønske om å søke bredt, og fare for å snevre søket inn i større grad enn ønsket og dermed ikke få treff på relevante studier. I et testsøk i Ovid MEDLINE har jeg lagt til tre tekstord på utfallsmål: *experience*, *sense* og *understand* og kombinert med den boolske operatoren AND til resten av søket. Dette ga et treff på 884 studier. Ved gjennomgang viste det seg at studier aktuelle for inkludering ikke var med.

I databasen uten filter for kvalitative studier (Web of science) har jeg laget søkestrategi med tekstord ut fra hvordan metodefiltre i de andre databasene er laget (Wilczynski, Marks & Brian Haynes, 2007 ; UTHHealth, 2015). Web of science har ikke kontrollert vokabular (thesaurus), og dette betyr at jeg i tillegg måtte søke på alle synonymer og forskjellige stavemåter (Universitetsbiblioteket, 2014).

Etter at jeg hadde gjennomført et testsøk i Ovid MEDLINE, ble grad av ønsket treffsikkerhet valgt gjennom filteret *Clinical Queries*. En kan velge mellom å få treff på kun de mest relevante studiene (spesifisitet) eller å inkludere alt relevant materiale (sensitivitet) (EBSCOsupport, 2013). I et systematisk litteratursøk vil det være en fordel å oppnå en god balanse mellom å få så få irrelevante treff som mulig, samtidig som en sikrer å fange opp treff på relevante studier. Når målet er å få med alle relevante studier, bør en ha størst fokus på sensitivitet fremfor spesifisitet hvis en i størst mulig grad ønsker å sikre dette (Barroso et al., 2003, s. 165). Jeg prøvde meg frem og valgte grad av treffsikkerhet ved hjelp av *best balance* (1755 treff) eller *high sensitivitet* (5597 treff) i filteret *clinical queries*, og ut fra antall treff jeg

fikk, falt valget på *best balance*. Et argument for dette valget var å få et antall treff som er håndterbart innenfor rammene for denne oppgaven. Jeg fikk med flere ikke-relevante treff enn om jeg hadde gått for spesifisitet, på samme tid var muligheten for å få med aktuelle studier større. Min vurdering er at til tross for dette heller søket i større grad mot sensitivitet enn mot spesifisitet.

Andre avgrensninger jeg har gjort gjennom *clinical queries*, er å tidsavgrense søket tilbake til 1994, som er det året binge eating disorder ble en foreløpig diagnosekategori i DSM-IV. Dette valget ble tatt ut fra inklusjonskriteriet om at populasjonen skal være diagnostisert etter DSMs diagnostiske system. En grunn for å velge dette som inklusjonskriterium er å få en så ensartet populasjon som mulig. En annen pragmatisk avgrensning jeg har gjort, er å utelukke språk som ikke er engelsk, dansk, svensk eller norsk.

Litteratursøket som jeg først gjennomførte i Ovid MEDLINE, er fagfellevurdert av forskningsbibliotekar Gunhild Austrheim ved Høgskulen på Vestlandet. Dette ble gjort etter prosedyre fra Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) (McGowan et al., 2016) (vedlegg IV). Noen endringer ble gjort ut fra hennes anbefalinger, og det endelige litteratursøket ble utført i Ovid MEDLINE etter en samlet vurdering av hva som ville sikre meg treff på aktuelle studier for inkludering i størst mulig grad.

Samme litteratursøk ble gjennomført i alle seks databasene, men ble tilpasset til den enkelte database (vedlegg III). De treff på studier som litteratursøkene ga, eksporterte jeg til referansehåndteringsprogrammet *End Note* der jeg organiserte og arkiverte artiklene (Reuters, 2016). Duplikatene ble fjernet, og de resterende studier ble deretter importert til softwareprogrammet *Covidence* (Veritas, 2016). Covidence er utviklet for bruk i arbeid med systematiske oversikter, som en hjelp til å velge ut studier etter inklusjons- og eksklusjonskriterier på en sikker og effektiv måte. Alle studier ble gått igjennom av to personer uavhengig av hverandre (medstudent i tillegg meg). Studiene ble vurdert ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 1) og sortert som *ja*, *kanskje* eller *nei*. I første omgang ble dette gjort ved å lese tittel. Der det var nødvendig, ble det også lest sammendrag. Ved tvil og når studier ble vurdert som aktuelle for inkludering, ble de lest i fulltekst. Alle uenigheter ble diskutert og løst ved konsensus (figur 1).

Det er flere studier som tar for seg overspising som et fenomen uten at populasjonen oppfyller DSM-kriterier for BED og dermed er ekskludert. Like viktig for om de ble inkludert, er at det er populasjonens erfaringer som kommer frem, uten at det er forskerne som styrer hvilke

erfaringer de ønsker å se nærmere på. Et eksempel på en studie som er ekskludert på dette grunnlaget, er *A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity From an Addiction Perspective* av Curtis og David.¹

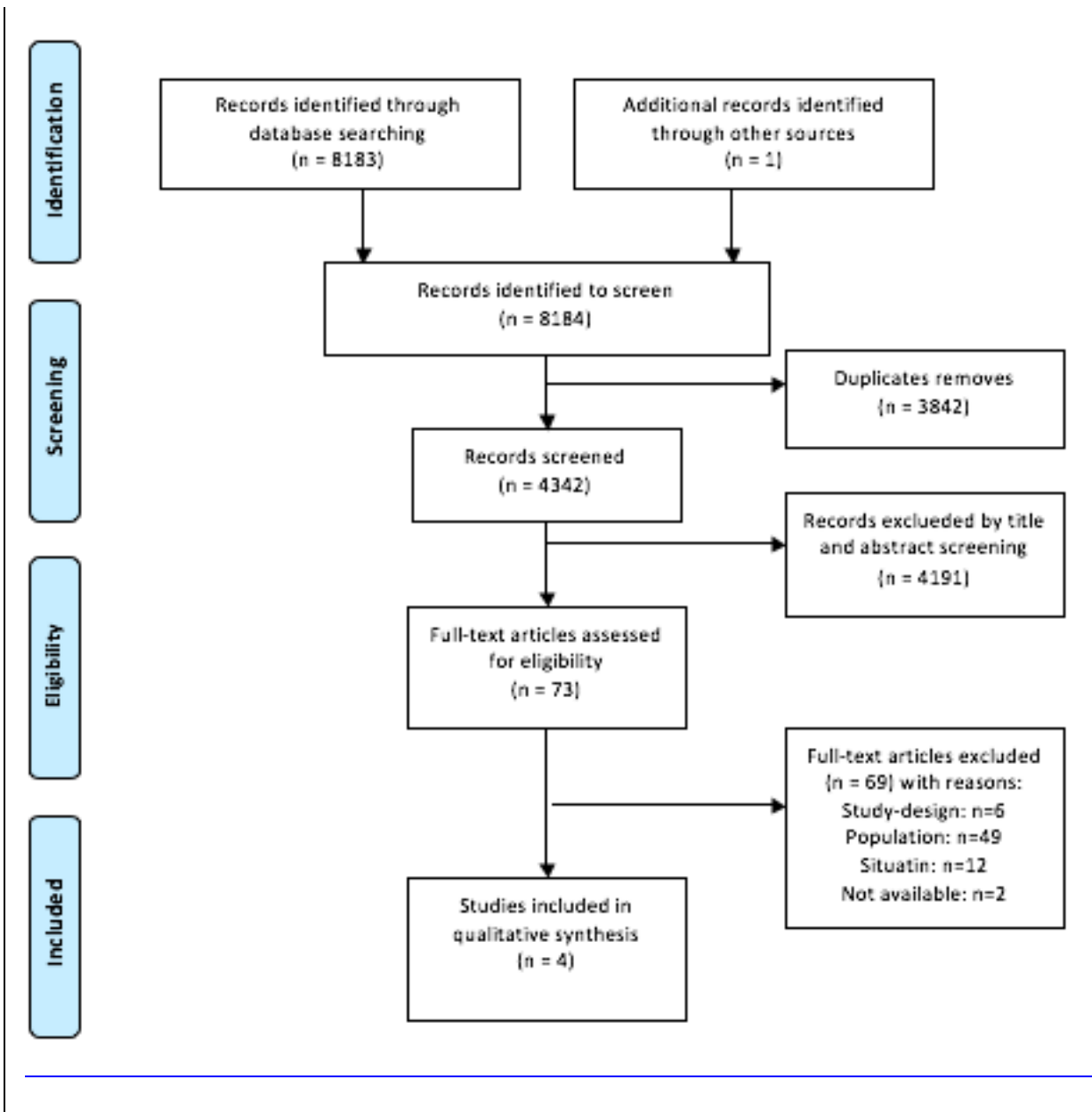
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Personer med overspisingslidelse diagnostisert etter DSM-IV- og V-kriterier	Studier som ikke er engelsk- eller skandinaviskspråklige
Empiriske kvalitative studier, uavhengig av teoretisk ståsted og kontekst	Studier der forskerne styrer type erfaring de inkluderer
Tidsavgrensning: Fra DSM-IV ble publisert i 1994 til 21.6.2016	
Både datainnsamling og analyse må være kvalitativt gjennomført	

Etter at jeg hadde gjennomført litteratursøket, gikk jeg igjennom referanselister til de fire studiene som var klare for inkludering i den systematiske oversikten. Det samme gjorde jeg med studier der informantene ikke var diagnostisert etter DSM, og som av den grunn var ekskludert. I tillegg gjennomførte jeg siteringssøk på de samme studiene. Ressurspersoner som sitter i arbeidsgruppe for utarbeidelse av nye kliniske retningslinjer i Norge med ansvar for kvalitative studier, ble kontaktet med spørsmål om kjennskap til aktuelle studier. Dette ga ikke funn av nye studier. Studier jeg fikk treff på, men som ikke er tilgjengelige, er *An exploratory study of a group of South African women* av Van Breda og *Binge eating disorder in obese women: A qualitative study in Brazil* av Teixeira: se ².

¹ Curtis, C. & Davis, C. (2014) A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity From an Addiction Perspective. *Eating Disorders*, 22 (1), s. 19-32.

² 1: Van Breda, Anna Elizabeth (2008) Binge eating: An exploratory study of a group of South African women (masteroppgave) og 2: Teixeira, M.J.; Bosi, M.L.M. Binge eating disorder in obese women: A qualitative study in Brazil (konferansepresentasjon).



Figur 1 Flow diagram (based on PRISMA 2009 Flow diagram) (Liberati et al., 2009)

2.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Det har vært mye diskutert om hvorvidt kvalitetsvurdering og bruk av sjekklister er relevant innen kvalitativ forskning, og det store antall ulike sjekklister viser at det har vært mangel på konsensus innen dette temaet (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s. 134 (Atkins et al., 2008)).

Mangfoldet av tradisjoner og teoretiske perspektiv innen kvalitativ forskning kan vanskeliggjøre bruk av standardiserte sjekklister, og Stige oppmuntrer av den grunn heller til en refleksiv dialog med en evalueringsagenda (EPICURE) fremfor bruk av standardiserte sjekklister (Stige, Malterud & Midtgarden, 2009).

Selv om det finnes mange ulike sjekklister for kvalitetsvurdering av kvalitative studier, er det noen sentrale kriterier som de fleste ser ut til å være enige om må være til stede når en vurderer kvaliteten på kvalitative studier. Det er mange som støtter seg til Lincoln & Guba som trekker frem *credibility* (intern validitet), *confirmability* (objektivitet), *transferability* (generaliserbarhet) og *dependability* (kontekstuelle forutsetninger) (Lincoln & Guba, 1985). Mays & Pope påpeker blant annet at validiteten i en studie blir styrket ved bruk av strategier som triangulering, informantvalidering, klar fremstilling av datainnsamling og analyse, refleksivitet og data som viser forforståelse og funn (Mays & Pope, 2000).

Det er blitt diskutert om kvalitative studier med lav metodologisk kvalitet skal inkluderes eller ekskluderes i kvalitative meta-analyser. Forfattere i *Cochrane Handbook for systematic Reviews* påpeker at studier som blir vurdert ekskludert på grunn av lav metodologisk kvalitet, kan gi ny innsikt på grunn av god tolkning av rådata. Studier som er utført kvalitetsmessig tilfredsstillende, kan inneholde lite tolkning og klarer av den grunn ikke å levere ny kunnskap på en overbevisende måte (Noyes et al., 2008). Det er gjort en studie som har testet hvorvidt ekskludering av studier med lav metodisk kvalitet har noe å si for resultatet i en oversikt. Studien viser at ekskludering ikke påvirket resultatet. Ved at en ekskluderte denne typen studier, ble prosessen i analysen tidsbesparende, og det økte den interne validiteten i oversiktene (Carroll, Booth & Lloyd-Jones, 2012). Andre påpeker at hvordan studien er vurdert kvalitetsmessig, er avgjørende for hvordan de velger å vekte studien i meta-analysen (Atkins et al., 2008).

I denne oversikten har det ikke vært aktuelt å vurdere å ekskludere studier på bakgrunn av lav kvalitet siden jeg har et lavt antall studier som er aktuelle for inkludering.

Når jeg i denne systematiske oversikten velger å bruke en sjekkliste for å kvalitetsvurdere studiene som er inkludert, er det for å bruke en systematisk og transparent prosedyre som er etterprøvbare. Dette vil styrke den indre validiteten i meta-analysen. I tillegg vil det kunne gi lesere en innsikt som kan være til hjelp når en skal vurdere om resultatene er overførbare til egen praksis. Sentrale punkt som jeg vil vurdere, er om det er kongruens mellom teoretisk perspektiv og forskningsmetodikk, og om forskningsmetode, datainnsamling, fremstilling av data og dataanalyse er tilpasset forskningsspørsmålet. Jeg vil også vurdere om konklusjonen er en rimelig tolkning av data. Andre punkt jeg vil vurdere, er refleksivitet, som er forskerens innvirkning på forskningsprosessen, og om resultatet har overføringsverdi. Et siste punkt er om studien er utført etter forskningsetiske prinsipper.

Sjekklisten fra Critical Appraisal Skills Program (CASP) dekker de fleste av disse punktene, og det er en av grunnene til at jeg har valgt å ta utgangspunkt i denne (CASP, 2006). Sjekklisten har 10 punkt som detaljert vurderer metodologisk kvalitet, og skåres etter «ja», «nei» eller «vet ikke». Sjekklisten gir en klar beskrivelse av hvert punkt som skal vurderes. Dette gjør den spesielt nyttig for forskere som har liten erfaring med å vurdere kvalitativ forskning. At CASP er utprøvd og brukt i andre systematiske oversikter over kvalitative studier (Glenton et al., 2013 ; Carlsen, Glenton & Pope, 2007), er også et argument for å velge denne sjekklisten.

Studiene som er inkludert i denne meta-analysen, foreligger som doktorgradsavhandlinger og er ikke publisert som artikler. Dette har gitt meg et rikt materiale å ta utgangspunkt i når jeg har kvalitetsvurdert studiene, der metode og gjennomføring er godt beskrevet. Generelt er det høy kvalitet på de inkluderte studiene, noe som kommer frem i tabell 2. Når de i stor grad skårer på høyeste nivå, vil ikke dette si at det ikke finnes svakheter i studiene. Skåren viser en totalvurdering av alle underpunkt i sjekklisten.

2.5 Dataanalyse

Det finnes mange metoder en kan gjøre seg nytte av for å oppsummere og analysere funn fra kvalitative studier, og det finnes pr. i dag ikke noen standardisert metode (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Analysemetoder som brukes i kvalitative primærstudier, blir av noen brukt til å analysere resultat i systematiske oversikter (Atkins et al., 2008). Siden formålet mitt er å bidra til utvidet forståelse av hvordan det erfarer å leve med overspisingslidelse, har jeg sett etter en prosedyre som ivaretar dette. På samme tid må metoden i stor grad sikre meg en forsvarlig gjennomføring av analysen etter vitenskapelige krav. Metoden jeg har tatt utgangspunkt i, er Noblit og Hare sin meta-etnografi (Noblit & Hare, 1988).

Meta-etnografi er utviklet for å syntetisere data fra etnografiske studier innen undervisningsfag, men er også blitt mye brukt innenfor helse- og samfunnsvitenskapelige fag. Innenfor helsesektoren er den mest brukt for å besvare spørsmål om sykdomserfaring og behandling (Atkins et al., 2008). I tillegg til å oppsummere funn fra primærstudiene beskriver metoden hvordan en gjennomfører en prosedyre som til slutt kan ende opp med en analyse der en kan orientere seg mot teoribygging. En av styrkene til meta-etnografi i denne fasen er at den bevarer konteksten for funnene og dermed muligheten for fortolkning på et meta-nivå (Dixon-Woods et al., 2006).

Meta-etnografi er delt inn i syv trinn der trinn 1-3 omhandler utvelgelse av tema, sette seleksjonskriterier og grundig lesing av studiene. I trinn 3 i meta-etnografi anbefaler Noblit &

Hare å lese primærstudiene gjentatte ganger for å få en god nok forståelse av kontekst og innhold til å kunne starte på analyseprosessen. Lesing av studiene begynner i trinn 3, men er også noe som foregår gjennom alle fasene i syntesen (Noblit & Hare, 1988, s 28).

I trinn 4 begynner selve analysedelen. Først identifiseres tema i hver studie, og i denne fasen handler det primært om hvordan studiene er relatert til hverandre. Informantenes erfaringer og opplevelser er allerede valgt ut og analysert av forfatterne i primærstudiene, og det er forfatterens tema og begrep som de presenterer i avhandlingene, jeg har brukt som rådata i meta-analysen (Atkins et al., 2008).

I trinn 5 oversetter en studiene inn i hverandre. En utforsker forbindelser og ulikheter mellom tema og begrep. Forskeren søker å forstå og overføre ideer, konsepter og metaforer på tvers av studiene som ender opp i en andreordensanalyse. Noblit & Hare beskriver tre forskjellige måter studiene kan oversettes til hverandre på: gjensidige oversettelser (reciprocal translational as syntheses), motstridende oversettelser (refutational synthesis) og logisk argumentasjonsanalyse (lines-of-argument synthesis) (Noblit & Hare, 1988, s 38, 47 og 62). Når studiene i stor grad handler om samme tema og kan sammenlignes direkte, benyttes gjensidig oversettelse. Motstridende oversettelser innebærer å se nærmere på hva som er ulikhetene mellom de forskjellige studiene som er inkludert. Logisk argumentasjonsanalyse handler hovedsakelig om logiske slutninger og vil si at syntesen bygger opp et bilde av helheten. I denne oppgaven har jeg vurdert de inkluderte studiene til å omhandle samme tema i så stor grad at de kan sammenlignes direkte, og har dermed valgt å ta utgangspunkt i gjensidige oversettelser.

Trinn 6 omfatter tredjeordensanalysen der en bygger opp en generell tolkning med utgangspunkt i resultat i hver enkelt studie. Her er formålet å videreføre nivået av tolkning, ikke å teste avdekkede konklusjoner (Dixon-Woods et al., 2005). Tidligere publiserte kvalitative meta-analyser gjennomført med meta-etnografi som metode, har brukt forskjellige tilnærminger når de gjennomfører siste ledd i analysen (Atkins et al., 2008).

For å gjennomføre tredjeordensanalyse tok jeg utgangspunkt i *logisk argumentasjonsanalyse*. Noblit og Hare beskriver dette som *hva kan vi si om det hele basert på deler av de utvalgte studier* (Noblit & Hare, 1988, s 62). Ifølge Atkins et al. er det tilsynelatende aksept for at denne analyseprosessen kan være vanskelig å gjenskape og beskrive fullt ut, da den handler om noe mer enn en mekanisk prosedyre (Atkins et al., 2008).

Siste nivå i meta-etnografi trinn 7 handler om å formulere funnene i analysen på en måte som både gir tilstrekkelig informasjon til at prosessen er transparent og etterprøvbart samt har et språk som gir mening til dem som kan ha nytte av å lese oversikten.

3 Funn

Inkluderte studier

1: *Experiences in the Lives of Women with Binge Eating Disorder* (Sandy, 2007).

Avhandlingen utgår fra fagfeltet Educational Psychology & Leadership Studies. Formålet med studien er å få en dypere forståelse av erfaringer til kvinner med overspisingslidelse. Ni informanter er rekruttert fra et senter som tilbyr psykoedukasjonsprogram for personer med overspisingslidelse, der syv har gått i gruppe de siste to årene.

2: *A Qualitative Study of Binge-Eating Disorder in Women: Experience of Body and Self*

(Starkman, 2005). Studien utgår fra fagfeltet sosialt arbeid. Formålet med denne avhandlingen er å forklare de subjektive erfaringene til kvinner med overspisingslidelse, og hvilke hendelser og/eller følelsesmessige tilstander som utløser og vedlikeholder overspising. Tretten informanter er rekruttert via treningssenter og venterom for helse- og sosialtjenester. Informantene er fra en ikke-klinisk populasjon.

3: *Women`s experience of binge eating disorder* (Owens, 2004). Avhandlingen utgår fra

Division of Human Services of the College of Education. Formålet med avhandlingen er å lære mer om hvordan overspisingslidelse er personlig erfart i kvinners liv. Seks informanter er rekruttert fra et privat psykoterasenter som er spesialisert på behandling av spiseforstyrrelser, og alle går i behandling for overspisingslidelse.

4: *Voices Caught Within: The embodied Experience of Women with Binge Eating Disorder*

(Eshtehardi, 2015). Avhandlingen utgår fra fagfeltet somatisk psykologi, der en søker å finne kunnskap om det hele menneske med både kropp og selv. Med dette utgangspunktet søker forskeren å finne svar på hva de kroppslige erfaringene hos kvinner med overspisingslidelse er. Seks informanter er rekruttert via en klinikk for psykoterapi, og alle går i behandling for forskjellige typer lidelse.

Jeg har inkludert alle studier som oppfyller inklusjonskriteriene i meta-analysen. Jeg vurderer at det er liten variasjon i kvaliteten på studiene, og dermed er de vektet tilnærmet likt.

Tabell 2: Kvalitetskriterier og resultat etter Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2006)

Screening questions:	Yes	Can't tell	No
1: Was there a clear statement of the aims of the research?	4		
2: Is a qualitative methodology appropriate?	4		
3: Was the research design appropriate to address the aim of the research?	4		
4: Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	4		
5: Was the data collected in a way that addressed the research issue?	4		
6: Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	4		
7: Have ethical issues been taken into consideration?	4		
8: Was the data analysis sufficiently rigorous?	3	1	
9: Is there a clear statement of findings?	3	1	
10: How valuable is the research?	3	1	

3.1 Identifisere fellestrekk på tvers av studiene / sammenheng mellom resultatene

Å lese studiene grundig hjalp meg til å bli kjent med og skaffe meg en foreløpig oversikt over innholdet. Fokus her har vært å identifisere tema og begreper i studiene (Britten et al., 2002).

Å kritisk vurdere studiene etter CASPs sjekkliste var også en god hjelp når jeg skulle bli kjent med innholdet i studiene. Til sammen ga dette en god første forståelse av primærstudiene og hvilken kontekst studiene er hentet fra.

For å finne ut hvordan studiene er relatert til hverandre, startet jeg med å hente ut informasjon om publikasjonsår, nasjonalitet, formålet med studien, relevant informasjon om studiepopulasjonen, antall informanter samt metodologi og design studien bygger på (Atkins et al., 2008). Dataene er presentert i en metodematrix (tabell 3).

I kvalitative studier kan funnene bli presentert både i resultatdelen og i kapitlet der resultatene diskuteres (Sandelowski & Barroso, 2002). Dette gjelder også i de studiene som er inkludert i denne meta-analysen der det varierer hvor resultatene er presentert. Flere studier satte sitater fra informanter inn mellom resultatene, én studie knytter resultatene opp mot teori. Dette gjorde arbeidet med å hente ut resultatene fra primærstudiene omfattende og tidkrevende fordi

jeg ville sikre meg at jeg fikk med alt relevant materiale i analysen. For å skape en best mulig forståelse av hva de enkelte tema og begrep i de enkelte studiene handler om, ble resultatene jeg hentet ut, kontrollert opp mot hva som er presentert i konklusjonen i avhandlingen.

Forfatterens tolkning av data synes å gi en større innsikt i det observerte fenomen enn hva den enkelte informants forståelse gir (Atkins et al., 2008). Å skille forfatterens tolkning fra informantens forståelse var jeg derfor bevisst på fra jeg startet med analysen. Studiene som er inkludert i denne meta-analysen, har i varierende grad analysert og tolket data. Den ene studien (Sandy, 2007) er i større grad deskriptiv med mindre grad av tolkning. Dette har jeg vært oppmerksom på, og det er viktig å bemerke at funn i denne studien ikke avviker fra eller strider mot funn i de andre studiene. Av den grunn har jeg ikke drøftet dette temaet videre.

Funnene som er presentert i de fire avhandlingene, er rikt beskrevet, og det var mye materiale å gå igjennom. Jeg hentet ut all tekst fra resultatene i de fire avhandlingene, og tekstens omfang var på til sammen 36 A4-sider. Ikke alt som står i teksten, er relevant for videre analyse. For å redusere mengden tekst skilte jeg relevant tekst fra irrelevant tekst, med fokus på å sortere ut den delen av teksten som belyser problemstillingen. Jeg gikk igjennom linje for linje og identifiserte de meningsbærende enhetene. Dette reduserte tekstmengden uten at det gikk på bekostning av innholdet (Malterud, 2011, s 100).

De forskjellige primærstudiene i denne meta-analysen har brukt noe ulike betegnelser på tema og kategorier i resultatdelen til tross for at innholdet kunne være tilnærmet likt. For å få en oversikt over innholdet brukte jeg først en tematisk analyse for å finne færre foreløpig samlende kategorier (Atkins et al., 2008). Jeg skrev ut resultatdelene fra de forskjellige avhandlingene med ulike farger på papiret, dette hjalp meg til å holde orden på hvor teksten kom fra (Malterud, 2011, s 103). Alle samlende overskrifter på tema og begreper ble fjernet, og bare teksten var igjen. Dette vurderer jeg er i tråd med Noblit & Hare sin beskrivelse av metoden: «*these reciprocal translations may reveal that the metaphors of one study are better than those of others representing both studies, or that some other set of metaphors, not drawn from the studies, seems reasonable*» (Noblit & Hare, 1988, s 39). Her var det sentralt å ha klart for seg forskningsspørsmålet om hvordan personer med overspisingslidelse erfarer å leve med lidelsen, for å hente ut de data som gir svar på dette. På samme tid var jeg opptatt av å være åpen for all informasjon som belyste tema jeg var ute etter. Jeg samlet også tema som

ikke belyser mitt forskningsspørsmål direkte, i tilfelle dette kunne gi kontekstuell informasjon i analyseprosessen.

Tabell 3: Metodematrise.

FORFATTER/ PUBLIKASJONSÅR	NASJON:	FORMÅL MED STUDIEN:	REKRUTTERING:	N:	ALDER:	POPULASJON:	TEORETISK PERSPEKTIV:	DATAINNSAMLING:	ANALYSE:
SANDY, K. J. 2006 PHD AVHANDLING EDUCATIONAL PSYKOLOGY & LEADERSHIP STUDIES)	Canada	Å utforske hvordan kvinner erfarer å leve med BED	Rekruttert via et senter som tilbyr psykoedukasjonsprogram for BED. Klinisk populasjon	9	36-55 år Mean: 43,2 år	Kvinner BED etter DSM-IV deltatt i gruppe de to siste årene.	Fenomenologisk og hermeneutisk teori	Dybdeintervju Observasjonsnotat fra intervju-situasjonen Transkribering	Van Manen's techniques for analyse av transkriptet. Fenomenologisk hermeneutisk metode
STARKMAN, H.D 2005 PHD AVHANDLING FRA NEW YORK UNIVERSITY SCHOOL OF SOSIAL WORK	USA	Å oppnå en dypere forståelse av mening og funksjon av BED.	Rekruttert via løpesedler på trenings senter og venterom for helse og sosialtjenester. Ikke klinisk populasjon.	13	28-50 år Mean: 42,5 år	Kvinner BED etter DSM-IV. Ingen går i terapi for BED, seks ift angst/ depresjon	Grounded theory og feministisk vitenskaps-teori	Semistruert dybdeintervju. Åpne spørsmål Intervjuguide Transkribering Feltnotater Notater gjort gjennom hele analyseprosessen	Tematisk analyse. Komparativ analyse etter prinsipp fra grounded theory.
OWENS, P.C. 2003 PHD AVHANDLING FRA UNIV. OF CINCINNATI (DIVISION OF HUMAN SERVICES OF THE COLLEGE OF EDUCATION)	USA	Kvinner erfaring med å leve med BED Fokus på atferd og følelser	Rekruttert fra privat psykoterapi senter spesialisert på spiseforstyrrelser. Klinisk populasjon	6	23-51 år Mean: 39,5 år Alle fedme	Kvinner som har oppfylt kriterier for BED etter DSM-IV de to siste årene. Alle går i terapi på senteret de er rekruttert fra.	Grounded theory og feministisk teori	Semistruert dybdeintervju Feltnotat Demografiske data Pasientjournaler Intervju av terapeuter v/behov Analytiske notater gjennom hele forskningsprosessen	Grounded theory Transkribert ved hjelp av Ethnograph v5.0 program
ESHTEHARDI, S 2014 PHD AVHANDLING FRA THE CHICAGO SCHOOL OF PROFESSIONAL PSYCHOLOGY SOMATISK PSYKOLOGI)	USA	Kroppslige erfaringer til kvinner med BED. (kropp og selv bevissthet)	Rekrutert via psykoterapiklinikk Informanter gjør seg nytte av forskjellige typer psykoterapi bl.a. for angst og depresjon	6	27-53 år Mean: 42,5 år 5 med fedme, 1 normal vekt	Kvinner som oppfyller kriterier for BED. Alle går i en eller annen form for terapi.	Fenomenologisk teori	Semistruert dybdeintervju Somatisk observasjons-notat fra intervju-situasjonen Informant-observasjoner som dagbok-notat fra dager med overspising	Interpretiv fenomenologisk analyse Primært induktiv. Dobbel hermeneutikk

Et tema som jeg ikke tok med i analysen, er årsaker til at informantene utviklet lidelsen. Dette er et stort og viktig tema, men gir ikke direkte svar på mitt forskningsspørsmål.

Etter mye prøving frem og tilbake og en nøye vurdering ble data samlet i fire foreløpige kategorier: *opplevelsen av å overspise, mitt forhold til kroppen, hva jeg føler og hva jeg tenker om meg selv, og jeg og de andre*. Denne prosessen ble gjennomført med veileder som diskusjonspartner, og tittel på kategoriene ble justert flere ganger for å beskrive så presist som mulig hva hver kategori inneholder. Så lenge de fire foreløpige kategoriene kommer fra primær-data og ikke fra teori utviklet på forhånd, vurderer jeg at også dette er i tråd med meta-etnografi som metode (Noblit & Hare, 1988, s 39).

Noblit & Hare anbefaler å lage en liste over tema og begreper fra alle studier, sette dem sammen og se hvordan de er relatert til hverandre (Noblit & Hare, 1988, s 28). Noblit og Hare har ikke gitt en klar beskrivelse av hvordan de anbefaler å gjøre dette. Andre forfattere som har benyttet meta-etnografi i sin meta-analyse, har brukt matriser for å se sammenheng på tvers av studiene (Atkins et al., 2008). For å organisere en andreordensanalyse på hver av de fire foreløpige temaene valgte jeg å bruke sistnevnte strategi. I tillegg til å holde orden på hvilke studier de meningsbærende enhetene kom fra, laget jeg, der dette var mulig, en oversikt over antall informanter som støttet dette utsagnet. I prosessen med å sette de foreløpige temaene inn i matrisen dannet jeg, der det var nødvendig, sub-tema for å organisere materialet på en mer detaljert og oversiktlig måte. Et eksempel er at opplevelsen av å overspise ble delt inn i *før jeg overspiser, mens jeg overspiser og etter en overspising*. Dette danner grunnlaget for analysen i neste trinn.

3.2 Å oversette studiene til hverandre

Ut fra hvordan jeg har erfart å gjennomføre en meta-analyse etter Noblit & Hare sin meta-etnografi, handler den ikke om å gjennomføre analysen trinn for trinn. Prosessen går frem og tilbake og har glidende overgang mellom de forskjellige fasene. Når jeg likevel har valgt å presentere analysen trinnvis, er det for å beskrive på en oversiktlig måte hvordan analysen er gjennomført.

Å oversette studiene til hverandre vurderer jeg som å finne hvilke meningsbærende enheter fra de ulike studiene som skal stå på samme horisontale linje i en tabell (tabell 4). Jeg brukte den studien med rikest beskrivelse som indeks-studie. Innholdet i hver meningsbærende enhet vurderes opp mot de andre meningsbærende enhetene, og her måtte jeg ta stilling til om de samsvarte i tilstrekkelig grad til å kunne stå på samme linje. I denne delen av analysen var det

rom for vurderinger og tolkninger, og jeg brukte veileder som diskusjonspartner for å komme frem til det beste resultatet.

Etter å ha organisert tema i de fire avhandlingene på tilsvarende måte, organiserte jeg oversettelsene på ny i en andreordensanalyse. Tema jeg endte opp med, er *Overspise, Å kjenne seg utenfor sammen med andre og Psykisk helse*.

Tabell 4: Matrise for å oversette studiene til hverandre: *Meg og de andre*. Interpersonlige forhold:

Eshthardi, 2015	Owens, 2004	Starkman, 2005	Sandy 2007	Oversettelse
<p>“They received direct and indirect messages in which their loved ones communicated in verbal or nonverbal form their feelings about their eating behavior”. “The result also revealed that others’ approval of them was important to them. They internalized others’ judgement about them as the truth”.</p>	<p>“All participants viewed themselves as having a low self-esteem with, overall, was attributed to feeling judged and criticized by family members”.</p>	<p>“The non-acceptance of their larger size by society, family, friends and even the women themselves, triggered feelings of shame and rejection”.</p>	<p>Direkte og indirekte kommuniserte negative meldinger om mat og kropp fra nære pårørende har massiv påvirkning på hva de tenker om seg selv. Dette blir vurdert som sentralt i å utvikle lavt selvbilde.</p>	
<p>“Eventually this negative internalized feelings and thoughts were projected onto almost anyone they came in contact with in order to protect themselves against emotional harm”.</p>		<p>“BED affected all of the women’s relationships with their family, friends, co-workers and spouses. It seemed that the women did not believe that their family and spouses could really accept them for how they were”.</p> <p>“These women felt judged by their families and community. The sense of “not belonging” was a catalyst for the BED”.</p>	<p>Kvinnene kjenner seg dømt av familie og samfunn, og kjenner seg ikke akseptert som den de er. Negative internaliserte tanker og følelser om seg selv kan bli projisert over på andre som et ledd i å beskytte seg mot emosjonell smerte. Dette bidrar m.a. til en opplevelse av å ikke høre til.</p>	
<p>“ The participants longed to be understood and empathized with by their loved ones about the challenges they faced on the daily basis with BED”</p>	<p>“11 participants, in their own way, stated that a deep sense of loneliness often precipitates a binge. Some women described feelings as though the eating experience (both during childhood and adulthood) provide a kind of intimacy that otherwise unavailable with another person”</p>	<p>“Their behaviors were described as secretive, lying about what they ate or pretending to buy food for other people (that they ate themselves). This behavior left the women feeling isolated from others around them”.</p>	<p>Isolerende atferd og hemmeligholdelse hindrer utvikling av dype og nære relasjoner, noe informantene lengter etter.</p>	

3.2.1 Å overspise

Episoder med å overspise blir beskrevet som en beroligende handling fra en begynner å planlegge til hele sekvensen er avsluttet, noe som i stor grad samsvarer med ritualistisk atferd (Owens, 2004 ; Starkman, 2005).

Før en overspising: Funnene i avhandlingene viser at overveldende følelser som i stor grad er negative, er utløsende faktor for å overspise. Intensiteten i følelsene varierer, og både primærfølelser og mer dyptgripende tilstander som angst og depresjon kan utløse overspising (Starkman, 2005). Impulser til å overspise oppleves som automatisert og utenfor kontroll, som et sterkt begjær. To avhandlinger beskriver kognitive tankemønstre hos informantene som forsterker trangen til å overspise (Eshtehardi, 2015 ; Sandy, 2007). Når de begynner å forberede en overspising, rapporter informanter at de kjenner seg roligere, og dermed føler de seg allerede bedre.

En studie har kartlagt oppmerksomhet på kroppslige signal som fysisk sult før en overspising, noe som kun én informant bekreftet. De andre informantene opplever de fleste gangene å ikke kjenne på sult (Eshtehardi, 2015).

Overspising: Å overspise synes for mange å gi positive følelser gjennom hele overspisingsepisoden. To studier beskriver et ritualistisk mønster rundt både forberedelse og i selve gjennomføringen av overspising, noe som i seg selv gir en roende effekt (Owens, 2004 ; Starkman, 2005). En studie beskriver nytelse av smaker (Sandy, 2007), en annen studie beskriver at en søken etter lykke ligger bak overspisingene, og at den kortvarige positive gevinsten er verdt alt ubehaget som kommer etterpå (Eshtehardi, 2015). Tapet av kontroll under overspisingsepisodene blir beskrevet som uten mulighet til å slutte å spise, men også at det oppleves å ha varierende styrke. Informanter beskriver alt fra å kjøre på autopilot til å være i en dissosiativ tilstand, der en mister oppmerksomhet både på omgivelsene og på overspisingen. Å overspise blir i den ene studien beskrevet som *en mystisk kraft* og som et nødvendig utfall, og som en beslutning tatt med håp om å oppnå kontroll på andre områder i deres liv (Eshtehardi, 2015).

Å være alene er en sentral del av å overspise, og episodene blir beskrevet som en privat del av informantenes liv som er en svært annerledes erfaring enn opplevelser de deler med andre. Det handler om egenomsorg og selvregulering.

Etter en overspising: Fysiske konsekvenser blir beskrevet som å kjenne seg dårlig, og konkret handler det om å være oppblåst, ha smerter i mageregionen og ha vanskelig for å puste. Psykiske konsekvenser beskrives som en fryktelig opplevelse med anger, skamfølelse, skyld, sinne og håpløshet. For noen fører dette til en generell nedstemthet.

3.2.2 Interpersonlige forhold

Resultater fra de inkluderte studiene viser at påvirkninger som viktige relasjoner i pasientens liv gir, er sentrale for å forstå kjernen i erfaringene til personer med overspisingsslidelse.

Direkte og indirekte kommuniserte negative meldinger om matvaner og kropp fra nære personer har stor virkning for hva informantene tenker om seg selv. Hvordan andre vurderer dem, er viktig, og blir tolket som sannhet og internalisert som egne meninger. Å kjenne seg dømt og kritisert av familiemedlemmer vurderes i en studie til å være sentralt i å utvikle et lavt selvbilde (Starkman, 2005).

Å ikke kjenne seg akseptert og bli negativt dømt av familie og samfunn gir en opplevelse av å ikke være god nok som den en er. Noen informanter projiserer negative internaliserte følelser og tanker om sin egen kropp og seg selv over på andre, dette blir beskrevet som et ledd i å beskytte seg selv mot emosjonell smerte (Eshtehardi, 2015). Alt dette bidrar til ensomhetsfølelse og en opplevelse av å ikke høre til, og informantene lengtet etter å bli forstått og få medfølelse for de vanskelige utfordringene de står overfor daglig. En dyp følelse av ensomhet kan være utløsende faktor for å overspise, og noen beskriver at overspising gir en type intimitet som ikke er tilgjengelig i nære relasjoner.

I tillegg synes funnene å vise at isolerende atferd og hemmeligholdelse som skjer i ritualer rundt episoder med å overspise, i seg selv blir et hinder for å utvikle dype og nære relasjoner.

3.3.3 Psykisk helse

Primærfølelser: Informanter beskriver dype følelser av skam, men også skyld, redsel, avsky og håpløshet knyttet til å overspise.

Selvbilde: På forskjellige måter beskriver informantene at de har et lavt selvbilde. Å ikke oppnå internalisert standard for hva en vurderer til å være godt nok, synes å resultere i negativ selvevaluering og en opplevelse av å ikke være god nok. Erfaringer fra informanter viser at høy grad av skam over tid resulterer i en generalisering til å gjelde hele selvet. Dette kan ifølge funnene føre videre til unnvikelse eller benektelse av egne behov. Konsekvenser dette synes å kunne gi, blir beskrevet som å ikke ta vare på seg selv, men også at det påvirker flere områder i livet, som sosiale relasjoner og hvordan en velger med tanke på karriere. Eksempel som blir nevnt fra en studie på konsekvenser av å ikke oppnå internalisert standard for kropp og vekt, er å tenke at en ikke er verdig å bli elsket, at en ikke er attraktiv eller ikke verdig å oppnå suksess på andre områder i livet (Sandy, 2007).

Psykologisk samsykelighet: Over tid vil dette for mange resultere i mer alvorlige tilstander, som utvikling av angst og depresjon. En studie avdekket flere faktorer som kan føre til dette: å ha et hemmelig liv (handle inn mat, overspise, fjerne alle spor), å sette seg perfektjonistiske mål som en ikke oppnår, samt å unngå relasjoner og situasjoner som synes uforutsigbare og på den måten isolere seg. Dette blir vurdert som faktorer som kan utløse angst (Eshtehardi, 2015), og hos mange fører dette til ensomhet. Noen beskriver at de føler tomhet og har et ønske om å bli fylt av noe for å føle seg hel. I noen tilfeller ble dette beskrevet som et ønske om å fylle magen til randen, og kjenne magesekken utvidet til maksimal kapasitet.

Kroppsbilde: Gjennomgående tema i de fire avhandlingene er en beskrivelse av et negativt kroppsbilde. Dette gjelder alle informanter uavhengig av kroppsstørrelse. Informantene bruker negativt ladete ord når de skal beskrive hva de synes om sin egen kropp (som ekkel og motbydelig) (Owens, 2004). En studie beskriver at informantene kjenner på tristhet og sinne når de ser seg selv i speilet, og at de synes de har sviktet seg selv fordi de har tillatt seg å nå en så høy vekt (Eshtehardi, 2015). Noen informanter beskriver et mer positivt kroppsbilde når de opplever bedre kontroll over matinntak. Andre beskriver at de bedømmer seg selv som mindre enn hva de i virkeligheten er, og dermed blir overrasket når de ser sin virkelige størrelse i et speil eller vindu.

En studie beskriver en informant som opplever overvekt som beskyttelse. Å være overvektig fører ifølge informanten til at en blir oppfattet som mindre interessant og dermed får mindre oppmerksomhet fra andre i sosiale sammenkomster. Dette oppleves som å være usynlig eller å «gå i ett med tapetet» (Owens, 2004).

Somatisk samsykelighet: Alvorlig overvekt er vanlig konsekvens av en overspisingslidelse. Alvorlighetsgraden av å leve med overspisingslidelse varierer fra smerte og ubehag etter å ha hatt en episode med å overspise, til alvorlige medisinske komplikasjoner som hjerte-karlidelser og diabetes. Redusert seksuell evne, dårlig søvnkvalitet, matallergier og kronisk utmattelse er også beskrevet i studiene. Bebreidelse av det som beskrives som selvpåført ødelagt helse, synes medvirkende til hvordan en søker å løse problemet.

Atferd og mestring: Perioder med ekstreme dietter og hard trening er beskrevet som de vanligste mestringsstrategier for å oppnå kontroll over overspising, noe som kan minne om å straffe seg selv. Gjentakende dietter fører til store svingninger i vekt over tid. En studie beskriver at når informanter ikke lykkes i å oppnå kontroll, tolker de det som at de ikke

anstrenger seg nok. Ved å jobbe hardere med de samme mestringsstrategiene mener noen informanter at de kan få det til (Eshtehardi, 2015).

Denne typen mestringsstrategier har ingen varig effekt. Mestringsstrategier som informanter beskriver å ha noe effekt, er psykoterapi, deltakelse i selvhjelpsgrupper og fysisk aktivitet. Hva informanter som går i psykoterapi beskriver gir best effekt, er hjelp til selvbevissthet og selvaksept. Trening og aktivitet spiller en betydelig rolle for å komme i kontakt med kroppen (Starkman, 2005).

3.4 Syntese

Jeg søkte videre å lage en sammenfatning og gjennomføre en ny analyse av funnene i andreordensanalysen. Jeg gikk tilbake til de meningsbærende enheter fra funnene i primærstudiene og sammenstilte disse med alle oversatte tema og subtema samt funn i andreordensanalysen. Ut fra dette laget jeg flere hypoteser for videre tolkning, og brukte veileder som diskusjonspartner før jeg endte med en endelig konklusjon i tredjeordensanalysen.

Tabell 5:

Tema	Andreordensanalyse	Tredjeordensanalyse
Å overspise	Overveldende følelser er utløsende faktor der overspising er blitt automatisert reaksjonsmønster for å regulere ubehaget. Ritualer med forberedelse/gjennomføring samt smaker og tygging har roende effekt og gir positive følelser gjennom hele episoden. Fysiske og psykiske konsekvenser etterpå blir beskrevet som en fryktelig opplevelse.	<p>Usikker selvpålevelse: Å ikke kjenne eller forstå sin egen kropp og sitt eget selv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende erfaring med og kunnskap om å identifisere og regulere følelser adekvat. • Kjenne seg utenfor sammen med andre. • Ensidig negative kognitive skjema for selvevaluering av kropp/selv. • Kobler seg fra kroppen, forholder seg ikke til den: Manglende kropps-/selvbevissthet. <p>Mestringsstrategi: Måten å løse problemet på synes å bli en stor del av lidelsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritualistisk og roende atferd gjennom å overspise for å regulere ubehag. • Gjentatte dietter og for noen hard trening blir brukt som en løsning for å slutte med å overspise. • Mestringsstrategien gir ikke varig resultat og forsterker usikker selvpålevelse.
Interpersonlige forhold	Direkte og indirekte kommuniserte negative meldinger om mat/kropp fra andre har stor virkning for hva de tenker om seg selv. Negative internaliserte tanker og følelser om seg selv kan bli projisert over på andre som et ledd i å beskytte seg selv mot emosjonell smerte. Dette bidrar bl.a. til en opplevelse av å ikke høre til. Isolerende atferd og hemmeligholdelse hindrer også utvikling av nære relasjoner, noe informantene lengter etter.	
Selvbilde/kroppsilde	Negative vanskelige følelser er dominerende, og mest fremtredende er skam, som over tid kan bli generalisert til å gjelde hele personen. Selvkritikk når en ikke oppnår forventet standard angående kropp/helse, gir utslag på alle områder i livet (relasjoner, karriere, hvordan en ivaretar seg selv). For mange opprettholder dette et lavt selvbilde og bidrar til psykologisk samsykelighet som bl.a. angst og depresjon.	

Funn i syntesen kan tyde på at negative følelser og lavt selvbilde fungerer som utløsende hendelse for å overspise, noe som kan hindre informantene i å bli kjent med sine egne reaksjonsmønstre og videre hindre dem i å utvikle adekvate måter å regulere følelser på. Å overspise vil på denne måten trolig opprettholde negative tankemønstre og det lave selvbildet. I tillegg vil denne typen fungering kunne hindre etablering av gode og dype relasjoner, noe informantene lengter etter. For å komme seg ut av en vanskelig situasjon er kronisk slanking og i perioder strenge dietter, og for noen hard trening, den vanligste måten å bruke for å oppnå kontroll. Måten en søker å løse problemet på, synes etter hvert å bli til en kjerne i lidelsen. En hypotese her er at denne typen atferd over tid fører til fremmedgjøring av egen kropp og eget selv, noe som gir en usikker selvopplevelse. Dette vil bli drøftet i resultatdiskusjonen.

4 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Jeg skal nå med et kritisk blikk gå igjennom de metodiske valg jeg har gjort i denne meta-analysen for å se hvordan det har påvirket resultatene. Det er ikke et spørsmål *om* forskeren har påvirket resultatet, men hvordan og i hvilken grad. Ifølge Malterud er det bred enighet om at noe av det som skiller vitenskapelig arbeid fra tilfeldige inntrykk og selvbekreftende påstander, er evnen til systematisk og kritisk refleksjon (Malterud, 2011, s 17). I dette kapitlet vil jeg vurdere min egen posisjon med de forutsetninger og tolkningsrammer jeg tar utgangspunkt i (refleksivitet). I tillegg vil jeg vurdere gyldigheten av funnene (validitet) og hva kunnskapen kan brukes til (relevans og ekstern validitet) (Malterud, 2011, s 22).

4.1.1 Refleksivitet

En forskers perspektiv vil alltid være begrenset, og vil være formet av tidligere erfaringer. Forforståelse og teoretiske perspektiv påvirker forskningsprosessen i alle ledd og i varierende grad. Når dette gjøres rede for på en systematisk og transparent måte, kan det være en styrke for studien (Malterud, 2011, s. 40).

Mine perspektiv og posisjoner med erfaringer fra klinisk arbeid der jeg opplever at mange pasienter kjenner seg misforstått i møte med helsepersonell, har påvirket hva jeg har sett etter, hva jeg har vektlagt som relevante funn og hvordan jeg har gjennomført analysen av disse. I tillegg har det vært med på å påvirke hvordan jeg har valgt ut litteratur og teorier som jeg har diskutert funnene opp mot. Konkret handler dette om å søke utvidet forståelse av pasientperspektivet, og at jeg dermed har hatt fokus på funn som gir mer innsikt i pasientenes

egne erfaringer som kan si noe om ikke å bli forstått og hva som kan føre til unnvikende atferd.

Når dette blir tatt i betraktning, og ettersom de inkluderte studiene ser ut til å være gjennomført etter tilfredsstillende vitenskapelige prinsipper, vurderer jeg muligheten for å få fatt i informantenes stemme og den informasjon dette gir, som god.

4.1.2 Intern validitet

Intern validitet handler blant annet om å velge riktig instrument som måler det en vil studere (Malterud, 2011, s 22). Det finnes flere metoder for å oppsummere og analysere kvalitative studier, og meta-etnografi er en av metodene som er mye brukt, og dermed er det gjort tidligere erfaringer med bruk av denne (Berg & Munthe-Kaas, 2013 ; Atkins et al., 2008). Metoden er også en av flere som er anbefalt av the Cochrane Qualitative Review Method Group (Noyes et al., 2008b).

Den interne validitet handler ikke bare om metoden analysen er gjennomført etter, det handler i like stor grad om systematikk i innsamling og håndtering av materialet. For å finne aktuelle studier for inkludering kan en velge å bruke en kvalitativ anerkjent metode og tilføre studier til analysen frem til en vurderer materialet som mettet. Eller en kan søke bredt etter studier og søke å finne alle relevante for det aktuelle temaet (Larun & Malterud, 2007). Jeg har valgt det siste, men med full forståelse for at det likevel er mulighet for at ikke alle studier blir funnet.

Berg og Munthe-Kaas påpeker at det finnes svakheter ved metoden, og presiserer at den ikke gir råd om utvelgelse av primærstudier og heller ikke diskuterer hvordan en skal forholde seg til metodisk kvalitetsvurdering (Berg & Munthe-Kaas, 2013). De enkelte trinn i syntesen er i tillegg lite definert, og det blir mye opp til den enkelte forsker å gjøre vurderinger av hvordan en skal gjennomføre tredjeordensanalysen av sitt materiale (Atkins et al., 2008). For å sikre kvaliteten har jeg derfor støttet meg til annet vitenskapelig arbeid og andres erfaringer med meta-etnografi (Atkins et al., 2008 ; Campbell et al., 2003 ; Britten et al., 2002 ; Larun & Malterud, 2007).

Når jeg skal vurdere den interne validiteten i denne meta-analysen, er et annet grunnleggende punkt at jeg har vurdert de inkluderte studiene til å ha god metodisk kvalitet.

Noe jeg vil vurdere som en styrke ved denne meta-analysen, er litteratursøket og utvelgelse av de inkluderte studiene. Søkestrategien er fagfellevurdert av forskningsbibliotekar, og selve søkene gjennomførte jeg to ganger, noe som ga tilsvarende resultat. De treffene søket ga, ble

gjennomgått av to personer uavhengig av hverandre. Det var mange studier å gå igjennom, noe som i seg selv kan øke faren for at en gjør feil. Faren for dette ble minimalisert ved hjelp av at jeg og en medstudent gikk igjennom alle studiene uavhengig av hverandre, og der vi var uenige, diskuterte vi oss frem til konsensus.

Det som jeg vurderer som et svakere punkt i denne meta-analysen, er at kritisk vurdering av studiene og analyseprosessen har vært gjennomført av én person. For å sikre den indre validitet i størst mulig grad har jeg brukt veiledere og medstudent som diskusjonspartnere gjennom prosessen. Alternativt kunne to eller flere forskere gjennomføre kritisk vurdering av alle ledd i analysen uavhengig av hverandre, noe som kunne ha bidratt til gode faglige diskusjoner rundt analysen samt tolkninger av funnene. Min forforståelse hadde blitt utfordret, og jeg ville hatt et større innblikk i hvordan denne har påvirket resultatene, noe som kunne sikret den interne validiteten i større grad. Bakgrunnen for å velge et dårligere alternativ her er rammene for oppgaven og mangel på ressurser.

For å søke en bedre forståelse av de resultatene fra primærstudiene som jeg har tatt med inn i analyserundene, samt å få en tilbakemelding på om resultat fra tredjeordensanalysen er i tråd med resultat fra primærstudiene, kunne jeg kontaktet forfatterne og bedt om forfattervalidering. Dette er ikke gjort i denne meta-analysen, og grunnen for dette valget er mangel på tid og ressurser.

Et annet punkt som kan svekke den interne validiteten i meta-analysen, er språkforståelse. Alle inkluderte studier er engelskspråklige, noe som er mitt andrespråk. Faren for at jeg ikke har fått med meg alle nyanser som jeg ville ha gjort hvis studiene var skrevet på mitt førstespråk, er til stede. For å sikre en så god forståelse som mulig av språknyanser har jeg brukt mine veiledere som begge behersker engelsk godt.

4.1.3 Relevans / ekstern validitet

Relevans handler om hvorvidt resultatet tilfører ny kunnskap og om det er overførbart. Et endelig svar på relevansen i denne meta-analysen vil være om den blir publisert og dermed når ut til et større publikum. En annen måte som kan benyttes for å undersøke om resultatene i denne meta-analysen har relevans, er å sende den til medlemmer av en brukerorganisasjon for å be om brukervalidering. Da må en ta i betraktning at brukerrepresentanter ikke nødvendigvis representerer hele gruppen, og dette er en grunn til at brukervalidering ikke er gjort. Andre grunner er mangel på tid og ressurser til gjennomføring av denne oppgaven.

Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene kan generaliseres og om de er overførbare til andre situasjoner og andre kontekster. Å identifisere hvilken populasjon som er i utvalgene, er viktig for å avgjøre om resultatene kan overføres.

I hvilken grad andre kan dra nytte av funnene i denne meta-analysen, vil være opp til den enkelte å vurdere ut fra hvor kunnskapen er aktuell å ta i bruk. En begrensning er at kun kvinner er med som informanter i de fire inkluderte studiene, og at alle forskerne som har gjennomført studiene, er kvinner. Det er flere grunner til at kun kvinnelige informanter er valgt, og noen av forfatterne argumenterer ut fra feministiske teorier. Med mannlige informanter og forfattere kunne en fått andre funn.

De inkluderte studiene er gjennomført i USA og Canada, altså i vestlig kultur. Dette kan begrense gyldigheten til å gjelde vestlig populasjon. På samme tid må en ta i betraktning at helsevesenet er organisert på forskjellige måter innen vestlig kultur. Ved å velge et bredere inklusjonskriterium for populasjon og inkludere studier der informantene tilsynelatende oppfyller kriterier for overspisingslidelse uten å være diagnostisert, kunne jeg ha inkludert studier som har europeisk populasjon. De to studiene som ikke ble inkludert siden de ikke var tilgjengelige (ikke publisert), kommer fra Brasil og Sør-Afrika. En meta-analyse med inkluderte studier fra disse landene ville kunne si noe mer om allmenngyldighet på tvers av kontinent og kulturer.

Det finnes flere moment en må ta i betraktning når en skal vurdere relevans. Informantenes alder varierer mellom 23 og 55 år, med en gjennomsnittsalder på 42. Dette kan begrense gyldigheten til voksne i dette aldersspennet. Andre punkt å ta med i betraktningen er at studiene er publisert mellom år 2003 og 2014, og at alle informanter er diagnostisert etter DSM-IV og V-kriterier for BED og kommer fra både klinisk og ikke-klinisk populasjon.

Til sammen i alle de fire inkluderte avhandlingene er det 34 informanter, noe jeg vurderer som et godt grunnlag for å kunne trekke konklusjoner og finne mer generelle tolkninger.

4.1.4 Etikk

Formålet med denne meta-analysen har vært å utvikle det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for hvordan det erfarer å leve med overspisingslidelse, både for at helsepersonell kan tilpasse behandlingstilbudet i større grad, og at det kan fremme mulighet for å gjøre endringer for dem som lever med overspisingslidelse. Ved å oppsummere og analysere forskning som allerede finnes, videreutvikles funn fra tidligere publiserte studier, en

gjør resultatene mer tilgjengelige, og på samme tid kan en hindre at studier som allerede er gjort, blir unødvendig repetert. Dette er i tråd med forskningsetiske retningslinjer.

Meta-analysen bygger på resultat fra andre studier. En er ikke pålagt å innhente godkjenning fra regional etisk komite for å gjøre meta-analyse på andres studier. Samtlige inkluderte avhandlinger beskriver rikt hvordan de har fulgt de forskningsetiske prinsipper, så dette er godt ivaretatt. Forfatterne har også vært opptatt av at informanter skulle ha anledning til oppfølging og debrifing hvis intervjuene forårsaket vanskelige situasjoner.

Avhandlingene ligger fritt tilgjengelig, og kan benyttes uten å innhente samtykke fra forfatterne til dette. Gjennom hele prosessen har jeg vært opptatt av å behandle forfatternes arbeid med respekt ved å søke en god forståelse av deres resultat, samt å gjøre en så grundig og god analyse av deres resultat som mulig.

4.2. Diskusjon av funn

For å forstå mer av fenomenet overspisingslidelse har formålet med denne oversikten vært å få økt kunnskap om hvordan personer med overspisingslidelse *erfarer* å leve med lidelsen. Dette handler ikke om introspeksjon eller en psykologisk orientering, men om å åpne opp for og tolke kunnskap som er forankret i informantens livsverden (Kvale, 2009). Informantene beskriver en situasjon der de kjenner seg dømt av samfunnet, nære relasjoner og seg selv. De vanligste strategiene de bruker for å komme seg ut av en vanskelig situasjon, fungerer ikke.

Funnene som synes å komme klarest frem i syntesen i denne oversikten, har jeg samlet i to tema, der det første er *usikker selvopplevelse*. Funnene kan tyde på at å leve med overspisingslidelse der en regulerer vanskelige følelser med overspising over tid, vil føre til en utydeliggjøring av egen kropp og eget selv. Aktuelle tema her er manglende erfaring med og kunnskap om adekvat regulering av følelser, å kjenne seg utenfor sammen med andre, ensidig negative kognitive skjema for selvevaluering av kropp og selv og manglende kropps- og selvbevissthet (figur 2).

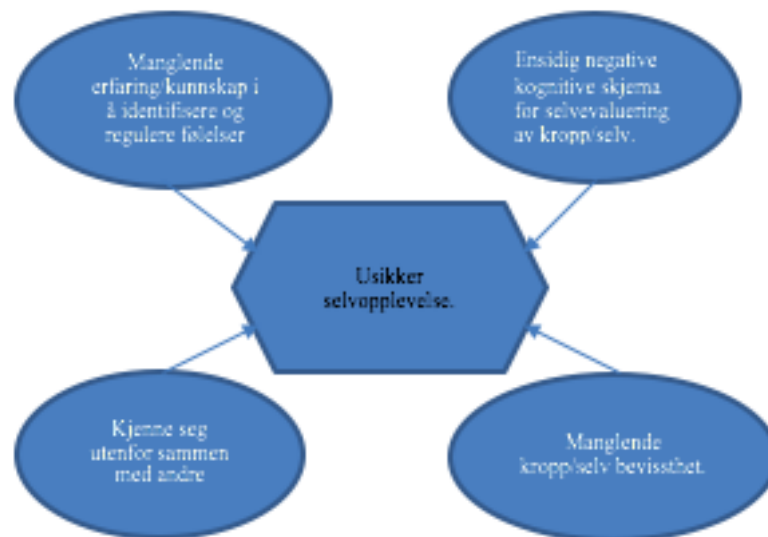
Det andre temaet er *mestringsstrategi*: Hvordan en søker å løse problemet, synes å bli en sentral del av lidelsen. Dette gjelder mestringsstrategien som blir brukt både for å få det bedre i den konkrete situasjonen med å overspise, og ved å bruke strenge dietter og hard trening når en bestemmer seg for å gjøre noe for å komme seg ut av lidelsen. Måtene å løse følelsesmessige problemer på synes i seg selv å bli en vedlikeholdende faktor (figur 3).

Jeg skal videre i dette kapitlet drøfte funnene opp mot empirisk forskning innen relaterte felt samt rådende teorier og erfaringer fra klinisk praksis.

4.2.1 En usikker selvopplevelse

Før jeg går videre med resultatdiskusjonen, vil jeg definere hva jeg legger i begrepet selvopplevelse. Jeg støtter meg til Mandelids definisjon: *en naturlig, automatisert og før-reflektert opplevelse av tilstedeværelse i egen kropp, egne følelser, tanker og handlinger* (Mandelid, 2006).

Funn fra denne syntesen knytt opp mot en usikker selvopplevelse: Se figur 2.



Figur 2

Manglende erfaring med og kunnskap om adekvat regulering av følelser: Som funnene i denne oversikten viser, blir negative følelsesmessige opplevelser i stor grad regulert med å overspise. Dette finnes det støtte for i litteraturen der Safer et al. knytter overspisingslidelse med tap av kontroll over matinntak til dysregulerte negative affekter og beskriver overspising som atferd for å påvirke, forandre eller kontrollere negative emosjoner (Safer, Robinson & Jo, 2010).

På sikt vil dette kunne føre til at en i større eller mindre grad mister kontakten med følelsene, noe som kan innebære at en ikke identifiserer hva følelsen vil fortelle (Safer, Telch & Agras, 2001, s. 36). Å kunne føle og oppleve ut fra seg selv er sentralt for å kunne være et vitalt og sunt menneske. Dersom en mister denne evnen, vil en også kunne miste kontakt med kjernen i

seg selv og i varierende grad føle seg tom, uten mening og uten substans (Monsen, 1990, s 144). Evnen til å kunne forstå både sitt eget og andres sinn er knyttet til å kunne regulere sine egne følelser, noe som er grunnlaget for god psykisk helse (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Kjenne seg utenfor sammen med andre: Når en mangler erfaring i og kunnskap om å identifisere og regulere følelser på en adekvat måte uten å bruke mat, kan en logisk slutning være at det blir vanskelig å skulle formidle til andre hva en strever med og trenger hjelp til og forståelse for. En videre tolkning kan være at å ikke ha et språk for dette kan bli vurdert som unnvikende atferd, og være til hinder for å utvikle både nære relasjoner og et terapeutisk klima sammen med behandler.

Informanter fra studiene som er inkludert i denne oversikten, formidler at de kjenner på ensomhet og en opplevelse av å være utenfor. Dette er knyttet opp mot at de kjenner seg dømt gjennom negative kommuniserte meldinger om kropp og vekt, og at de savner forståelse for de utfordringer de står overfor. Å ikke kunne formidle sine egne behov kan synes å ha sammenheng med svekket evne til å fortolke sine egne og andres ønsker, behov, følelser og tanker, noe som er sentralt i teori om mentalisering, og som lett fører til både at en misforstår og blir misforstått (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Dette kan igjen føre til uklare situasjoner som gir sterke følelser som resulterer i tilbaketrekking eller regulering ved å overspise.

Ensidig negative kognitive skjema for selvevaluering av kropp og selv og manglende kropps-/selvbevissthet.

Resultatene i denne oversikten synes også å vise at informantene i stor grad lar seg påvirke av nære relasjoners vurdering av deres kropp og vekt, og at dette blir tolket som sannhet og internalisert som egne meninger. Ut fra dette kan en logisk slutning være at informantene har liten tiltro til sine egne opplevelser og vurderinger, eller er i liten kontakt med hva de selv opplever. På den annen side viser resultatene at informanter i noen grad er i kontakt med negative emosjoner som utløser overspising, samt de positive opplevelsene gjennom episoden med å overspise. Så her kan det synes som det er andre og mer grunnleggende tanker og følelser samt mer balansert syn på sine egne kvaliteter og ressurser informantene mangler bevissthet om.

For å få et bedre grunnlag for å forstå denne antagelsen, søkte jeg til kroppsfenomenologi. Innenfor kroppsfenomenologien tenker en blant annet at kroppen er kilde til kontakt med seg selv. Dette står i sterk kontrast til en tidligere grunnantagelse som har preget helsefagene, der den kartesianske dualismen og skillet mellom kropp og sinn har vært den førende tenkningen. Ifølge kroppsfenomenologien har levd erfaring og levd liv en kroppslig forankring, og Merleau-Ponty viser til at kunnskap sitter i kroppen, kroppen «vet» og «forstår» (Thornquist, 2008, s 116). For Merleau-Ponty kan uttrykket og det uttrykte aldri skilles, og han fremhever at det er en samtidighet mellom kropp og følelser. Det dreier seg om en kvalitativt annerledes forståelse enn der følelser betraktes som det egentlige, og kroppen som en reaksjon på følelsene (Thornquist, 2008, s 120).

For å kunne bidra med hjelp og forståelse til personer med overspisingslidelse kan funn fra denne oversikten knyttet opp mot teori fra kroppsfenomenologien tyde på at behandling med en kroppslig innfallsvinkel vil være et viktig supplement til andre aktuelle tilnærminger for å komme i kontakt med de dypere, uforklarlige og ikke-regulerte følelser.

4.2.2 Mestringsstrategi: Måten å løse problemet på som vedlikeholdende faktor i lidelsen
Funn i oversikten viser at utløsende faktor for å overspise ofte er hendelser i nære relasjoner og følelser dette gir. Videre i diskusjonen vil jeg dele funnene inn i tre ulike komponenter: atferd (overspising og harde dietter / trening), følelser (blant annet skam og mer gjennomgripende følelsestilstand som angst og depresjon) og kognitiv fungering.

Atferd: Spisemønsteret varierer for mange mellom hyppige episoder med å overspise og perioder med strenge dietter, noe som for de fleste fører til fedme over tid. Dietter som blir brukt som et middel for å oppnå kontroll over overspisingslidelse, blir ifølge diagnosekriteriene ikke regnet som kompenserende atferd (APA, 2013).

Når mange med overspisingslidelse søker helsehjelp, viser erfaring fra praksis at råd som ofte er blitt gitt, er harde dietter og økt aktivitet. Tanken er å forbruke mer energi enn inntaket pr. dag, for å redusere vekt. Dette kan fungere i korte perioder på vekt, men bidrar til negativ utvikling av overspisingslidelse siden mat blir brukt ubevisst for å regulere følelser (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007). Forskningsstudier viser at rundt 90 % av en overvektig populasjon tar igjen tapt vekt innen tre år (Christiansen et al., 2007 ; Cooper & Fairburn, 2001), og dette har både fysiologiske og psykiske årsaker. Å ikke mestre råd som blir gitt av helsepersonell, kan en anta aktiverer skamfølelse, noe erfaringer fra praksis også viser. På sikt kan dette gi seg utslag i håpløshet og at en ikke søker videre hjelp for sin lidelse.

En av de inkluderte studiene har funnet at de fleste informantene ikke kjenner på fysisk sultfølelse før episoder med å overspise. Harde dietter fører til underskudd på energi, så at fysisk sult også kan være en av flere utløsende faktor for å overspise i tillegg til at det gjør det vanskelig å slutte å spise når en først har begynt, kan være sannsynlig. Dette samsvarer med teori som kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser bygger på, der fysisk sult blir vurdert som en sentral faktor for å overspise, sammen med kognitive mekanismer som beskrives som svart-hvitt-tenkning: Når jeg først har feilet, kan jeg like godt gjøre det helt og fullt (Fairburn, 2008, s 126).

Følelser: Skam og andre negative følelser synes ifølge funnene å være aktivert både før og etter episoder med å overspise. Funn i syntesen viser at både opplevelsen av tapt kontroll og også de konsekvenser dette gir på lang sikt i form av vekslende vekt og somatiske komplikasjoner, medfører negativ selvkritikk både når det gjelder kroppen og selvet. Skårderud beskriver at synet på fedme i den vestlige verden blir vurdert som en psykologisk eller moralsk brist, som mangel på selvkontroll, noe som funn i denne oversikten viser er sammenfallende med informantenes eget syn på seg selv (Skårderud, 2010). Et eksempel fra en av de inkluderte studiene synes å vise at skam utløses i forhold til kroppsbilde, spisemønster (hemmeligholdelse), syklus med dietter i kombinasjon med hyppige episoder med å overspise og sosiokulturelle faktorer (Starkman, 2005), noe som kan tyde på at skamfølelse er sentralt for å forstå hvordan det erfarer å leve med lidelsen.

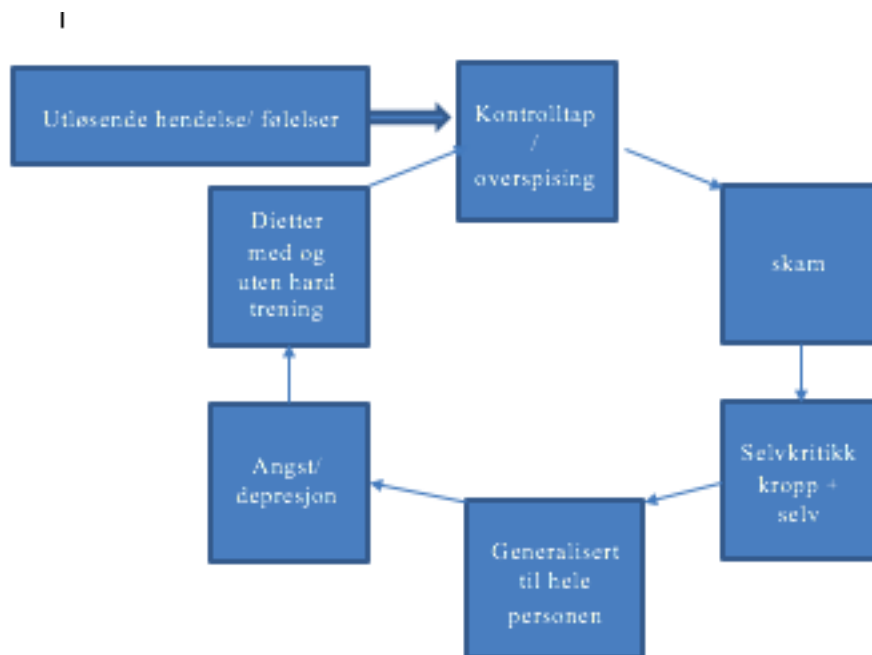
Følelse av skam som blir utløst av flere forskjellige sentrale faktorer i informantenes liv, synes å øke opplevelsen av håpløshet. Over tid kan dette gjennom kognitive komponenter føre til en generalisering: en følelse av at det gjelder hele personen, og fra at situasjonen kjennes håpløs til at *jeg er håpløs*. Dette samsvarer med Gilbert et al., som beskriver skam som en smertefull følelse som har negativ innvirkning på selvet (Gilbert, Pehl & Allan, 1994). Ifølge Becks kognitive modell om depresjon vil høy grad av skam føre til manglende tro på muligheter for å få til endring, noe som igjen fører til håpløshet og utvikling av depresjon og gir en betydelig funksjonsnedsettelse i hverdagen. (Beck & Greenberg, 1974). De fleste av informantene i denne oversikten har diagnoser som angst og depresjon i tillegg til overspisingslidelse.

Funnene i denne oversikten synes å vise at informantenes lave selvbilde er mer knyttet opp mot samspill i nære relasjoner enn mot episoder med å overspise, og vil dermed ikke være en

direkte konsekvens av å ikke kontrollere matinntak. Av den grunn faller dette temaet noe utenfor hva som er fokus i denne syntesen. Når jeg likevel velger å belyse temaet, er det fordi funn i primærstudiene viser at lav selvfølelse er noe informantene beskriver preger deres liv. At lavt selvbilde ikke er direkte konsekvens av overspising, samsvarer med Fennell og hennes forståelse av hvordan grunnleggende lav selvfølelse kan bli utviklet fra tidlige barneår (Fennell, 2009, s 32). I møte med omsorgspersoner dannes en grunnleggende antagelse som *jeg er ikke god nok, jeg er ikke verd noe, jeg er dum* osv. For å ivareta egen integritet lager en seg mestringsstrategier som er med på å vedlikeholde den grunnleggende negative antagelsen om seg selv. Utvikling av grunnleggende lav selvfølelse kan ut fra dette knyttes opp mot manglende inntoning fra viktige omsorgspersoner i oppveksten, og Bowlby understreker at inntoning til barnets affekter og handlinger har en primær betydning for barnets selvbilde og kommunikasjonsevne (Bowlby, 1988). Dette kan i noen grad være sammenfallende med et tema fra avhandlingene som er ekskludert fra analysen (opprinnelsen til problemet), med begrunnelse at det ikke gir et svar på forskningsspørsmålet i denne oversikten. Som grunnlag for å forstå lidelsen fullt ut er opprinnelsen et viktig og stort eget tema som bør analyseres for seg selv.

Kognitiv komponent: Noe funnene synes å vise enighet om, er at negative kognitive skjema for selvevaluering både når det gjelder kropp og selv ligger til grunn for episoder med å overspise, og at å overspise forsterker denne typen skjema. Dette samsvarer i noen grad med en teori som bygger på forskning: kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser etter Fairburns modell (Fairburn, 2008, s 20-21). Fairburn tar utgangspunkt i at en spiseforstyrrelse i stor grad er av kognitiv art, og at å gi seg selv stor verdi ut fra hvordan en bedømmer kroppen og vekten, er selve motoren i spiseforstyrrelsen. Denne modellen er transdiagnostisk, og gjelder dermed for alle typer spiseforstyrrelser inkludert overspisingslidelse, selv om overevaluering av kropp og vekt ikke er diagnosekriterium for denne lidelsen. Ifølge hans modell er følelsesregulering på grunn av en aktuell hendelse en utløsende faktor til å overspise, noe jeg ut fra funnene i denne oversikten vil hevde er en undervurdering av denne pasientgruppens mer grunnleggende problemer. Denne påstanden støtter seg også til teorier som hevder at sterke følelser har en dominant rolle overfor tankene, og dermed reduseres den kognitive funksjonen (Kåver & Nilsonne, 2005, s 44). Påstanden samsvarer også med resultat fra en studie som viser at overevaluering av kropp og vekt er mindre relevant trigger for overspising enn psykososiale stressfaktorer (Goldschmidt et al., 2009).

Hvordan de presenterte teoriene og den empiriske forskningen støtter påstanden om at både atferdsmessige, følelsesmessige og kognitive komponenter er med på å vedlikeholde overspisingslidelse, har jeg oppsummert i figur 3.



Figur 3

5 Hvor stor tillit kan en ha til resultatet?

For at andre skal kunne gjøre seg opp en mening om hvilken tillit en kan ha til resultatene i en kvalitativ meta-analyse, er det utviklet et verktøy som gir et overblikk over dette. I GRADE CERQual er det hvert funn i meta-analysen som blir vurdert opp mot flere sentrale punkt. Disse punktene er mengden data som bidrar til det enkelte funn, metodologiske begrensninger i primærstudiene som funnet er basert på, koherens eller datasamsvar mellom primærstudiene og funnet, samt relevans der en vurderer konteksten i de enkelte studiene opp mot konteksten i meta-analysens problemstilling. Til slutt blir det gjort en vurdering av hvilken grad av tillit en har til at funnene fra meta-analysen reflekterer det fenomenet som blir studert. Alle punkt blir vurdert etter høy, moderat, lav og svært lav tillit til funnet (Lewin et al., 2015).

Tabell 6: GRADE-CERQual Evidence Profile:

Oppsummering av resultatet	Studier som bidrar til funnet	Metodologiske begrensninger	Datasamsvar/koherens	Dataomfang	Relevans:	CERQual vurdering av tillit til resultatet	CERQual vurdering
Selvopplevelse:							
Negative følelser og lavt selvbylde er utløsende faktor for overspising og hindrer informantene i å bli kjent med sitt eget reaksjonsmønster / utvikle adekvate måter å regulere følelser på. I tillegg vil dette hindre etablering av gode og dype relasjoner, noe informantene lengter etter. Dette kan føre til fremmedgjøring av egen kropp og eget selv, noe som gir en usikker selvpålevelse.	Studier: 1, 2, 3 og 4 Studie: 1, 3, og 4	Høy tillit til metodologisk kvalitet	Godt samsvar mellom data i primærstudiene og funnet. Rimelig konsistens mellom funn i alle studier	Mindre svekkelse av tillit til funnet på grunn av få studier inkludert i oversikten. Til tross for dette er funn fra 34 informanter konsistente, og rikt beskrevet i alle avhandlinger	Mindre svekkelse av tillit til funnet: Menn er ikke inkludert i studiene. Alle studiene er fra vestlig kultur. For øvrig godt samsvar i funnene fra de enkelte primærstudiene	Moderat tillit	Til tross for noe nedtrekk på dataomfang og relevans blir den totale vurdering av tillit til funnene høy.
Mestringsstrategi:							
Måten å løse problemet på blir en stor del av problemet: Ritualistisk og roende atferd gjennom å overspise blir brukt for å regulere ubehag. Gjentatte dietter og for noen hard trening blir brukt som en løsning for å slutte å overspise. Mestringsstrategien gir ingen varig effekt og forsterker negativ selvpålevelse.	Studier: 1, 2, 3 og 4	Høy tillit til metodologisk kvalitet	Godt samsvar mellom data i primærstudiene og funnet. Rimelig konsistens mellom funn i alle studier	Mindre svekkelse av tillit til funnet på grunn av få studier inkludert i oversikten. Til tross for dette er funn fra 34 informanter konsistente, og rikt beskrevet i alle avhandlinger.	Mindre svekkelse av tillit til funnet: Menn er ikke inkludert i studiene. Alle studiene er fra vestlig kultur. For øvrig godt samsvar i funnene fra de enkelte primærstudiene	Moderat tillit	Til tross for noe nedtrekk på dataomfang og relevans blir den totale vurdering av tillit til funnene høy.

Når jeg har vurdert tilliten til funnene i meta-analysen, er det flere punkt som drar noe ned på graderingen. For det første er det få studier inkludert. På samme tid vurderer jeg dataomfanget som rikt, da alle fire er doktorgradsavhandlinger som gir en rik beskrivelse av alle ledd i studiene. Det er to land inkludert i oversikten. Geografiske begrensninger gjør at meta-analysen sier noe om vestlig kultur, og i stor grad fra den kaukasoide rase. Innenfor vestlig kultur er det stor variasjon i helsetjenester og tilgang til disse, noe som også er med på å dra noe ned. At det kun er kvinner som er informanter i studiene, gir også et nedtrekk.

Ut fra disse kriterier vil min totale vurdering være at tillit til funnene i denne meta-analysen er høy. Når jeg likevel nedgraderer til moderat tillit, handler dette om at funnene er komplekse og forklarende, dermed vil det være mindre som skal til for å nedgradere funnene.

6 Konklusjon

Funn i denne oversikten indikerer at måten personer med overspisingsslidelse søker å løse følelsesmessige problemer på kan bli en sentral del av lidelsen, og synes å dekke over de virkelige problemene som kan være manglende ferdigheter i følelsesregulering, etablering og opprettholdelse av nære relasjoner samt negative kognitive skjema for selvevaluering.

Funnene synes å kunne gi ny og utvidet kunnskap om hvordan det erfarer å leve med overspisingslidelse. Denne kunnskapen kan være til hjelp for at vi som sykepleiere og andre helsearbeidere bedre kan se bak fedme og identifisere personer med overspisingslidelse når de søker helsehjelp. Først og fremst handler det om å gjøre en grundig utredning og vurdering som gjennomføres på måter som reduserer skamfølelse. Dette fremmer med stor sannsynlighet muligheten for å få frem opplysninger som kan være til hjelp når en skal stille riktig diagnose. Vi må være oppmerksom på at det vi som helsepersonell kan oppleve som unnvikende personlighetstrekk hos pasientgruppen, kan handle om en uklar selvopplevelse.

Detaljert kunnskap om hvordan det oppleves å leve med overspisingslidelse, kan bidra til en større forståelse og dermed mulighet for forbedrede behandlingstiltak i møte med personer med BED. Hver enkelt vil oppleve sin situasjon på en særegen måte, og behandlingen må ut fra dette legges til rette individuelt. Behandlingen må trolig omhandle både de automatiserte mestringsstrategier som fungerer som opprettholdende atferd, og faktorene som gir en usikker selvopplevelse. For å få best mulig effekt av behandling kan supplement av kropporientert tilnærming være et godt alternativ.

Kunnskapen om effekt av spising som ritualistisk og roende atferd kan trolig også brukes når en skal utforme et behandlingstilbud til denne pasientgruppen, og eventuelt knytte den til regelmessig spising med tilstrekkelig mengde energi i stedet for strenge dietter / overspising.

Funnene kan også synes å gi ny og utvidet innsikt for dem som lever med lidelsen. Kunnskap om at lidelsen synes å opprettholde seg selv, gir en forståelse av at det ikke nytter å anstrenge seg hardere med gamle mestringsstrategier. I tillegg kan funnene gi håp om at det finnes behandling som kan hjelpe pasientgruppen til å få et bedre liv.

7 Videre forskning

Gjennom arbeid med denne meta-analysen er det to tema som spesielt har utmerket seg der det mangler forskning. Dette er:

- Hvordan menn erfarer å leve med overspisingslidelse.
- Oppsummere studier som tar for seg erfaringer om opprinnelsen til overspisingslidelse.

Referanser:

APA, A. P. A. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington DC, American Psychiatric Association.

APA, A. P. A. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. DSM-V*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Arne, S. & Økland Lier, H. (2008) Et behandlingstilbud for pasienter med overspisingsslidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008*, s. 460-463.

Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A. & Volmink, J. (2008) Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8 (21), s. 1-10.

Barroso, J., Gollop, C. J., Margarete Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F. & Collins, L. J. (2003) The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies. *Western Journal of Nursing Research*, March 2003 (25), s. 153-178.

Beck, C. T. & Greenberg, R. (1974) *Coping with depression*. Philadelphia, USA, The Beck Institute of Cognitive Therapy and Research.

Berg, R. C. & Munthe-Kaas, H. (2013) Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi*, 23, s. 131-139.

Bowlby, J. (1988) *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, Basic Books.

Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M. & Pill, R. (2002) Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy*, 7,

Campbell, R., Pound, P., Pope, C., Britten, N., Pill, R., Morgan, M. & Donovan, J. (2003) Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Soc Sci Med*, 56,

Carlsen, B., Glenton, C. & Pope, C. (2007) Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice*, 57 (545), s. 971-978.

Carroll, C., Booth, A. & Lloyd-Jones, M. (2012) Should We Exclude Inadequately Reported Studies From Qualitative Systematic Reviews? An Evaluation of Sensitivity Analyses in Two Case Study Reviews. *Qualitative Health Research*, 22 (10), s. 1425-1434.

CASP (2006) *Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Qualitative Appraisal Checklist for Qualitative Research*. [Internett], Oxford, CASP. Tilgjengelig fra: <<http://www.casp-uk.net/>> [Nedlastet 25.09.2016].

Centre for Reviews and Dissemination (2009) *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. I: York, York Publishing Services Ltd.

Christiansen, T., Bruun, J. M., Madsen, E. L. & Richelsen, B. (2007) Weight Loss Maintenance in Severely Obese Adults after an Intensive Lifestyle Intervention: 2- to 4-Year Follow-Up. *Obesity, a research journal.*, 15, s. 413-420.

Cooper, H., Hedges, L. V. & Valentine, J. C. (2009) *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis*. New York, Russell Sage Foundation.

Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2001) A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity *Behaviour Research and Therapy*, 39 (5), s. 499-511.

Curtis, C. & Davis, C. (2014) A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity From an Addiction Perspective. *Eating Disorders*, 22 (1), s. 19-32.

Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B. & Sutton, A. (2005) Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10 (1), s. 45-53.

Dixon-Woods, M., Bonas, S., Booth, A., Jones, D. R., Miller, T., Sutton, A. J., Shaw, R. L., Smith, J. A. & Young, B. (2006) How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research*, 6 (1), s. 27-44.

EBSCOsupport (2013) *CINAHL Clinical Queries* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://support.ebsco.com/knowledge_base/detail.php?topic=996&id=4031&page=1> [Nedlastet 09.04.2016].

Eshtehardi, S. (2015) Voices caught within: The embodied experience of women with binge eating disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 75 (10-B(E)), s. No Pagination Specified.

Fairburn, C. G. (2008) *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, Guilford Press.

Fairburn, C. G. (2013) *Overcoming Binge Eating, Second Edition: The Proven Program to Learn Why You Binge and How You Can Stop*. 2th. utg. New York, The Guilford press.

Fennell, M. (2009) *Overcoming low self-esteem*. London, Constable & Robinson Ltd.

Gilbert, P., Pehl, J. & Allan, S. (1994) The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67 (1), s. 23-36.

Glenton, C., Colvin, C. J., Carlsen, B., Swartz, A., Lewin, S., Noyes, J. & Rashidian, A. (2013) Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis (Review). *The Cochrane Library* (10),

Goldschmidt, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G. & Striegel-Moore, R. H. (2009) The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (3), s. 187-193.

Götestam, G. K. & Agras, S. W. (1995) General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (2), s. 119-126.

Götestam, G. K., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Vedul-Kjelsås, E. (2004) Patologisk overspising - en oversikt. *Tidsskrift for den Norske Legerforening* 16, s. 2118-20.

Helsedirektoratet (2009) Sykelig overvekt helsedirektoratet. Prioriteringsveileder.

Helsedirektoratet. (2017) *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo, Nedlastet 10.5.2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2007) Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (6), s. 521-530.

Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 34, s. 383-96.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C. & Xavier, M. (2013) The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73 (9), s. 904-914.

Kornstein, S. G., Kunovac, J. L., Herman, B. K. & Culpepper, L. (2016) Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 18 (3),

Kvale, S. B., S. (2009) *Interviews - Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. California, Thousand Oaks

Kåver, A. & Nilsson, Å. (2005) *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Larun, L. & Malterud, K. (2007) Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 69 (1–3), s. 20-28.

Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gulmezoglu, M., Noyes, J., Booth, A., Garside, R. & Rashidian, A. (2015) Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*, 12 (10), s. e1001895.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *Plos Medicine*, 6 (7),

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic inquiry*. Newbury Park., Sage Publications.

Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358 (9280), s. 483-8.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Malterud, K. & Ulriksen, K. (2009) Norwegians fear fatness more than anything else. A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81 (1), s. 47-52.

Mandelid, L. J. (2006) Kartleggingsinstrument for selvpplevelsen ved psykose. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43 (5), s. 504.

Mays, N. & Pope, C. (2000) Quality in qualitative health research. I: Pope, C. & Mays, N. red. *Qualitative research in health care*. London, BMJ Books.

McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C. (2016) PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*,

Monsen, J. T. (1990) *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo, TANO.

NICE. (2004) *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Guideline. United Kingdom, National Institute

for Clinical Excellence. <http://www.g-i-n.net.proxy.helsebiblioteket.no/library/international-guidelines-library/guidelines/nice-gb/eating-disorders-core-interventions-in-the>

Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988) *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. California, Sage Publications.

Noyes, J., Popay, J., Pearson, A., Hannes, K. & Booth, A. (2008a) Qualitative research and Cochrane reviews. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of interventions*. West Sussex, England, Wiley Blackwell.

Noyes, J., Popay, J., Pearson, A., Hannes, K. & Booth, A. (2008b) Qualitative research and Cochrane reviews. I: Higgins, J. P. T. & Green, S. red. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews og Interventions*. West Sussex, Wiley-Blackwell.

Omsorgsdepartementet, H.-o. (12.01.2016 2016) *Oppdragsdokument* [Internett], Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>> [Nedlastet 23.02.2016].

Owens, P. C. (2004) Women's experience of binge eating disorder. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 64 (8-A), s. 2792.

Peterson, C. B., Thuras, P., Ackard, D. M., Mitchell, J. E., Berg, K., Sandager, N., Wonderlich, S. A., Pederson, M. W. & Crow, S. J. (2010) Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51 (1), s. 31-36.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Reuters, T. (2016) EndNote I: EndNote X7.5,3 utg.

Rosenvinge, J. H., Sundgot-Borgen, J., Gresko, R. & (1999) Prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating: a controlled study. *European Eating Disorder Review* 7,s. 382-91.

Safer, D. L., Robinson, A. H. & Jo, B. (2010) Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41 (1), s. 106-20.

Safer, D. L., Telch, C. F. & Agras, W. S. (2001) Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (4), s. 632.

Sandelowski, M. & Barroso, J. (2002) Reading qualitative studies. *International Journal of Qualitative Methods*.

Sandy, K. J. (2007) Experiences in the lives of women with binge eating disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (6-B), s. 4141.

Skårderud, F. (2010) Den kommuniserende kroppen - spiseforstyrrelser og kultur. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 15 (18), s. 2365-2368.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008) Mentalisering –et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 9(128), s. 1066-9.

Starkman, H. B. (2005) A qualitative study of binge-eating disorder in women: Experiences of body and self. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 66 (3-A), s. 1168.

Statens-Helsetilsyn (2000) *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserien 7. Oslo, Helsetilsyn, S.

Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H. & Jaconis, M. (2009) An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, , Vol 118 (3), s. 587-597.

Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009) Toward an agenda for evaluation of qualitative research. . *Qual. Health Res.*, 19, s. 1504-1516.

Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M. & Wilfley, D. E. (2001) Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders* 29, s. 157-165.

Stunkard, A. J. (1959) Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quality Health Research*, 33, s. 284-95.

Sumithran, P., Prendergast, L. A., Delbridge, E., Purcell, K., Shulkes, A., Kriketos, A. & Proietto, J. (2011) Long-Term Persistence of Hormonal Adaptations to Weight Loss. *The New England Journal of Medicine*, 365 (17), s. 1597-604.

Supina, D., Herman, B. K., Frye, C. B. & Shillington, A. C. (2016) Knowledge of binge eating disorder: a cross-sectional survey of physicians in the United States. *Postgraduate Medicine*, 128 (3), s. 311-316.

Thornquist, E. (2008) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget.

Universitetsbiblioteket (2014) *Web of science. En veiledning fra Medisinsk bibliotek* [Internett], Oslo, Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra: <http://www.ub.uio.no/fag/medisin/ressurser/veiledninger/wos.pdf> [Nedlastet 23.4.2016].

UTHealth (03.04 2015) *Search Filters for Various Databases* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://libguides.sph.uth.tmc.edu/ovid_medline_filters> [Nedlastet 03.12.2015].

Veritas (2016) Covidence systematic review software. I: Melbourne, Australia, Veritas Health Innovation.

WHO (2015) *International classification of diseases ICD-10* [Internett], Geneve, World health organisation. Tilgjengelig fra: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>> [Nedlastet 24.5.2015].

Wilczynski, N. L., Marks, S. & Brian Haynes, R. (2007) Search Strategies for identifying Qualitative Studies in Cinahl. *Qualitative Health Research*, 17 (5), s. 705-710.

Kvinneres erfaringer med å leve med overspisingslidelse.

How women experience living with binge eating disorder

Kandidat: Signe Haugen

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskulen på Vestlandet.

Artikkelen er planlagt publisert i Sykepleien Forskning.



**Høgskulen
på Vestlandet**

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Overspisingslidelse (BED) er en spiseforstyrrelse som har fått lite oppmerksomhet innen helsetjenesten. Erfaring fra klinisk arbeid med pasientgruppen viser at mange kjenner seg misforstått i møte med helsepersonell.

Hensikt: Å øke innsikten i hvordan det erfarer å leve med overspisingslidelse. Økt innsikt kan hjelpe helsearbeidere til å ta bedre avgjørelser i møte med pasientgruppen. I tillegg kan det fremme mulighet for endring hos dem som har overspisingslidelse.

Metode: Systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasene MEDLINE, PsykINFO, EMBASE, CINAHL, SweMed+ og Web of Science. Systematisk oversikt og meta-etnografi er brukt til å gjennomføre metaanalysen. Først er tema på tvers av studiene oversatt til hverandre, deretter er andreordensanalyse gjennomført av funn fra primærstudiene. Tredjeordensanalyse ble gjennomført etter prinsipp fra logisk argumentasjonsanalyse.

Hovedfunn: Meta-studien indikerer at overveldende følelser utløser overspising som automatisert reaksjonsmønster for å regulere ubehaget. Overspising synes umiddelbart å gi roende effekt mens opplevelsen etterpå er fryktelig. Negative meldinger om matvaner og kroppsstørrelse fra nære andre kan ha stor påvirkning på hva en tenker om seg selv. Dette samt hemmeligholdelse rundt overspising synes å hindre utvikling av nære relasjoner. Skam er en dominerende følelse, som kan bli generalisert til å gjelde hele personen, og påvirker områder i livet som relasjoner, karriere og hvordan en ivaretar seg selv. Videre kan det føre til psykologisk samsykelighet som angst og depresjon.

Konklusjon: Måten informantene søker å løse følelsesmessige problemer på synes å bli en sentral del av lidelsen og kan dekke over de virkelige problemene som kan være manglende ferdigheter i følelsesregulering, etablering og opprettholdelse av nære relasjoner og negative kognitive skjema for selvevaluering.

Nøkkelord: Bulimia nervosa, binge eating disorder, meta-ethnography

ENGLISH SUMMARY

Background: Binge eating disorder (BED) is an eating disorder that has received limited attention in the health services. Experiences from clinical work with BED patients have revealed that many feel misunderstood when seeking professional help for their eating problem.

Purpose: To increase the understanding of patients' personal experience in coping with binge eating disorder. Increased understanding can help healthcare professionals make better decisions when interacting with the patients. It can also promote possibility of change in those who have binge eating disorder.

Method: The electronic databases MEDLINE, PsykINFO, EMBASE, CINAHL, SweMed+ and Web of Science were searched for eligible studies. The first part of the meta-ethnography identifies and translates themes across the studies, while the second-order analysis interprets the findings of the primary studies and eventually third-order constructs were developed from a line of arguments.

Findings: This meta-analysis indicates that overwhelming emotions are regulated by binge eating. Binge eating gives an immediate sense of relief, but afterwards the patients report feeling horrible. Negative messages from loved ones about food habits and body shape have a massive impact on how they evaluate themselves. This as well as the secrecy associated with overeating withholds the development of close relationships. Intense feelings of shame influence their overall sense of self, and affects relationships, careers and how they take care of themselves. Furthermore, it can lead to psychological co-morbidity such as anxiety and depression.

Conclusion: Their problem-solving strategies is getting in the way of addressing their real problems, which seems to be a lack of experience and skills in emotion regulation, establishing and maintaining close relationships and their dysfunctional cognitive self-schemas for body and self-evaluation.

Key words: Bulimia nervosa, binge eating disorder, meta-ethnography

INTRODUKSJON

Overspisingsslidelse eller binge eating disorder (BED) ble første gang beskrevet mot slutten av 1950 tallet (1), men ble viet lite oppmerksomhet før rundt 1990 (2). Til tross for tidlig oppdagelse av lidelsen, er BED den siste spiseforstyrrelsen som er inkludert som egen diagnosekategori i det amerikanske diagnosesystemet DSM-V tatt i bruk våren 2013. Diagnosesystemet ICD 10 som brukes i Europa, definerer overspisingsslidelse som en undergruppe i F50.9: Uspesifisert spiseforstyrrelse (3).

Overspisingsslidelse er klassifisert som en psykisk lidelse, noe som innebærer en betydelig funksjonsnedsettelse i hverdagen på grunn av uhensiktsmessig atferd, tanker og følelser. Episoder med overspising må ha forekommet ukentlig de tre siste månedene for å oppfylle diagnosekriteriene. En overspisingsepisode innebærer at en spiser betydelig større mengder mat på et kortere tidsrom enn hva andre ville gjøre i tilsvarende situasjon. En benytter seg ikke av kompenserende atferd som oppkast eller trening. Sentralt i episodene er en sterk opplevelse av tapt kontroll over matinntak. Videre må minst tre av følgende kriterier være oppfylt: En spiser svært raskt, til en er ukomfortabel mett, uten å være sulten. En er alene, og etterpå føler en avsky for seg selv. Stor fysisk og psykisk lidelse er forbundet med episodene (4).

Livstidsprevalensen blant kvinner er 2,5 % – 4,5 % (5). I norske studentpopulasjoner har en funnet punktprevalens av patologisk overspising på 1 % (6). I konkrete antall vil dette si at 28.000 norske kvinner mellom 15-44 år har overspisingsslidelse, noe som må sies å utgjøre et betydelig og omfattende helseproblem for norske kvinner (7). Blant personer med fedme er prevalensen 20-30 % (7).

En nyere studie viser at færre enn 40% søker hjelp for overspisingsslidelse (8) og at det fortsatt mangler kunnskap om denne lidelsen hos helsepersonell (9).

Hensikten med denne artikkelen er å bidra til økt kunnskap om hvordan personer med BED erfarer å leve med lidelsen. Jeg har oppsummert og analysert det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget om erfaringer med å leve med overspisingsslidelse. Funnene i denne oversikten kan være et bidrag til at helsearbeidere kan ta bedre avgjørelser i møte med pasientgruppen og dermed kunne tilby mer adekvat helsehjelp. Å bidra med en forståelse av

hva det vil si å leve med lidelsen, kan også fremme mulighet for endring hos dem som er i denne situasjonen.

METODE

Studien er en systematisk oversikt og meta-analyse over kvalitative studier med tema erfaring med å leve med BED. Metoden som er brukt er meta-etnografi, en prosedyre utviklet av Noblit & Hare for å syntetisere funnene fra primærstudier (10).

Litteratursøk og utvelgelse av studier

Systematiske litteratursøk er gjennomført i de seks databasene MEDLINE, PsykINFO, EMBASE, CINAHL, SweMed+ og Web of Science medio juni 2016. Søkestrategi er fagfellevurdert av forskningsbibliotekar etter prosedyre fra Peer Review of Electronic Search Strategies, og tilpasset den enkelte database.

Treff fra litteratursøket ble gjennomgått av medstudent og meg uavhengig av hverandre. Studiene ble vurdert ut fra inklusjon- og eksklusjonskriterier, først ved å lese tittel og sammendrag (tabell 1). Ved tvil og når studier ble vurdert som aktuelle for inkludering, ble de lest i fulltekst. Alle uenigheter ble diskutert og løst ved konsensus.

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

Personer med overspisingslidelse diagnostisert etter DSM-IV og V kriterier

Empiriske kvalitative studier, uavhengig av teoretiske ståsted og kontekst

Tidsavgrensning: Fra DSM-IV ble publisert i 1994 til søket ble gjennomført 21.06.2016

Både datainnsamling og analyse må være gjennomført etter kvalitativ metode

Eksklusjonskriterier:

Studier som ikke er engelsk eller skandinavisk språklige

De inkluderte studiene er kvalitetsvurdert etter Critical Appraisal Skills Program (CASP) sin sjekkliste (11).

ANALYSE

I meta-etnografi er første trinn av analysen å finne ut hvordan studiene er relatert til hverandre. Informantenes erfaringer er valgt ut og analysert av forfatterne i primærstudiene, og det er deres tema og begrep jeg har brukt som rådata i meta-analysen (12). Informasjon om

forfatter, rekruttering, populasjon og metode ble hentet ut og er presentert i metodematrikse (Tabell 2).

Tabell 2: Metodematrikse

FORFATTER/ PUBLIKASJONSÅR	NASJON:	FORMÅL MED STUDIEN:	REKRUTTERING:	N:	ALDER:	POPULASJON:	TEORETISK PERSPEKTIV:	DATAINNSAMLING:	ANALYSE:
SANDY, K. J. 2006 PHD AVHANDLING EDUCATIONAL PSYKOLOGY & LEADERSHIP STUDIES)	Canada	Å utforske hvordan kvinner erfarer å leve med BED	Rekruttert via et senter som tilbyr psykoedukasjonsprogram for BED. Klinisk populasjon	9	36-55 år Mean: 43,2 år	Kvinner BED etter DSM-IV deltatt i gruppe de to siste årene.	Fenomenologisk og hermeneutisk teori	Dybdeintervju Observasjonsnotat fra intervju-situasjonen Transkribering	Van Manen's techniques for analyse av transkriptet. Fenomenologisk hermeneutisk metode
STARKMAN, H.D 2005 PHD AVHANDLING FRA NEW YORK UNIVERSITY SCHOOL OF SOSIAL WORK	USA	Å oppnå en dypere forståelse av mening og funksjon av BED.	Rekruttert via løpesedler på trenings senter og venterom for helse og sosial-tjenester. Ikke klinisk populasjon.	13	28-50 år Mean: 42,5 år	Kvinner BED etter DSM-IV. Ingen går i terapi for BED, seks ift angst/depresjon	Grounded theory og feministisk vitenskaps-teori	Semistrukturert dybdeintervju. Åpne spørsmål Intervjuguide Transkribering Feltnotater Notater gjort gjennom hele analyseprosessen	Tematisk analyse. Komparativ analyse etter prinsipp fra grounded theory.
OWENS, P.C. 2003 PHD AVHANDLING FRA UNIV. OF CINCINNATI (DIVISION OF HUMAN SERVICES OF THE COLLEGE OF EDUCATION)	USA	Kvinner erfaring med å leve med BED Fokus på atferd og følelser	Rekruttert fra privat psykoterapi senter spesialisert på spise-forstyrrelser. Klinisk populasjon	6	23-51 år Mean: 39,5 år Alle fedme	Kvinner som har oppfylt kriterier for BED etter DSM-IV de to siste årene. Alle går i terapi på senteret de er rekruttert fra.	Grounded theory og feministisk teori	Semistrukturert dybdeintervju Feltnotat Demografiske data Pasientjournaler Intervju av terapeuter v/behov Analytiske notater gjennom hele forskningsprosessen	Grounded theory Transkribert ved hjelp av Ethnograph v5.0 program
ESHTEHARDI, S 2014 PHD AVHANDLING FRA THE CHICAGO SCHOOL OF PROFESSIONAL PSYCHOLOGY SOMATISK PSYKOLOGI)	USA	Kroppslige erfaringer til kvinner med BED. (kropp og selv bevissthet)	Rekrutert via psykoterapi-klinikk Informanter gjør seg nytte av forskjellige typer psykoterapi bl.a. for angst og depresjon	6	27-53 år Mean: 42,5 år 5 med fedme, 1 normal vekt	Kvinner som oppfyller kriterier for BED. Alle går i en eller annen form for terapi.	Fenomenologisk teori	Semistrukturert dybdeintervju Somatisk observasjons-notat fra intervju-situasjonen Informant-observasjoner som dagbok-notat fra dager med overspising	Interpretiv fenomenologisk analyse Primært induktiv. Dobbel hermeneutikk

Etter grundig lesing av studiene organiserte jeg tema og konsept fra primærstudiene. De forskjellige studiene har brukt noe ulike betegnelser på tema i resultatdelen til tross for at innholdet var tilnærmet likt. Jeg skrev ut resultatdelene fra de forskjellige studiene med ulike farger på papiret, for å holde orden på hvor teksten kom fra (13, s 103). Alle overskrifter på tema og konsept ble fjernet, og bare teksten var igjen. Ved hjelp av tematisk analyse (12) kom jeg frem til fire foreløpige tema.

For å oversette studiene til hverandre brukte jeg *gjensidig oversettelse*, med begrunnelse at tema i primærstudiene samsvarer i stor grad (10, s 38). Jeg laget tabeller til hvert tema, der jeg brukte den studien med rikest beskrivelse på tema som indeks-studie (12). Innhold i hver meningsbærende enhet fra de forskjellige studiene ble vurdert opp mot hverandre, og her måtte jeg ta stilling til om de samsvarte i tilstrekkelig grad til å kunne stå på samme horisontale linje i tabellen.

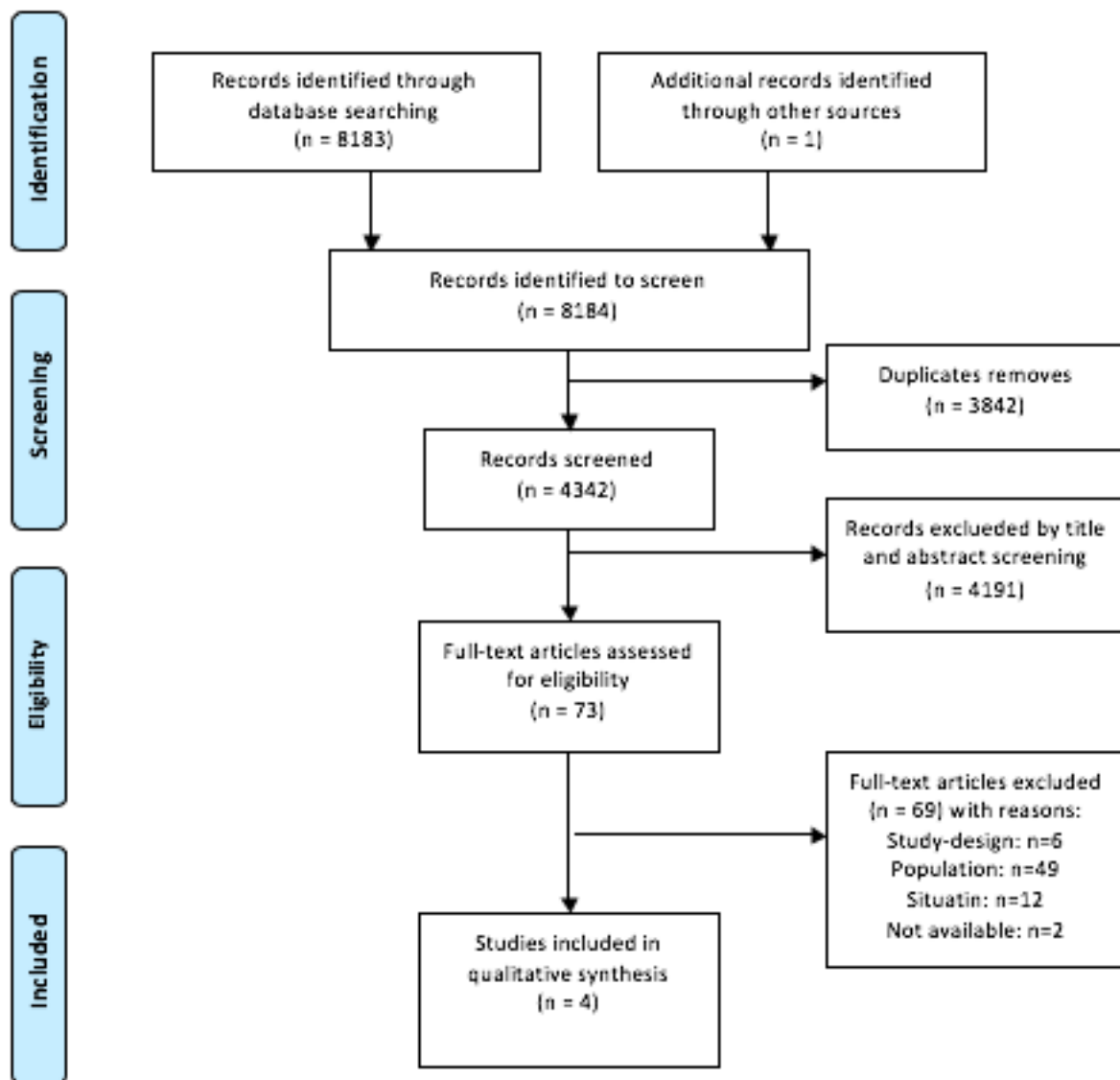
Etter å ha organisert alle fire foreløpige tema på tilsvarende måte, ble oversettelsene organisert i en andreordens-analyse. Funnene ble grunnlaget for å utarbeide en syntese og oppnå en høyere grad av tolkning, gjennomført etter prinsipper fra logisk argumentasjonsanalyse. (10, s 62). Jeg gikk tilbake til de meningsbærende enheter fra funnene i primærstudiene, og sammenstilte disse med alle oversatte tema og subtema samt funn i andreordens-analysen. Ut fra dette laget jeg flere hypoteser for videre tolkning, før jeg endte med en endelig konklusjon i tredjeordensanalysen.

FUNN

4 avhandlinger ble funnet og inkludert i oversikten (figur 1). Tre av de inkluderte studiene er vurdert til å tilfredsstillende kriterier for god kvalitet, en er trukket noe ned da analyseprosessen er lite beskrevet. Funn fra denne studien er ikke motstridende med de andre studiene, og er vektet på lik linje.

Første tematiske analyse ga meg fire foreløpige tema: *Opplevelsen av å overspise, mitt forhold til kroppen, hva jeg føler og hva jeg tenker om meg selv og meg og de andre.*

Jeg oversatte studiene til hverandre på hvert av de fire tema og dette dannet grunnlaget for andreordensanalysen. Tema jeg endte opp med her er *overspise, å kjenne seg utenfor sammen med andre og psykisk helse.*



Figur 1 Flow diagram (based on PRISMA 2009 Flow diagram) (14)

Overspise

Før en overspising: Funnene indikerer at intensiteten i utløsende følelser varierer og både primærfølelser og mer dyptgripende tilstander som angst og depresjon kan utløse overspising (15). Impulser til å overspise oppleves som automatisert og utenfor kontroll, som et sterkt begjær, og kognitive tankemønstre forsterker trangen til å overspise (16, 17). Når en begynner å forberede en overspising, kjenner en seg roligere og allerede bedre.

Overspising: synes å kunne gi positive følelser gjennom episoden. To studier beskriver et ritualistisk mønster rundt forberedelse og gjennomføringen av overspising som i seg selv gir roende effekt (15, 18). En studie beskriver at søken etter lykke ligger bak overspisingene, og

den kortvarige positive gevinsten er verdt ubehaget etterpå (16). Tapet av kontroll blir beskrevet som en mystisk kraft (18), fra å kjøre på autopilot til å være i en dissosiativ tilstand.

Å være alene er en sentral del av å overspise og blir beskrevet som en privat del av informantenes liv og en annerledes erfaring enn opplevelser de deler med andre. Det handler om egenomsorg og selv-regulering.

Etter en overspising: Fysiske konsekvenser blir beskrevet som å være oppblåst, ha smerter i mageregionen og vanskelig for å puste. Psykiske konsekvenser beskrives som en fryktelig opplevelse. For noen fører dette til en generell nedstemthet.

Å kjennes seg utenfor sammen med andre

Påvirkninger som viktige personer i pasientens liv gir, synes å være sentrale for å forstå kjernen i overspisingslidelse. Hvordan andre vurderer dem er viktig, og negative kommuniserte meldinger fra andre synes å bli tolket som sannhet og internalisert som egne meninger. Dette kan bidra til følelse av ensomhet og en opplevelse av å ikke høre til. Informantene beskriver lengsel etter å bli forstått og få medfølelse for de vanskelige utfordringene de står i daglig. Noen beskriver at overspising gir en type intimitet som ikke er tilgjengelig i nære relasjoner.

Psykisk helse

Primærfølelser: Informanter beskriver dyp følelse av skam, i tillegg til skyld, redsel, avsky og håpløshet.

Selvbilde: På forskjellige måter beskriver informantene å ha lavt selvbilde. Å ikke oppnå internalisert standard for hva en vurderer som godt nok, blir i en avhandling vurdert til å gi negativ selvevaluering og en opplevelse av å ikke *være* god nok (15). Høy grad av skam over tid synes å føre til generalisering til å gjelde hele selvet. En studie beskriver at konsekvenser dette kan gi er å unnvike egne behov, tanker om at en ikke er verdig å bli elsket, ikke er attraktiv eller ikke verdig å oppnå suksess på andre områder i livet (17).

Psykologisk samsykkelighet: Over tid vil dette kunne resultere i mer alvorlige tilstander som angst og depresjon. En studie avdekket faktorer som kan føre til angst og depresjon: å ha et hemmelig liv (handle inn mat/overspise/fjerne alle spor), å sette seg perfeksjonistiske mål som en ikke oppnår, samt å unngå relasjoner og situasjoner som synes uforutsigbare og dermed

isolere seg (16). Noen informanter beskriver å føle seg tom og ha et ønske om å bli fylt av noe for å føle seg hel.

Kroppsbilde: Funn gjort i alle primærstudiene er negativt kroppsbilde, dette er uavhengig av kroppsstørrelse. Informanter bruker negativt ladete ord når de skal beskrive egen kropp (som ekkel og motbydelig) (18). En studie beskriver informanter som kjenner på tristhet og sinne når de ser seg i speilet, og de tenker de har sviktet seg selv for selvpåført fedme (16). Noen beskriver et mer positivt kroppsbilde i perioder de har bedre kontroll over matinntaket.

Somatisk samsykelighet: Fedme er vanlig konsekvens av BED. Alvorlighetsgrad varierer fra smerte og ubehag etter en overspising, til alvorlige medisinske komplikasjoner som hjerte/kar lidelser og diabetes. Sår, redusert seksuell evne, dårlig søvnkvalitet, matallergier og kronisk utmattelse er også beskrevet. Bebreidelse for det som beskrives som selvpåført ødelagt helse, synes medvirkende til hvordan en søker å løse problemet.

Atferd og mestring: Ekstreme dietter og hard trening er beskrevet som vanligste mestringsstrategier for å oppnå kontroll over overspising, noe som kan minne om å straffe seg selv. Gjentakende dietter fører til store svingninger i vekt over tid. En studie beskriver at når informanter ikke lykkes i å oppnå kontroll, tolker de det som at de ikke anstrenger seg nok (16). Mestringsstrategier som beskrives å ha noe effekt er psykoterapi, deltakelse i selvhjelpsgrupper og fysisk aktivitet. Best effekt i terapi, er hjelp til selvbevissthet og selvaksept. Trening og aktivitet spiller en betydelig rolle for å komme i kontakt med kroppen (15).

Syntese

Funnene som synes å komme klarest frem har jeg samlet i to tema: Usikker selvopplevelse og mestringsstrategi (tabell 3).

Tabell 3: Andre og tredjeordensanalyse:

Tema	Andreordensanalyse	Tredjeordensanalyse
Å overspise	Overveldende følelser er utløsende faktorer der overspising er blitt automatisert reaksjonsmønster for å regulere ubehaget. Ritualer med forberedelse/gjennomføring samt smaker og tygging har roende effekt og gir positive følelser gjennom hele episoden. Fysiske og psykiske konsekvenser etterpå blir beskrevet som en fryktelig opplevelse.	Usikker selvopplevelse: Å ikke kjenne eller forstå egen kropp og eget selv. <ul style="list-style-type: none">• Manglede erfaring i og kunnskap om å identifisere og regulere følelser adekvat.• Kjenne seg utenfor sammen med andre.• Ensidig negative kognitive skjema for selvevaluering av kropp/selv.• Kobler seg fra kroppen/å ikke forholder seg til den: Manglende kropp/selv bevissthet.
Interpersonlige forhold	Direkte og indirekte kommuniserte negative meldinger om mat/kropp fra andre har stor påvirkning på hva de tenker om seg selv. Negative internaliserte tanker og følelser om seg selv kan bli projisert over på andre som et ledd i å beskytte seg selv mot emosjonell smerte. Dette bidrar m.a. til en opplevelse av å ikke høre til. Isolerende atferd og hemmeligholdelse hindrer også utvikling av nære relasjoner, noe informantene lengter etter.	Mestringsstrategi: Måten å løse problemet på blir en stor del av problemet. <ul style="list-style-type: none">• Ritualistisk og roende atferd gjennom å overspise for å regulere ubehag.• Gjentatte dietter og for noen hard trening blir brukt som en løsning for å slutte med å overspise.• Mestringsstrategien gir ikke varig resultat og forsterker en usikker selvopplevelse.
Psykisk helse	Negative vanskelige følelser er dominerende og mest fremtredende er skam, som over tid kan bli generalisert til å gjelde hele personen. Selvkritikk når en ikke oppnår forventet standard ang kropp/helse, gir utslag på alle områder i livet (relasjoner, karriere, hvordan en ivaretar seg selv), For mange påvirker dette selvbilde negativt og bidrar til psykologisk samsykelighet som bl a angst og depresjon.	

DISKUSJON

Jeg skal videre drøfte funnene opp mot empirisk forskning innen relaterte felt samt rådende teorier.

Usikker selvopplevelse

Før jeg går videre med resultatdiskusjonen, vil jeg definere hva jeg legger i begrepet selvopplevelse. Jeg støtter meg til Mandelid sin definisjon: *en naturlig, automatisert og før-reflektert opplevelse av tilstedeværelse i egen kropp, egne følelser, tanker og handlinger* (19).

Safer et al beskriver at å regulere følelser ved å spise vil på sikt kunne føre til manglende kontakt med hva følelsene vil fortelle (20, s 36). Det hevdes at å kunne føle og oppleve ut fra

seg selv, er sentralt for å kunne være et vitalt menneske. Dersom man mister denne evnen, vil man også kunne miste kontakt med kjernen i seg selv og i varierende grad føle seg tom, uten mening og substans (21, s 144). Skårderud hevder at evnen til å forstå både eget og andres sinn er knyttet til å regulere egne følelser, noe som er grunnlaget for god psykisk helse (22).

Funnene viser at informantene kjenner på ensomhet og å være utenfor. Å ikke være i kontakt med og kunne formidle egne behov synes å ha sammenheng med svekket evne til å fortolke egne og andres ønsker, behov, følelser og tanker. Dette er sentralt i teori om mentalisering, og fører lett til både å misforstå og å bli misforstått (22). Dette kan trolig gi uklare situasjoner med sterke følelser som reguleres ved overspising.

Funnene synes også å vise at informantene i stor grad lar seg påvirke av nære relasjoners negative vurdering av deres kroppsstørrelse, som blir tolket som sannhet og internalisert som egne meninger. Ut fra dette kan en logisk slutning være at informantene har liten tiltro til egne opplevelser og vurderinger, eller er i liten kontakt med hva en selv opplever. For å forstå dette bedre, knytter jeg det til kroppsfenomenologien der en tenker blant annet at kroppen er kilde til kontakt med seg selv. I følge kroppsfenomenologien har levd erfaring og levd liv en kroppslig forankring og Merleau-Ponty viser til at kunnskap sitter i kroppen, kroppen *vet* og *forstår* (23, s 116). Uttrykket og det uttrykte kan aldri skilles, og han fremhever at det er en samtidighet mellom kropp og følelse. Det dreier seg om en kvalitativt annerledes forståelse enn der følelser betraktes som det egentlige, og kroppen som en reaksjon på følelsene (23, s 120).

Mestringsstrategi

Her vil jeg dele funnene inn i tre ulike komponenter (adferd, følelser og kognitiv fungering) for å synliggjøre hvordan mestringsstrategien synes å medvirke til opprettholdelse av lidelsen.

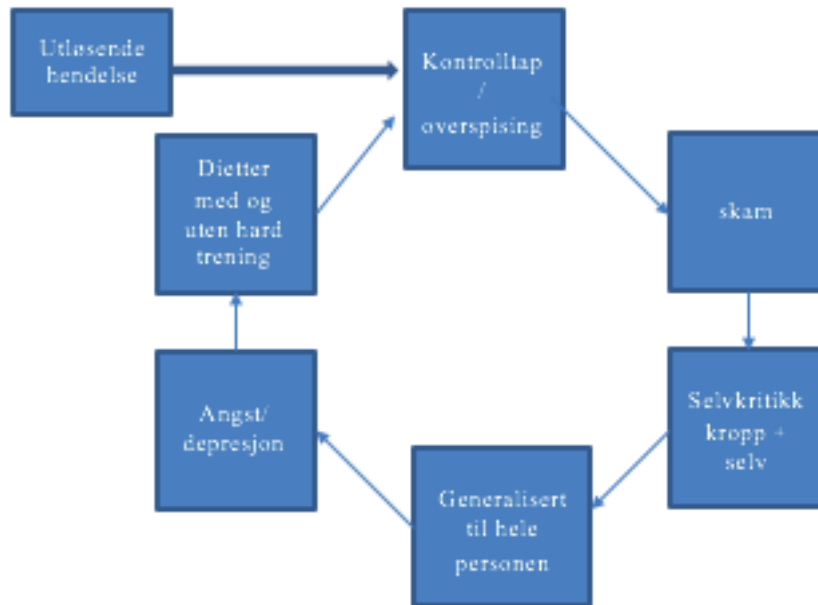
Atferd: Spisemønsteret som varierer mellom perioder med overspising og perioder med dietter, vil for mange føre til fedme. Erfaringer fra praksis viser at råd som ofte blir gitt av helsepersonell når pasientene søker hjelp, er bruk av dietter og økt aktivitet. Tanken er å forbruke mer energi enn inntaket pr dag, for å redusere vekt. Dette kan fungere i korte perioder på vekt, med synes å bidra til negativ utvikling av BED (24). Forskningsstudier viser at rundt 90 % av overvektig populasjon tar igjen tapt vekt innen få år (25, 26) og dette har både fysiologiske og psykiske årsaker. Harde dietter fører til fysisk sult, så at sult kan være en av flere utløsende faktor for å overspise er sannsynlig. Dette samsvarer med teori som

kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser bygger på, der fysisk sult blir vurdert som sentral faktor for å overspise, sammen med kognitive forsterkende mekanismer (27, s 126).

Følelser: Skam og andre negative følelser synes å være aktivert både før og etter episoder med å overspise. Skårderud beskriver at synet på fedme i den vestlige verden blir vurdert som psykologisk eller moralsk brist, som mangel på selvkontroll, noe som synes å sammenfalle med informanter i denne oversiktens eget syn på seg selv (28). Gilbert et al beskriver skam som en smertefull følelse som har negativ innvirkning på selvet (29). I følge Beck`s kognitive modell om depresjon, vil høy grad av skam føre til manglede tro på muligheter for å få til endring, noe som igjen fører til håpløshet og utvikling av depresjon (30).

Kognitiv komponent: Funnene synes å vise enighet om at negative kognitive skjema for selvevaluering både når det gjelder kropp og selv ligger til grunn for episoder med å overspise, og at å overspise forsterker denne type skjema. Dette samsvarer i noen grad med kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser. (27, s 20-21). Fairburn tar utgangspunkt i at spiseforstyrrelse i stor grad er en kognitiv lidelse, og at å gi seg selv stor verdi ut fra hvordan en bedømmer kroppen og vekta er motoren i spiseforstyrrelsen. Modellen er transdiagnostisk, og gjelder alle typer spiseforstyrrelser inkludert BED, som ikke har overevaluering av kropp og vekt som diagnosekriterium. I følge Fairburn sin modell er følelsesregulering på grunn av en aktuell hendelse utløsende faktor for overspising, noe jeg ut fra funnene i denne oversikten vil hevde er en undervurdering av pasientgruppens mer grunnleggende problemer. Denne påstanden støtter seg til teori som sier at sterke følelser har en dominant rolle overfor tankene og dermed hemmes kognitiv fungering (31, s 44).

Hvordan de rådende teoriene og den empiriske forskningen støtter påstanden om at både atferdsmessige, følelsesmessige og kognitive komponenter er med på å vedlikeholde overspisingsslidelse, har jeg oppsummert i figur 2.



Figur 2

STYRKER OG BEGRENSNINGER

Meta-etnografi er en av flere metoder som er utviklet for å oppsummere og analysere kvalitative studier. Ønske om å utføre en utvidet tolkning av funn i primærstudiene ligger bak valget av prosedyren. En ulempe med meta-etnografi er at ikke alle trinn i analysen er beskrevet detaljert, noe som gir flere tolkningsmuligheter (32). Det er skrevet artikler om erfaringer gjort med bruk av prosedyren. Disse sammen med tidligere publiserte studier som bruker metoden ga meg en bedre forståelse av de enkelte trinn (12, 33, 34).

For å kartlegge alle relevante studier for inkludering i meta-analysen, har jeg valgt å gjennomføre brede litteratursøk. Indeksering av kvalitative artikler etter metodologi er fortsatt mangelfull, og en grunn til at sannsynligheten for at ikke alle studier ble funnet er stor.

Et svakt punkt med meta-analysen er kritisk vurdering og analyseprosessen som har vært gjennomført av en person. En konsekvens kan være redusert oppmerksomhet på hvordan min forforståelse har påvirket valg av relevante funn i primærstudiene samt tolkninger i tredjeordensanalysen. For å sikre den indre validitet i størst mulig grad, har jeg brukt veiledere som diskusjonspartnere i denne prosessen. Mangel på tid og resurser er årsaken til valg av et dårligere alternativ.

For å vurdere hvilken tillit en kan ha til funnene i meta-analysen har jeg brukt GRADE-CERQual, en metode som er under utvikling (35). GRADE-CERQual brukes opp mot de enkelte funn, og i denne oversikten er vurderingen at en kan ha moderat tillit til funnene.

KONKLUSJON

Funn i denne oversikten indikerer at måten personer med overspisingslidelse søker å løse følelsesmessige problemer på, kan bli en sentral del av lidelsen, og synes å dekke over de virkelige problemene som kan være manglende ferdigheter i følelsesregulering, etablering og opprettholdelse av nære relasjoner samt negative kognitive skjema for selvevaluering.

Funnene gir ny og mer detaljert kunnskap om hvordan vi som helsearbeidere bedre kan identifisere personer med overspisingslidelse når de søker helsehjelp. En grundig utredning og vurdering som gjøres på måter som reduserer skamfølelse, kan gi relevant informasjon for diagnostisering. Hver enkelt som søker helsehjelp vil oppleve sin situasjon på en særegen måte og behandlingen bør individuelt tilrettelegges.

Funnene kan også gi ny og utvidet innsikt for de som lever med BED. Kunnskap om at lidelsen kan synes å opprettholde seg selv gir en forståelse av at det ikke nytter å anstrenge seg hardere med gamle mestringsstrategier.

Noen med overspisingslidelse vil trolig trenge strukturt profesjonell hjelp med fokus på å internalisere nye atferdsmessige mestringsstrategier samt å utvikle en tydeligere selvopplevelse. I kombinasjon med kropporientert terapi vil dette trolig være gode terapeutiske tilnærminger.

VIDERE FORSKNING:

- Hvordan menn erfarer å leve med overspisingslidelse.
- Oppsummere studier som tar for seg erfaringer om opprinnelsen til overspisingslidelse.

Referanser:

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quality Health Research*. 1959;33:284-95.
2. Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating*. 2th ed. New York: The Guilford press; 2013.
3. WHO. *International classification of diseases ICD-10* Geneve: World health organisation; 2015 [Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>].
4. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*. 2003;34:383-96.
6. Rosenvinge JH, Sundgot-Borgen J, Gresko R, . Prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating: a controlled study. *European Eating Disorder Review* 1999;7:382-91.
7. Gøttestam GK, Skårderud F, Rosenvinge JH, Vedul-Kjelsås E. Patologisk overspising - en oversikt. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2004; 16:2118-20.
8. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 2013;73(9):904-14.
9. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016;18(3).
10. Noblit GW, Hare RD. *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. California: Sage Publications; 1988.
11. CASP. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Qualitative Appraisal Checklist for Qualitative Research*. Oxford: CASP; 2006 [Available from: <http://www.casp-uk.net/>].
12. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*. 2008;8(21):1-10.
13. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
14. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *Plos Medicine*. 2009;6(7).
15. Starkman HB. *A qualitative study of binge-eating disorder in women: Experiences of body and self*. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 2005;66(3-A):1168.
16. Eshthardi S. *Voices caught within: The embodied experience of women with binge eating disorder*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2015;75(10-B(E)):No Pagination Specified.
17. Sandy KJ. *Experiences in the lives of women with binge eating disorder*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2007;68(6-B):4141.

18. Owens PC. Women's experience of binge eating disorder. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 2004;64(8-A):2792.
19. Mandelid LJ. Kartleggingsinstrument for selvopplevelsen ved psykose. Tidsskrift for norsk psykologforening. 2006;43(5):504.
20. Safer DL, Jo B. Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. Behavior Therapy. 2010;41(1):106-20.
21. Monsen JT. Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi. Oslo: TANO; 1990.
22. Skårderud F, Sommerfeldt B. Mentalisering –et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2008;9(128):1066-9.
23. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.; 2008.
24. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 2007;40(6):521-30.
25. Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL, Richelsen B. Weight Loss Maintenance in Severely Obese Adults after an Intensive Lifestyle Intervention: 2- to 4-Year Follow-Up. Obesity, a research journal. 2007;15:413-20.
26. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity Behaviour Research and Therapy. 2001;39(5):499-511.
27. Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008. XII, 324 s. p.
28. Skårderud F. Den kommuniserende kroppen - spiseforstyrrelser og kultur. Tidsskrift for den norske legeforening. 2010;15(18):2365-8.
29. Gilbert P, Pehl J, Allan S. The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. British Journal of Medical Psychology. 1994;67(1):23-36.
30. Beck CT, Greenberg R. Coping with depression. Philadelphia, USA: The Beck Institute of Cognitive Therapy and Research; 1974.
31. Kåver A, Nilsonne Å. Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2005.
32. Berg RC, Munthe-Kaas H. Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. Norsk Epidemiologi. 2013;23:131-9.
33. Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, et al. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. Social science & medicine. 2003;56.
34. Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. J Health Serv Res Policy. 2002;7.

35. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, et al. Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.

Vedlegg.

Vedlegg I: Diagnosekriterier BED DSM-V

DSM-IV kriteriene for overspisingslidelse:

A: Tilbakevendende episoder med overspising. Overspisingsepisoden er karakterisert ved både:

- Spise i en bestemt tidsperiode (for eksempel innenfor to timer) en mengde mat som helt klart er større enn det en normalt ville spise i lignende tidsrom og under samme omstendigheter.
- En følelse av mangel på kontroll over spising i episoden. (altså en følelse av at en ikke kan stoppe matinntaket, eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser.

B: Overspisingsepisoden er assosiert med tre eller mer av følgende:

- spiser raskere enn normalt
- spiser til en føler seg ukomfortabelt mett
- spiser store mengder mat, uten å være sulten
- spiser alene, fordi en ønsker å skjule hvor mye en spiser
- føler avsky overfor en selv, deprimert eller skyldfølelse etter overspising

C: Opplever stor lidelse ved overspising

D: Overspisingsepisoder minst to dager i uken i 6 måneder

E: Ingen kompensatoriske strategier.

Vedlegg II: Søkefilter i databaser (UTHealth, 2015):

- **Qualitative studies i Medline:**
(((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*))).ti,ab. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
- **Qualitative studies (1/26/2011) i Psykinfo:**
(((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*))).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md. not "Literature Review".md. (UTHealth, 2015).

Vedlegg III: Søkestrategi i databaser

Database(s): Ovid MEDLINE(R) 1946 to June Week 2 2016

Search Strategy:

#	Searches	Results	Annotations
1	Bulimia/	5073	
2	bulimi*.tw.	6696	
3	Bulimia Nervosa/	1842	
4	Binge-Eating Disorder/	790	
5	binge eat*.tw.	3648	
6	(BED adj5 eat*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]	903	
7	overeat*.tw.	1807	
8	compulsive eat*.tw.	148	
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	11871	
10	limit 9 to ((danish or english or norwegian or swedish) and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" and last 22 years)	1755	

Database(s): **PsycINFO** 1987 to June Week 3 2016 |
 Search Strategy:

#	Searches	Results	Annotations
1	exp BULIMIA/	6475	
2	bulimi*.tw.	9715	
3	bulimia nervosa.tw.	5751	
4	exp Binge Eating Disorder/	1244	
5	binge eat*.tw.	4631	
6	(BED adj5 eat*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]	1065	
7	overeat*.tw.	1503	
8	compulsive eat*.tw.	193	
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	13632	
10	limit 9 to ("qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" and (danish or english or norwegian or swedish) and last 22 years)	1640	

Database(s): **Embase** 1988 to 2016 Week 25
 Search Strategy:

#	Searches	Results	Annotations
1	bulimia/	11096	
2	bulimi*.tw.	8506	
3	bulimia nervosa.tw.	5551	
4	binge eating disorder/	4879	
5	binge eat*.tw.	5168	
6	(BED adj5 eat*).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword]	1288	
7	overeat*.tw.	2373	
8	compulsive eat*.tw.	278	
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	18066	
10	limit 9 to ("qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" and (danish or english or norwegian or swedish) and last 22 years)	2361	

Search History Cinahl 21.06.2016. 1992-2016

Search ID#	Search Terms	Search Options	
S9		Limiters - Clinical Queries: Qualitative - Best Balance; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	279
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	3519
S7	TX compulsive eat* 103	Search modes - Boolean/Phrase	103
S6	TX overeat* 429	Search modes - Boolean/Phrase	429
S5	TX binge eat* 1152	Search modes - Boolean/Phrase	1152
S4	TX binge eating disorder 576	Search modes - Boolean/Phrase	576
S3	(MH "Bulimia Nervosa") 496	Search modes - Boolean/Phrase	496
S2	(MH "Bulimia") 1760	Search modes - Boolean/Phrase	1760
S1	TX bulimia 2780	Search modes - Boolean/Phrase	2780

Swemed+ 21.06.2016

Nr:	Söksträng	Antal träffar	Tid
1	exp:"Bulimia"	63	2016-06-21 13:24:57
2	exp:"Bulimia Nervosa"	25	2016-06-21 13:25:11
3	exp:"binge eating disorder"	3	2016-06-21 13:25:38
4	overeat*	6	2016-06-21 13:27:11
5	compulsive eat*	8	2016-06-21 13:27:25
6	1OR 2OR 3OR4 OR5	97	2016-06-21 13:27:41

WEB of science søk gjennomført 21.06.2016

# 20	2,085	#17 AND #6 Refined by: RESEARCH DOMAINS: (SOCIAL SCIENCES OR ARTS HUMANITIES) AND RESEARCH AREAS: (PSYCHOLOGY OR PSYCHIATRY) <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 19	2,151	#17 AND #6 Refined by: RESEARCH DOMAINS: (SOCIAL SCIENCES OR ARTS HUMANITIES) <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 18	2,992	#17 AND #6 <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 17	Approximately 1,854,258	#16 OR #15 OR #14 OR #13 OR #12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 16	Approximately 74,661	TOPIC: (Grounded theory) <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 15	Approximately 9,034	TOPIC: (Explorative*) <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 14	Approximately 14,362	TOPIC: (Hermeneutic*) <small>Timespan=1994-2016 Search language=Auto</small>	Select to combine sets.	Select to delete this set.

# 13	Approximately 118,969	TOPIC: (Narrative*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 12	Approximately 43,179	TOPIC: (Ethnograph*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 11	Approximately 19,545	TOPIC: (Semistructured) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 10	Approximately 309,684	TOPIC: (Focus group*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 9	Approximately 591,350	TOPIC: (In depth) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 8	Approximately 638,678	TOPIC: (Interview*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 7	Approximately 551,774	TOPIC: (Qualitative*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 6	Approximately 32,212	#5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1 Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 5	2,086	TOPIC: (compulsive eat*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 4	2,517	TOPIC: (overeat*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 3	Approximately 10,133	TOPIC: (binge eat*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 2	Approximately 16,916	TOPIC: (bulimia nervosa) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.
# 1	Approximately 22,771	TOPIC: (bulimi*) Timespan: All years Search language: Auto	Select to combine sets.	Select to delete this set.

Vedlegg IV: Fagfellevurdering av litteratursøk (PRESS).

Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS)			
Review title: Hvordan erfarer personer med overspisingslidelse å leve med sykdommen?"			
Student: Signe Haugen		Reviewer: Gunhild Austrheim	Date completed: 2. Juni 2016
Database: Ovid Medline In process & other.... 1996-			
			If "B" or "C," please provide an explanation or example:
1	Translation of the research question	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Du har skissert at ein tok I bruk overspising I 1994. I MESH viser ein I Scope-note for Bulima at det blei indeksert som Bulima Nervosa i perioden 2000-2009 og at bulima som sjølvstendig term kom i bruk i 2010. Eg tenker difor det er natureleg å vurdere å utvide søket til å inkludere Bulimia Nervosa som emneord.</p> <p>I linje 2 har du bulimia som tekstord. Eg tenker at artiklar som brukar bulimic óg vil vera interessante og ville difor vurdert å flytta trunkeringa til bulimi*.</p> <p>Erfaring er eit vanskeleg konsept å fange ved søk og du har få søkeord. Eg ville vurdert å utvida det litt, meir om det seinare.</p>
2	Boolean and proximity operators	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Rett bruk av AND og OR.</p>

3	Subject headings	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Eg foreslår at du tar med Bulimia Nervosa for tida før Bulima blei eige emneord, dvs opp til 2010.</p>
4	Text word searching	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Eg foreslår bulimi* I staden for bulimia* for å fange opp artiklar med bulimic.</p> <p>Utfordringa er tekstorda for erfaring. Her har du med 3 stk. Eg tenker erfaring kan romme mange ting rundt kjensler, opplevingar, meistring, å leve med etc og ville nok ha prøvd å fanga meir av det.</p> <p>Kva med attitudes, living (with), behaviour, coping, emotion*, feeling* eller quality of life?</p> <p>Eg har det med i mitt testsøk og du kan då sjå kor mykje meir det blir.</p>
5	Spelling, syntax, and line numbers	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Linje 10 – har ein skrivefeil, det skal nok vera sense.tw</p>
6	Limits and filters	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Du seier du vil gå tilbake til 1994 då diagnosen blei til, men då treng då å gå lenger tilbake i tid på databaseutsnittet, her er det berre til 1996. Dette gjeld særleg Medline, Embase og PsychInfo, du vel databaseutsnitt i Ovid med knappen Change.</p> <p>Du vil kunne finna skandinaviske artiklar i dei databasane du har valgt og no blir dei ekskludert fordi du avgrensar til engelsk. Du kan velje fleire språk samstundes ved å bruka</p>

			<p>Ctrl når du går gjennom lista. Det vil óg høve betre til at du har med Svemed+ i ditt databaseutval.</p> <p>Clinical queries med Qualitative best balance er greit. Det er framleis vanskeleg å finna gode filter for kvalitativ forskning.</p>
7	<p>Overall evaluation</p> <p>(if one or more «revision required is noted above, the response must be «revisions required»)</p>	<p><input type="checkbox"/> A. No revisions</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested</p> <p><input type="checkbox"/> C. Revision(s) required</p>	<p>Det store spørsmålet er knytta til korleis ein best finn litteratur om erfaring. For mitt lekmannsblikk er det ikkje lett å sjå kva som skiljer det å erfare å ha ein diagnose og det å mestre å ha ein diagnose. Eg har foreslått over at du kan vurdere å leggje til fleire søkeord. Uansett kor mange søkeord du har for erfaring er det lett å tenke seg at ein kan finna fleire. Difor ville eg vurdert er å berre søke på diagnosen og kvalitative studier. Eg har tatt det med i testsøket mitt slik at du kan sjå kor mykje meir det blir. Og det blir ein stor jobb i utveljinga av artklar og strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p>

Additional comments:

<p>Min søkehistorikk, med diverse testing:</p> <p>Ovid Technologies, Inc. Email Service</p> <p>-----</p> <p>Search for: limit 9 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"</p> <p>Results: 1</p> <p>Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) without Revisions <1996 to June 01, 2016> Search Strategy:</p> <p>-----</p> <p>1 Bulimia/ (3154)</p> <p>2 bulimi*.tw. (5065)</p> <p>3 Binge-Eating Disorder/ (724)</p> <p>4 Bulimia Nervosa/ (1795)</p> <p>5 binge eat*.tw. (3658)</p> <p>6 (BED adj5 eat*).mp. (987)</p> <p>7 overeat*.tw. (1553)</p> <p>8 compulsive eat*.tw. (125)</p> <p>9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (9690)</p>
--

- 10 experienc*.tw. (628999)
- 11 sence*.tw. (27)
- 12 sense*.tw. (69773)
- 13 understand*.tw. (704558)
- 14 (attitud* or living or coping or quality of life or qol or behaviour or behavior or emotion* or feeling*).tw. (1017845)
- 15 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (2146537)
- 16 9 and 15 (4481)
- 17 limit 16 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (1255)
- 18 limit 9 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (1935)