

**Bli venn med maten: evaluering av et lavterskel
kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk**

Cathrine Nitter , Kari Anne Vrabel , Per-Einar Binder og Irene Kingswick

Bli venn med maten: evaluering av et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk

Overspisingslidelse karakteriseres ved hyppige, tilbakevendende overspisingsepisoder, minimum en gang per uke over flere måneder, uten den kompensatoriske atferden man ser hos personer med bulimi (American Psychiatric Association [APA], 2013). En overspisingsepisode inkluderer opplevd kontrolltap over matinntaket, hvor man spiser mer eller annerledes enn normalt (APA, 2013). Overspisingen er ofte knyttet til høyt stressnivå og negative følelser som skam og avsky. Det er gjennomført få nasjonale studier som måler forekomst av spiseforstyrrelser, men det er rapportert at overspisingslidelse er den hyppigst forekommende lidelsen (Dahlgren et al., 2017b), også internasjonalt (Kessler et al., 2013). Forekomsten varierer basert på studiedesign og diagnosesystem, men angis ofte til omtrent 2–3 % (Hoek, 2016; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Smink et al., 2014). Man antar at det er store mørketall når det gjelder forekomsten av spiseforstyrrelser generelt, fordi mange ikke oppsøker hjelp og ikke blir registrert. Overspisingslidelse antas å være underdiagnostisert og underbehandlet (Kornstein et al., 2016), og en av grunnene er at diagnosen er ny og ble innlemmet i DSM-5 i 2013 (APA, 2013; Dahlgren et al., 2017c). Overspisingslidelse gir større risiko for vektøkning og utvikling av overvekt og fedme (APA, 2013; Sonnevile et al., 2013). Jo høyere kroppsmasseindeks (KMI), jo høyere er forekomsten av overspisingslidelse (APA, 2013; Fairburn, 2014; Kessler et al., 2013). Noen studier rapporterer at omtrent 20–30 % av personer med fedme har en overspisingslidelse (de Zwaan, 2001; Gøttestam et al., 2004; Kessler et al., 2013).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er gullstandarden for behandling av spiseforstyrrelser, også for overspisingslidelse (Godfrey et al., 2015; Murphy et al., 2010). KAT er anbefalt i National Institute for Health and Care Excellence (2017), APA (2010) og i Nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). KAT ved spiseforstyrrelser gir moderate behandlingsresultater, og ikke alle responderer på behandling (Wilson et al., 2007). For personer med overspisingsproblematikk har mindfulnessbasert terapi fått økt oppmerksomhet og interesse (Godfrey et al., 2015; Katterman et al., 2014). Mindfulness er en meditasjonspraksis som fokuserer på tilstedeværelse i øyeblikket og å rette oppmerksomheten mot relevante aspekter av en opplevelse på en ikke-dømmende måte (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Overspising kan forstås som en måte å unngå negative følelser på, der en er preget av fastlåste atferds- og tankemønstre knyttet til spising (Fairburn, 2003). Personer med overspisingsproblematikk sliter ofte med lav selvfølelse og skam (Fairburn, 2003) og med redusert evne til å fange opp signaler fra kroppen (Sobik et al., 2005; Sysko

et al., 2007). Et mulig rasjonale for bruk av mindfulness overfor denne gruppen er at mindfulness kan bidra til å fremme evnen til å være oppmerksom på følelser, automatiserte tankemønstre og fysiske sansninger, og øke kapasiteten til å tilpasse seg og håndtere følelser (Kristeller & Wolever, 2011). Mindfulness er også assosiert med økt kognitiv fleksibilitet, selvaksept og selvmedfølelse, og kan bedre interosepsjon (Baer et al., 2005; Kristeller & Wolever, 2011).

Mindful eating, oversatt til *oppmerksom spising*, er en egen tilnærming av mindfulness som fokuserer på sammenhengen mellom kropp og sinn, på bevissthet om spisevaner og på hvordan følelser påvirker spiseatferd (Framson et al., 2009; Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016). Foreløpig er oppmerksom spising en nokså utforskert metode, men et par empiriske studier antyder at det å trene på oppmerksom spising kan redusere overspisingsatferd, negative følelser og gi økt kontroll over egne spisevaner (Dalen et al., 2010; Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016).

På bakgrunn av det ovennevnte ønsket interesseorganisasjonen Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) å tilby og evaluere om kurset Mindful Eating Conscious Living (MECL) (Bays, 2017), som vi har valgt å kalle *Bli venn med maten* (Rådgivning om spiseforstyrrelser, u.å.), kan fungere som et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk. Formålet med selve kurset er å bli kjent med indre prosesser knyttet til hva og hvorfor man spiser, fremfor å fokusere på vektreduksjon. I evalueringen av kurset ville vi se på endring i selvrapporterte spiseforstyrrelsessymptomer og tre underskalaer i Neffs selvmedfølelsemål (Neff, 2003): selvmedfølelse, mindfulness og selvfordømmelse. Vi ønsket å se på selvmedfølelse fordi en høy selvmedfølelse kan fungere som en beskyttende faktor mot negativt kroppsbilde og forstyrret spiseatferd (Braun et al., 2016). Følgende problemstillinger ble formulert:

- 1 Hvordan er forløpet og status for spiseforstyrrelsessymptomer ved deltakelse i *Bli venn med maten*?
- 2 Hvordan er forløp og status for selvmedfølelse ved deltakelse i *Bli venn med maten*?

Metode

Deltakere

Høsten 2018, 2019 og 2020 ble det gjennomført 29 grupper i kurset *Bli venn med maten*.

Kursinstruktører var personer som var ansatt i ROS og eksterne som inngikk et samarbeid med

ROS i prosjektperioden. Deltakere ble rekruttert via ROS sine kanaler samt instruktørens egne profesjonelle nettverk og gjennom sosiale medier. Deltakerne meldte sin interesse direkte til den aktuelle instruktøren. De gikk så gjennom et screeningintervju, enten på telefon eller ved fysisk samtale. Intervjuet dekket spørsmål knyttet til psykiske problemer som selvsikading, selvmordstanker, alvorlig depressiv lidelse, posttraumatisk stresslidelse, sosial angst og anoreksia nervosa. Deltakere som ble inkludert i kurset, måtte være fylt 16 år og ha selvopplevd overspisingsproblematikk. Eksklusjonskriterier for deltakelse var alvorlig grad av psykiske lidelser, kartlagt via screeningintervjuet. Vi anslår at 25–30 deltakere ikke gjennomførte hele kurset og avbrøt i løpet av kursperioden. Tallene her er usikre fordi det mangler en systematisk oversikt over frafallet. Siden anoreksia nervosa var et eksklusjonskriterium, valgte vi å utelukke en deltaker som hadde KMI på 17 i utregningene, da vi antok at denne deltakeren mer sannsynlig strevde med spisevegring.

Totalt 196 deltakere ble inkludert i studien, hvorav 95 % var kvinner. Av deltakerne var 45 % fra Vest-Norge, 27 % fra Sør- og Øst-Norge, 25 % fra Midt-Norge og 3 % fra Nord-Norge. Aldersvariasjonen var 20–67 år, med snittalder på 41.4 år ($SD = 12$). Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (KMI) ved oppstart var 32 ($SD = 7$). Tabell 1 gir en oversikt over pasientene ved oppstart.

Tabell 1

Oversikt over sosiodemografiske variabler og frekvens av overspising

Variabel
Alder (snitt \pm SD) ($n= 146$)
KMI (snitt \pm SD)
Ant. objektive overspisingsepisoder siste 28 dager (snitt \pm SD)
Ant. pers. med overspisingdager de siste 28 dager ($n, \%$)
Ant. dager med objektive overspisingsepisoder siste 28 dager ($n, \%$)
Sted ($n, \%$)
Vest
Sør-Øst
Midt
Nord

Merknad. KMI: kroppsmasseindeks; SD: standardavvik; ant.: antall.

Prosedyre

Bli venn med maten er et åtteukers kurs innen oppmerksom spising (Bays, 2017) som er utviklet og basert på metodene Mindfulness Based Stress Reduction og Mindfulness Based Cognitive Therapy, samt klinisk kompetanse og erfaring (Bays, 2017).

Kurset er manualbasert og krever en omfattende sertifisering av kursholdere. Det er anbefalt at de har helse relatert utdanning samt kurs og praksis innen generell mindfulness. Totalt 13 instruktører holdt kurs, og alle var under sertifisering, hvorav de kursene de holdt i denne evalueringen, inngikk som en del av sertifiseringen (for informasjon om sertifiseringskravene se Mindful Eating Conscious living (u.å.) og appendiks). Alle instruktørene fikk utdelt en kursmanual oversatt fra engelsk til norsk som gir detaljert informasjon om kursopplegget.

Innholdet i kurset fokuserer på mindfulness, spiseatferd og forholdet til mat. Man retter oppmerksomheten mot opplevelser i kroppen og på hvor i kroppen man blant annet kjenner sult, tilfredshet og metthetsfølelse. Kurset består av teori, oppgaver og frivillig deling av egenerfaring.

Kurset har fysisk oppmøte, og hver samling varer 2,5–3 timer. Deltakerne med instruktør møttes en gang per uke i åtte uker. Hvert kurs hadde fra seks til ti deltakere. En oversikt over innholdet i de åtte kurssamlingene fremkommer i appendiks.

Datainnsamling

Denne spesifikke studien baserer seg på to spørreskjemaer som deltakerne besvarte på tre tidspunkter: ved oppstart, ved avslutning og ved seks måneders oppfølging etter avsluttet kurs. I tillegg besvarte deltakerne spørreskjema for oppmerksom spising og subjektiv livskvalitet, men disse dataene er ikke inkludert her. Spørreskjemadata ble samlet inn via Survey Xact, som er et nettbasert survey-program. Lenke til skjema ble sendt til deltakerne på e-post og SMS, med påminnelser inntil to ganger dersom skjemaene ikke ble besvart. Påminnelser gjaldt for avslutningsskjema og oppfølgingskjema. Oppstartskjemaet måtte besvares før kurset var satt i gang, og ble sendt ut til deltakerne fra en uke til en dag før oppstart.

Kartlegging

Demografisk informasjon

Kjønn, alder og bosted ble kartlagt basert på informasjon som kursinstruktørene hadde lagret i det innledende screeningintervjuet. Siden samlingene krevde fysisk oppmøte, registrerte man hvor deltakerne hørte til med utgangspunkt i hvor i Norge de deltok på kurset.

Spiseforstyrrelse

For å måle spiseforstyrrelsespatologi brukte vi Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008). EDE består av fire subskalaer: *restriksjon*, *bekymring for spising*, *bekymring for figur* og *bekymring for vekt*. Hver subskala består av fem til åtte spørsmål, og deltakerne besvarer spørsmål med utgangspunkt i de siste fire ukene (28 dager) på en skala fra 0 til 6. Det beregnes en gjennomsnittsskår global EDE, basert på subskalaskårene, som avspeiler alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelsessymptomene. Noen spørsmål handler også om frekvensen av ulike typer atferd, for eksempel overspising, selvfremkalt oppkast, misbruk av avføringsmidler, misbruk av vandrivende midler og frekvensen av overtrening. Normtall for global EDE i en ikke-klinisk norsk populasjon har i en studie vist seg å være 1.42 (SD = 1.07) (Rø et al., 2010), og i en studie av en norsk klinisk populasjon har normtallene vist seg å være 4.00 (SD = 1.31) for kvinner og 3.48 (SD = 1.53) for menn (Dahlgren et al., 2017a). Cronbachs alpha varierte fra .88 til .93 mellom de ulike måletidspunktene.

Selvmedfølelse

Vi brukte tre av seks subskalaer fra Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003): *selvmedfølelse*, *mindfulness* og *selvførdømmelse*, som totalt inkluderte 14 spørsmål. De tre underskalaene ble anvendt fordi de ble vurdert som mest aktuelle for denne studien. Hver skala består av 4 til 5 spørsmål, skalabredde 1–5. Global skår for selvmedfølelsskalaen antas å være rundt 3.0 i en normalbefolkning (Neff, 2003), men det finnes ikke definerte normtall for de ulike subskalaene. Cronbachs alpha for de tre subskalaene varierte noe på tvers av de tre måletidspunktene: selvmedfølelse mellom .90 og .93, mindfulness mellom .64 og .81 og selvførdømmelse mellom .79 og .91.

Statistiske analyser

Det ble benyttet repeterte multivariate variasjonsanalyser (repeated measures multivariate analysis of variance, MANOVA) for å undersøke hvorvidt det var signifikant endring over tid på global EDE-Q-skår og alle subskalaene restriksjon, bekymring for spising, bekymring for figur og bekymring for vekt, og de tre SCS-subskalaene selvmedfølelse, mindfulness og selvførdømmelse. Ikke-parametriske tester, McNemar test og Wilcoxon signed rank test, ble benyttet for å regne ut hvorvidt det var forskjell i antall personer som hadde objektive overspisingsepisoder, og hvorvidt det var forskjell i antall objektive overspisingsepisoder. Effektstørrelser ble kalkulert ved Cohens *d* (Cohens *d* lik henholdsvis liten effekt # 0.2, middels effekt # 0.5 og stor effekt # 0.8) (Cohen, 1988). Reliabilitetstesting (Cronbachs alpha) ble benyttet på de dimensjonale skalaene global EDE, restriksjon, bekymring for figur, bekymring for vekt, bekymring for spising, selvmedfølelse, mindfulness og selvførdømmelse. Signifikansnivået ble satt til $p < .05$. Det ble benyttet IBM SPSS versjon 26 for alle analyser.

Etikk

Studien er forelagt Regional etisk komite (ref. 2018/1019) og ble vurdert som et kvalitetssikringsprosjekt som falt utenfor helseforskningslovens virkeområde. Deltakerne måtte lese og signere informasjons- og samtykkeskjema før deltakelse.

Resultater

Repeterte målinger (MANOVA) for global EDE-Q-skår og de tre SCS-subskalaene selvmedfølelse, mindfulness og selvførdømmelse viste en signifikant effekt av tid ($F(8.95) = 19.82, p \# .001$) fra oppstart, avslutning og til seks måneders oppfølging (tabell 2).

Spiseforstyrrelsessymptomer

Den signifikante tidseffekten ble replikert for alle subskalaene på EDE-Q ($F(8.102) = 11.59, p \# .001$) (se tabell 2). Post-hoc-analyser avdekket at den betydeligste nedgangen på alle mål fremkom i løpet av kursperioden. Det var ingen endring i skårer fra avslutning av kurset til seks måneders oppfølging.

Tabell 3 gir en oversikt over frekvens på antall deltakere som overspiser, og antall registrerte objektive overspisingsepisoder for de tre måletidspunktene. En stor andel personer, 142 av 196 (72 %), som startet på kurset, rapporterte om dager med objektive overspisingsepisoder de siste 28 dagene. I snitt hadde disse 142 deltakerne 11 ($SD = 7$) dager med objektive overspisingsepisoder. Ved seks måneders oppfølging rapporterte deltakerne gjennomsnittlig om åtte dager ($SD = 7$) med objektive overspisingsepisoder. Dette tilsvarer en reduksjon på 27 % fra oppstart til seks måneders oppfølging. Endringer i antall overspisingsepisoder var signifikante både mellom kursstart og kursslutt, og mellom kursslutt og seks måneders oppfølging (se tabell 3).

Tabell 2

Gjennomsnitt og standardavvik for EDE og SCS ved oppstart, avslutning og 6 md. oppfølging

Måling	Oppstart	Avslutning	6 md. oppfølging
EDE ($n = 110$)			
Global	4.1 (1.0)	3.4 (1.2)	3.3 (1.1)
Bekymring for spising	3.5 (1.5)	2.9 (1.4)	2.7 (1.4)
Bekymring for figur	5.0 (1.2)	4.2 (1.5)	4.0 (1.5)
Restriksjon	3.2 (1.2)	2.6 (1.3)	2.7 (1.4)
Bekymring for vekt	4.7 (1.1)	4.0 (1.4)	3.9 (1.3)
SCS ($n = 103$)			
Selvmedfølelse	2.4 (0.9)	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)
Mindfulness	2.9 (0.7)	3.2 (0.8)	3.2 (0.7)
Selvfordømmelse	3.8 (0.8)	3.2 (0.9)	3.3 (1.0)

Merknad. EDE: Eating Disorder Examination; SCS = Self-compassion Scale

d -verdi = Cohens d

** $p = <.01$

*** $p = <.001$

Selvmedfølelse

Repeterte målinger (MANOVA) for de tre SCS-subskalaene viste en signifikant effekt av tid ($F(6.97) = 14.11, p = .001$) over perioden oppstart, avslutning og seks måneders oppfølging etter kurs. Post-hoc-analyser viste betydeligst endring mellom oppstart og avslutning av kurset. Selvmedfølelse-skårer økte signifikant (fra 2.4 til 2.9) fra kursstart til kursslutt. Vi fant videre signifikant endring i gruppens gjennomsnittlige skårer for mindfulness (fra 2.9 til 3.2) og selvførdømmelse (fra 3.8 til 3.3) mellom kursstart og kursslutt. Det ble ikke registrert noen signifikante endringer mellom kursslutt og ved seks måneders oppfølging, men skårene holdt seg på samme nivå.

Tabell 3

Antall personer med objektive overspisinger og antall episoder med oppfølging (N = 196)

	Oppstart	Avslutning	6 m
Ant. pers. som overspiser, <i>n</i> (%)	142 (72)	104 (72)	67 (6)
Objektive overspisings- episoder siste 28 dager, <i>n</i> (<i>SD</i>)	11.4 (7.3)	8.8 (6.8)	7.8 (6.8)

Merknad. md.: måneder; oppf.: oppfølging; oppst.: oppstart; avsl.: avslutning

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Diskusjon

Oppsummert fant vi at deltakerne i *Bli venn med maten* rapporterte bedring i spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q) og selvmedfølelse (SCS). Endringene fant sted i løpet av de åtte kursukene, og det var ingen ytterligere signifikante endringer i selvrapporterte spiseforstyrrelsessymptomer eller selvmedfølelse fra kursavslutning til seks måneders oppfølging. Frekvensen av objektive overspisingsepisoder, derimot, var signifikant redusert fra kursavslutning og til seks måneders oppfølging.

Det finnes foreløpig ingen publiserte studier som ser på betydningen av kurset MECL for bedring av overspisingsproblematikk. Vår evaluering av *Bli venn med maten* inkluderte ikke spesifikke mål på oppmerksom spising, men resultatene våre samsvarer likevel helt generelt med noen få studier som har undersøkt betydningen av oppmerksom spising blant personer med overvekt og spiseforstyrrelser. En studie (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016) har for

eksempel rapportert en negativ sammenheng mellom overspisingsatferd og oppmerksom spising. En annen pilotstudie (Dalen et al., 2010) av et seksukers kursprogram for overvekt der man la vekt på oppmerksom spising og mindfulness, fant en signifikant reduksjon av overspisingsatferd og negative følelser. Til tross for at Dalen et al. (2010) ikke spesifikt så på personer med overspisingsproblematikk, kan resultatene herfra antyde at slike kurstilbud bidrar til å redusere negativ spiseatferd, slik man også fant indikasjon på i vår evaluering.

Deltakerne i *Bli venn med maten* hadde en global EDE-skår på 4.1 ved kursoppstart. Dette tallet samsvarer med global EDE-skår fra studier av pasienter med spiseforstyrrelses-diagnoser i behandling (Vrabel et al., 2008). ROS er en interesseorganisasjon som henvender seg til en bred målgruppe, og våre EDE-Q-resultater indikerer at personene som kontakter ROS, har et høyt symptomtrykk uten at de har tilbud i behandlingsapparatet. Dette kan understreke betydningen av å utvikle gode lavterskeltilbud. For en normalpopulasjon er gjennomsnittlig global EDE-Q-skår på 1.42 (SD = 1.07) (Rø et al., 2010). Selv om vi fant en betydelig nedgang i global EDE-Q-skår i vår evaluering, var symptomtrykket ved kursslutt og ved seks måneders oppfølging et godt stykke over det som er forventet i en normalbefolkning, noe som antyder at denne gruppen har behov for ytterligere hjelp og oppfølging.

Høy selvmedfølelse kan fungere som en beskyttende faktor mot negativt kroppsbilde og forstyrret spiseatferd (Braun et al., 2016). I denne studien antydet resultatene en bedring i selvmedfølelse fra kursoppstart til seks måneders oppfølging, som indikert av de tre SCS-subskalaene. Selvmedfølelse endret seg fra en lav skår på 2.4 til en moderat skår 2.9 (Neff, 2003). Mindfulness ble endret, men holdt seg i det moderate området på alle tidspunkt, mens selvførdømmelse ble redusert fra 3.8 til 3.3. I en generell befolkning antar man at skårene ligger på rundt 3. Det vil si at gruppen nærmet seg et nivå som samsvarer med den generelle befolkningen.

En svakhet ved evalueringen er at den er basert på selvrappport og selvopplevde symptomer på overspising. En del av deltakerne hadde blant annet ikke full skår på EDE-Q overspising. Planlagte studier fra øvrig innsamlet datamateriale vil se nærmere på slike subgrupper i utvalget.

En annen svakhet er at vi ikke kan si sikkert om endringene vi fant i denne evalueringen, kan knyttes spesifikt til bedring i oppmerksom spising, eller om det skyldes andre faktorer. I mangelen på gode tilbud for denne bruker- og pasientgruppen er det trolig mange som føler seg alene om det de strever med. I så måte kan det å møte andre i samme situasjon ha en effekt i seg selv. Oppmerksom

spising ble målt før, etter og ved seks måneders oppfølging, og disse funnene vil omtales i fremtidige publikasjoner på datamaterialet.

Siden dette er en observasjonsstudie uten kontrollgruppe, kan vi åpenbart ikke si noe om årsakssammenhenger. I den forbindelse er det viktig å formidle at formålet med evalueringen ikke var å gjøre en kontrollert intervensjonsstudie, men å se på om et slikt kurstilbud kan fungere i ROS for personer med selvopplevd overspisingsproblematikk.

En styrke ved evalueringen er dens naturalistiske tilnærming, som kan anses å gi høyere grad av økologisk validitet. En annen fordel er at den er brukernær. Prosjektet er initiert av ROS og for ROS. Som bruker- og interesseorganisasjon har vi god innsikt i hvor skoen trykker, og hvor det er behov for mer kunnskap når det gjelder hjelpetilbud for personer med spiseproblematikk. Dette er også første gang noen forsøker å evaluere dette kurset for målgruppen.

Målet for ROS var å evaluere om kurset *Bli venn med maten* kunne være nyttig for de av våre brukere som opplever overspisingsproblematikk. Til tross for de metodiske svakhetene mener vi, basert på resultatene som er presentert her, at kurset virker lovende med tanke på bedring av spiseforstyrrelsespatologi og selvmedfølelse. Det at man kan tilby et kurs på lavterskelnivå, gjør hjelpen mer tilgjengelig for personer med overspisingsproblematikk. For mange er tilfriskning en prosess hvor man går gjennom flere runder med sykdom og tilfriskning. *Bli venn med maten* kan trolig være et godt kurssupplement til eksisterende behandling.

Videre studier bør se nærmere på sammenhenger mellom spisepatologi og selvmedfølelse, samt endringer i oppmerksom spising blant personer som deltar på dette spesifikke kurset, og som nevnt er det planlagt flere publikasjoner på det innsamlede materialet i nær fremtid.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders* (3. utg.). Hentet 08. august 2020 fra https://www.psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5. utg.).
- Baer, R. A., Fischer, S. & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351–358. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80057-4)

- Bays, J. C. (2017). *Mindful Eating. A Guide to Rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with Food* (2. utg.). Shambhala.
- Braun, T. D., Park, C. L. & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image, 17*, 117–131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2.utg, s. 19–27). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dahlgren, C. L., Stedal, K. & Rø, Ø. (2017a). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment (CIA): clinical norms and functional impairment in male and female adults with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 71*(4). <https://doi.org/10.1080/08093488.2016.1271452>
- Dahlgren, C. L., Stedal, K. & Wisting, L. (2017b). A systematic review of eating disorder prevalence in the Nordic countries: 1994–2016. *Nordic Psychology, 70*(3), 209–227. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1410071>
- Dahlgren, C. L., Wisting, L. & Rø, Ø. (2017c). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders, 5*(56). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L. & Leahigh, L. D. (2010). Pilot study: Mindful eating and living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine, 18*(6), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity, 25*, 51–55. Hentet fra <https://www.nature.com/articles/0801699.pdf>
- Fairburn, C. G. (2014). *Få bukt med overspising*. Gyldendal Akademisk.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). I C. G. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509–528.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J., Littman, A. J., Zeliadt, S. & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of American Dietetic Association, 109*(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>

- Godfrey, K. M., Gallo, L. C. & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 38, 348–362. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- Gøttestam, K. G., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Vedul-Kjelsås, E. (2004). Patologisk overspising – en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 16(124). <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2004--2118-20.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spiseforstyrrelser.pdf>
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Katterman, S.N., Kleinman, B.M., Hood, M.M., Nackers, L.M. & Corsica, J.A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating behaviours*, 15, s. 197 - 204. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/yc0.0000000000000278>
- 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., Haro, J. H., 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), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- 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 for CNS Disorders*, 18(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01905>
- Kristeller, J. L. & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>

- Ludwig, D. S. & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *Jama*, 300(11), 1350–1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
- Mindful Eating Conscious Living. (u.å.). *Train to teach?* Hentet 10.10.21 fra <http://me-cl.com/train-to-teach-3/>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- National institute for health and care excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline (NG69). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-binge-eating-disorder>
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Pintado-Cucarella, S. & Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful Eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 8(2), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6). <https://doi.org/10.3109/08039481003797235>
- Rådgivning om spiseforstyrrelser. (u.å.). *Kurs: Mindful Eating*. Hentet 10.10.21 fra <https://nettros.no/events/kurs-mindful-eating-5/>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J. & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610–619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>
- Sobik, L., Hutchison, K. & Craighead, L. (2005). Cue-elicited craving for food: A fresh approach to the study of binge eating. *Appetite*, 44, 253–261. doi: 10.1016/j.appet.2004.12.001.
- Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F. & Fild, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatrics*, 167(2), 149–155. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.12>

- Sysko, R., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Zimmerli, E. & Kissileff, H. R. (2007). Satiety and test meal intake among women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 554–561. <https://doi.org/10.1002/eat.20384>
- Vrabel, K. R., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., Martinsen, E. W. & Rø, Ø. (2008). The Course of Illness Following Inpatient Treatment of Adult with Longstanding Eating Disorders: A 5-year Follow-Up. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 224–232. <https://doi.org/10.1002/eat.20485>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *The American Psychologist*, 62, 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>

Appendiks

Tabell A1 Oversikt over innhold i gruppesamlingene

Uke Innhold

- 1 Introduksjon av kurset. Hva er mindfulness? Hvorfor og hvordan anvende dette når vi spiser?
- 2 Å senke tempoet, ta pauser og introdusere de ulike sultene
- 3 Jobbe med metthet og tilfredshet
- 4 Identifisere forhold og mønstre knyttet til egen spiseatferd
- 5 Fokus på følelser og kroppslig bevissthet
- 6 Mat og humør
- 7 «Craving» eller matsug
- 8 Jobbe med «hjertesult» eller emosjonell spising

A2 Beskrivelse av sertifisering i Mindful Eating Conscious Living (Mindful eating conscious living, u.å.).

MECL-instruktører gjennomgår sertifisering i regi av utviklerne Bays og Wilkins. Sertifiseringen ble gitt på Gardermoen i Norge over to samlinger i 2018 og 2019. Del en gikk over seks dager og del to over fire dager. For å bli godkjent instruktør må man i tillegg til utdanningen delta på 12 mentortimer med lærerne, Jan Chozen Bays og Char Wilkins, fra USA og lede tre *Bli venn med maten*-kurs, som utgjør de kursene vi har evaluert i dette prosjektet. For å kunne ta sertifisering må man ha minimum treårig helse- eller sosialfaglig utdanning samt utdanning og egenpraksis innen meditasjon og mindfulness som grunnlag. Hver enkelt instruktør ble vurdert individuelt av

Bays og Wilkins før godkjenning. Som en del av utdanningen fikk alle instruktørene en 100-siders manual oversatt fra engelsk til norsk (Bays, 2017). Manualen gir detaljert informasjon om de ulike kursdagene, innhold og øvelser.