



# BACHELOROPPGAVE

Når tradisjonell kostveiledning kommer  
til kort

*En litteraturgjennomgang av to vektnøytrale hjelpetilbud*

When dieting does not work

*A literature review of two weight-neutral approaches*

**Kandidatnummer: 222**

FHA 1112

Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett (FLKI)

Institutt for idrett, kosthold og naturfag

Veileder: Cathrine Bergh Nitter

Innleveringsdato: 27.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært krevende, men lærerikt. De komplekse prosessene som ligger bak overvekt, er noe som har interessert meg lenge. Hvordan følelser og de strukturelle rammebetingelsene vi lever i kan gi utslag på vekten, opplever jeg blir underkommunisert i mye eksisterende kostrådgeving. Et annet spørsmål er om alle med overvekt bør slanke seg? NRK har den siste tiden satt temaet på dagsorden gjennom programmet «Eitt feitt liv», men glipper på området om sammenhengen mellom mat og følelser.

Jeg ble introdusert til narrativ kostveiledning da jeg var på utveksling i Danmark våren 2020. Selvhjelpsprogrammet «Få bukt med overspising» ble jeg introdusert for gjennom et seminar med ROS – *Rådgeving om spiseforstyrrelser*. Begge hjelpetilbudene fattet min interesse og jeg ønsket å undersøke de grundigere. Tilbudene opplevdes som et friskt pust sammenlignet med medias evige mas om vektreduksjon, lister med ja/nei mat og dietter som tilsvarer dagsbehovet for energi til et treårig barn.

Jeg har lært mye under skriveprosessen med bacheloroppgaven, men jeg ser fram til og endelig kunne se spisebordet mitt igjen som har vært dekket med bøker de siste fem månedene. Tusen takk til veileder, Cathrine Bergh Nitter, for gode samtaler, tilbakemeldinger, råd og tålmodighet!

## Liste over forkortelser

FBO= Få bukt med overspising. Et selvhjelpsprogram for overspisingsproblematikk.

NK= Narrativ kostveiledning

NT= Narrativ terapi

KAT= Kognitiv atferdsterapi

KMI= Kroppsmasseindeks=  $\text{vekt(kg)} / \text{høyde(m)}^2$ . En formel som viser balansen mellom høyde og vekt hos en person (NHI, 2021)

TK= Tradisjonell kostveiledning. Kalorirestriksjon, (noen ganger også fysisk aktivitet).

MI= Motiverende intervju

HAES= Health at every size (norsk: helse uansett størrelse)

HRQOL= Helserelatert livskvalitet

WRQOL= Vektrelatert livskvalitet

# Abstract

## **Background**

Overweight and obesity in the population are increasing. A lot of people are trying to lose weight, but few succeed with long-term weight loss. Many people struggle with difficult thoughts and feelings related to food and body image, where food is used as a coping strategy. In these cases, weight loss will only be symptom relief. This thesis will examine two weight-neutral help offers for people with overweight or obesity: *Narrative dietary guidance* and the guided self-help program, *Overcoming binge eating*.

**Problem:** In what way will principles from the self-help program *Overcoming binge eating* and from *Narrative dietary guidance*, be able to affect the health and well-being of overweight or obese people, and what are the two forms of guidance and their similarities?

## **Method**

The thesis is a literature study. Four different databases have been searched: PubMed, SageJournal, Science Direct and PsycINFO. Two articles were obtained from other sources. A total of 183 articles were screened, and 56 were assessed for eligibility. Various exclusion and inclusion criteria were developed, and each of the articles was critically evaluated.

## **Result**

After the exclusion process, 10 studies were included. Studies at NK point to an improvement in body image, empowerment, and ability to act, along with a positive impact on the relationship and collaboration between the counselor and the client. However, more research is needed that looks at more participants and uses reliable measurement methods to be able to conclude what impact NK has on health and well-being. The results from studies at FBO point to improvement in overeating problems and body image, this despite a high dropout rate in one of the studies. There is a lack of long-term studies at both FBO and NK.

Both approaches are provided at low threshold agencies but have their origins in psychological therapy models. They are weight-neutral approaches that address underlying and external factors to eating behaviour. FBO focuses on overeating problems using coping strategies, problem solving for overeating, and improving body image. NK addresses all types of eating problems but excludes eating disorders. They focus on seeing the issues in a context, and attempt to highlight positive narratives in the participant's life.

## **Conclusion**

There is a need for a holistic approach beyond what is found in traditional dietary guidance. The included studies indicate an approach based on KAT, such as FBO, has positive effects on health-related quality of life, belief in coping, body image and overeating problems. The studies at NK are mainly smaller studies, but the results are promising. The use of externalization and exploration in NK seems to strengthen the participants' ability to act and empowerment.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Liste over forkortelser</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.1.2 Overvekt og fedme.....	7
1.1.3 Spiseproblematikk.....	7
1.2 Avgrensing og problemstilling .....	8
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Overspisingslidelse og følelsesmessig spising .....	8
2.2 Biopsykososial modell om helse .....	10
2.3 Tradisjonell kostveiledning og utfordringer knyttet til dette.....	11
2.4 Helse uansett størrelse – et alternativ til vektreduserende tiltak .....	11
2.5 Narrativ terapi (NT).....	12
2.5.1 Narrativ kostveiledning (NK) .....	12
2.6 Kognitiv adferdsterapi (KAT) .....	14
2.6.1 Selvhjelpsprogrammet: Få bukt med overspising (FBO) .....	14
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1 Litteratursøk.....	15
3.2 Søkeprosess og dokumentasjon av søk.....	15
3.3 Søkestrategi .....	17
3.4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier.....	18
3.5 Eksklusjonsprosessen .....	19
3.6 Kildekritikk.....	19
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>20</b>
4.1 Resultat fra søk presentert i flytdiagram.....	20
4.2 Oversikt over inkluderte studier .....	21
4.3 Oppsummering av artikkelfunn .....	23
4.3.1 Studier med narrative tilnærminger .....	23
4.3.2 Studier som tar utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi (KAT) .....	25
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>27</b>

5.1 Likheter og ulikheter mellom narrativ kostveiledning (NK) og selvhjelpsprogrammet: Få bukt med overspising (FBO) .....	27
5.2 NK og FBO versus tradisjonell kostveiledning .....	28
5.3 Virkning av de gjennomgåtte hjelpetilbudene .....	29
5.4 Terapi og veiledning .....	30
5.5 Samarbeidet mellom deltaker og veileder .....	31
5.6 Folkehelsearbeid .....	31
5.7 Studiens styrker og begrensinger .....	31
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>33</b>
<b>7.0 Referanseliste .....</b>	<b>34</b>
<b>8.0 Vedlegg 1: Ekskluderte artikler .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabell- og figuroversikt</b>	
Figur 1 Biopsykososial modell.....	10
Figur 2 Artikkelflyt .....	20
Tabell 1 Etologi rundt spiseforstyrrelser. ....	9
Tabell 2 Inndeling av ulike spiseproblem .....	13
Tabell 3 PICO-skjema .....	16
Tabell 4 Søkestrategi .....	17
Tabell 5 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	18
Tabell 6 Oversikt over inkluderte studier .....	21
Tabell 7 Oversikt over ekskluderte artikler med årsak.....	36

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

#### 1.1.2 Overvekt og fedme

Det har vært en økning i overvekt og fedme i Norge. En undersøkelse fra Nord-Trøndelag anslår at om lag 70 prosent av den voksne befolkningen har overvekt eller fedme (FHI, 2017). Undersøkelsen viser at andelen voksne med fedme er på 23 prosent (FHI, 2017).

Den overordnede årsaken til overvekt er ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, samtidig er årsaksmekanismene sammensatte og består av individuell adferd, miljø, levevaner og biologiske forutsetninger (Helsedirektoratet, 2010, s 17). Flere faktorer kan gi økt sårbarhet for å utvikle overvekt, herunder psykososiale forhold (Helsedirektoratet, 2010, s 17). Psykososiale forhold kan være oppvekstforhold, psykologiske forhold, livsvilkår, livshendelser og opplevelser. Påkjennelser som mobbing, traumer og overgrep kan bidra til en forstyrret spiseatferd som igjen kan gi utslag på vekten. Det samme gjelder følelsen av mislykkethet, depresjon, håpløshet, ensomhet og temperament (Helsedirektoratet, 2010, s 18).

Overvekt i seg selv er ingen lidelse, men kan ha uheldige konsekvenser for helse, livskvalitet og trivsel (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Fedme (KMI 30>) vil derimot gi økt risiko for en rekke livsstilssykdommer som eksempelvis diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer, muskel- og skjelettlidelser, samt psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Risiko for sykdom og dødelighet øker jo høyere kroppsmasseindeksen er over normalområdet (KMI 18,5-25) (Vidensråd for Forebygging, 2013, s. 19).

#### 1.1.3 Spiseproblematikk

Opptil 30 % av kvinner som søker behandling for fedme har eller har hatt en spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2010, s. 36). Det er rimelig å anta at det gjelder menn også selv om det ikke finnes tall på dette (Helsedirektoratet, 2010, s. 36). Mange som sliter med overvekt eller fedme kan også ha en udiagnostisert spiseforstyrrelse ((Helsedirektoratet, 2010, s. 40). Tall fra FHI viser at 10 % av befolkningen har spiseproblemer (FHI, 2016). På bakgrunn av dette er det nærliggende å anta at flere personer med en overvektsproblematikk kan ha et spiseproblem. Dersom overvekten skyldes at man spiser for å håndtere underliggende psykisk problematikk, dvs. at personen forsøker å «spise bort» vanskelige tanker og følelser, vil vektreduserende tiltak fungere mer som «symptomlettbehandling» som virker mot sin hensikt og kan heller gjøre den underliggende problematikken verre (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2018).

## 1.2 Avgrensning og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke vektnøytrale hjelpetilbud for personer med overvekt eller fedme, både med og uten spiseforstyrrelse. Det er flere med overvekt og fedme som strever med vanskelige tanker og følelser knyttet til mat og kropp, og bruker mat som mestringsstrategi. En del har en diagnostisert eller udiagnostisert spiseforstyrrelse, mens en større del har det som kategoriseres som et spiseproblem (Helsedirektoratet, 2010, s. 36).

Det finnes flere behandlings- og veiledningsmetoder for personer med overvekt og fedme som ikke har fokus på vektreduksjon. I denne oppgaven vil det fokuseres på to av disse: Narrativ kostveiledning (NK) (Kristensen & Kjøster, 2015) og «Få bukt med overspising», som er et veiledet selvhjelpsprogram for personer med overspisingproblematikk (FBO) (Fairburn, 2014). Førstnevnte er inspirert av narrativ terapi (NT), mens sistnevnte har tatt utgangspunkt i kognitiv adferdsterapi (KAT). Det vil derfor være naturlig å se på studier som omhandler NT og KAT i behandling av personer med overvekt og personer som har en overspisinglidelse.

På bakgrunn av det overnevnte er følgende problemstilling formulert:

På hvilken måte vil prinsipper fra selvhjelpsprogrammet *Få bukt med overspising* og fra *Narrativ kostveiledning*, kunne påvirke helse og trivsel til personer med overvekt/fedme, hva skiller disse to veiledningsformene og hva er likhetene?

## 2.0 Teori

### 2.1 Overspisinglidelse og følelsesmessig spising

Overspisinglidelse ble først anerkjent som en psykiatrisk diagnose i 2013, i femte utgave av den amerikanske diagnosemanualen DSM-5. Diagnosen kjennetegnes ved 1) at man inntar store mengder mat, gjerne over en kort tidsperiode og 2) en opplevelse av kontrolltap. Overspisingsepisodene må forekomme minst en gang i uken de siste tre månedene for å få diagnosen. Lidelsen har flere fellestrekk med bulimi, men uten den kompensatoriske adferden. Overspisingsepisodene er ofte forbundet med følelser som skam og avsky. (American Psychiatric Association, 2013). Overspisingsepisodene må assosieres med tre eller flere av de følgende kriteriene

1. Spiser raskere enn normalt
2. Spiser til en føler seg ukomfortabelt mett
3. Spiser store mengder mat uten å kjenne fysisk sult
4. Spiser alene fordi en er flau over mengden mat som spises



5. Føler seg kvalm, deprimert eller skyldig etterpå  
(Helsedirektoratet, 2017).

Årsakene for å utvikle en spiseforstyrrelse er komplekse, men det er vanlig å skille mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold (Skårderud et al., 2004).

*Tabell 1 Etologi rundt spiseforstyrrelser inndelt i disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold (Skårderud et al., 2004).*

Disponerende forhold	Utløsende forhold	Vedlikeholdende forhold
<ul style="list-style-type: none"><li>• Genetiske forhold</li><li>• Personlighet</li><li>• Familiære forhold</li><li>• Traumer og fysiske/sekssuelle overgrep</li><li>• Kulturelle forhold</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tap og konflikter</li><li>• Mobbing</li><li>• Tidlig pubertet</li><li>• Store prestasjonskrav</li><li>• Endrede livsvilkår, f.eks. flytting</li><li>• Skader hos idrettsutøvere</li><li>• Slanking</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelsen</li><li>• Negative reaksjoner fra miljøet</li><li>• Psykiske symptomer av feil-ernæring, som depresjon, affektlabilitet eller utmattelse</li><li>• Opplevd nytte av symptomer, som f.eks. demping av indre uro og spenning, unnvikelse av negative følelser</li></ul>

Felles for all spiseforstyrrelsesproblematikk er lav selvfølelse og at mat blir brukt som en mestringsstrategi for å håndtere vanskelige følelser. Kontrolltap i form av overspising, kan føre til tap av selvfølelse og problemet omkring selvfølelse blir dermed selvforsterkende (Skårderud et al., 2004).

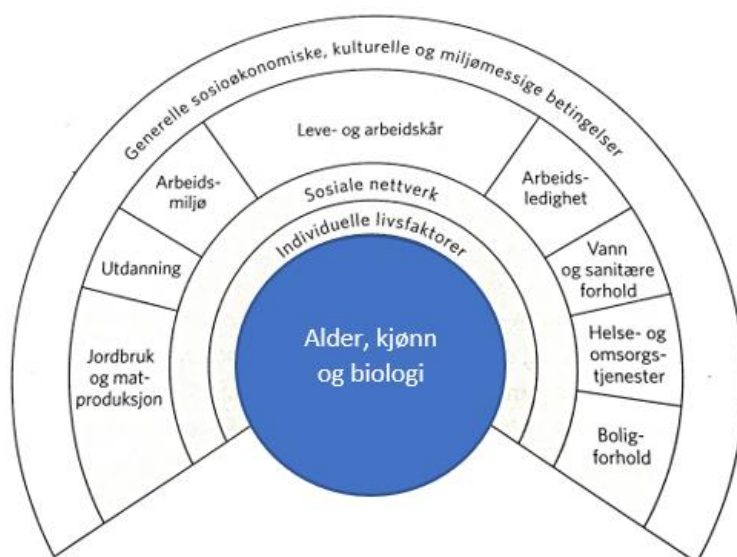
Uttrykket "følelsemessig spising" refererer ofte til å spise som svar på negative følelser, hvor de valgte matvarene er primært energitette og lettspiste (Konttinen, 2020). Årsaken til følelsemessig spising involverer flere av de samme punkter som nevnt i tabell 1, som bla. fysiologiske, psykologiske, sosiale- og miljømessige forhold (Konttinen, 2020). Negative følelser kan gi utslag som et redusert eller økt matinntaket avhengig av egenskapene til individet og situasjonen (Konttinen, 2020).

Følelsemessig spising og overspisingsepisoder foregår både hos de med og uten en overspisingsslidelses-diagnose (Wiedemann et al., 2018). Dette bekreftes av en studie

gjennomført på personer som søker hjelp for vekttap i primærhelsetjenesten. Studien rapporterte at personer uten overspisingslidelse spiste hyppigst på følelsen «kjedsomhet» og rapporterte at de opplevde størst kontrolltap når de spiste på følelser forbundet med angst og tristhet. Personer med overspisingslidelse spiste hyppigst på følelsen «ensomhet» og opplevde størst kontrolltap når de spiste på følelser forbundet med angst, ensomhet og tretthet. Gruppen med overspisingslidelse rapporterte flere tilfeller av følelsesmessig spising forbundet med følelsen av angst, tristhet, ensomhet, tretthet, lykke og kjedsomhet sammenlignet med de uten diagnosen (Wiedemann et al., 2018).

## 2.2 Biopsykososial modell om helse

I 1977 presenterte George Libman Engel en holistisk forklaringsmodell på helse. Modellen ble kalt en *Biopsykososial modell*, som hevder at helse bestemmes utfra et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Hver av disse faktorene vil kunne påvirke hverandre og enten gi positive eller negative helseutfall. I Dahlgren & Whiteheads (1991) tolkning av modellen finner vi personen i midten definert av alder, kjønn og biologi. Deretter kommer de individuelle livsfaktorene, som eksempelvis kosthold, aktivitetsvaner og helsevaner. I de tre ytterste nivåene finner vi personens sosiale nettverk, faktorer knyttet til levekår og samfunnsmessige forhold som f.eks. sosioøkonomiske betingelser (Øverby, et al., 2011, s. 13). Hver av faktorene påvirker hverandre i en dynamisk prosess, dvs. at eksempelvis biologi påvirker psykologi og vise versa.



**Figur 1 Biopsykososial modell:** Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell over faktorer som påvirker helsen (Øverby, et al., 2011, s. 13).

Overvekt og fedme kan også sees på utfra denne modellen. Personens kroppsvekt kan eksempelvis påvirkes av gener, altså biologiske faktorer (Elks et al., 2012). Utover i modellen finner vi flere påvirkningsfaktorer for livsstilen vår, som igjen vil kunne gi utfall i kroppsvekt. Viktigheten av en biopsykososial tilnærming støttes av en litteraturgjennomgang som fant at denne tilnærming til fedme var positivt for pasientene, uavhengig av om de oppnådde vekt nedgang eller ikke (Castelnuovo et al., 2017).

### 2.3 Tradisjonell kostveiledning og utfordringer knyttet til dette

Til tross for god kunnskap om hva som skal til for å redusere vekt og/eller ta gode valg for egen helse, er det mange som sliter med å gå i gang med, eller vedlikeholde større livsstilintervensjoner (Helsedirektoratet, 2016).

Tradisjonell kostholdsveiledning fokuserer på den atferdsmessige komponenten i atferdsendringen, som ofte betyr fokus på et restriktivt matinntak og økning i fysisk aktivitet, eller en av delene (Helsedirektoratet, 2016, s. 24). Helsedirektoratet trekker fram at det er behov for en mer helhetlig tilnærming når det kommer til endring av livsstil, som både tar høyde for de kulturelle og sosiale rammebetingelser individet lever under, samt psykologiske faktorer (Helsedirektoratet, 2016, s. 24).

Flere studier viser vektreduksjon etter endt livsstilsintervensjon, men langtidseffekten sees å være liten hos de fleste deltakere. Intervensjonens varighet har betydning for oppnådd vektreduksjon. (FHI, 2014; Loveman et al., 2011). Dette støttes av den britiske LOOK AHEAD-studien som hadde en oppfølgingstid langt over gjennomsnittet og et vekttap større enn ved andre studier. Studien viste at mottakerne av en intensiv livsstilsintervensjon ikke hadde redusert risiko for hjerte- karsykdom eller dødelighet sammenlignet med kontrollgruppen (Look AHEAD Research Group et al., 2013). Vekttapsintervensjoner etterfølges ofte av vekt oppgang (FHI, 2014; Look AHEAD Research Group et al., 2013; Loveman et al., 2011).

### 2.4 Helse uansett størrelse – et alternativ til vektreduserende tiltak

Den amerikanske bevegelsen Health at every size (HAES) eller Helse uansett størrelse (HUS) på norsk, ble startet opp som et motsvar til en vektfokusert behandling av personer med overvekt i USA. Bevegelsen utfordrer holdningen om at overvekt er synonymt med sykdom og hevder at slanking ofte vil gjøre mer skade enn nytte (Samdal & Meland, 2018). Flere studier presentert i en rapport fra Danmark tyder også på at en vektreduksjon hos friske personer med overvekt, kan gi økt dødelighet (Vidensråd for Forebyggelse, 2013, s. 38-43). HAES bygger på

tre prinsipper; et fleksibelt forhold til mat, aktivitetsglede og aksept og respekt for at mennesker finnes i alle størrelser og fasonger (Samdal & Meland, 2018). Veiledning basert på disse prinsipper handler om å lytte til kroppens signaler og sult og metthet (oppmerksom/intuitiv spising), og om å nyte maten. Det er ingen nei-mat, men det rådes om å spise variert og innta mat som gjør kroppen godt (Samdal & Meland, 2018). Prinsippene fra HAES-bevegelsen går igjen i veiledningsformene som gjennomgås i denne oppgaven, hvor det også fokuseres på et helhetlig perspektiv fremfor vektreduksjon.

## 2.5 Narrativ terapi (NT)

NT ble utviklet av Micheal White og David Epston på 1980-tallet (Kristensen & Kjøster, 2015, s. 2015). Narrativ praksis er en tilnærming til psykoterapi og veiledning som er brukt i behandling av en rekke psykiske lidelser, som depresjon, angst, PTSD og spiseforstyrrelser (Dulwich Center, 2004). Denne praksisen er et motsvar til forståelsen om mennesket som et sentrert, autonomt og rasjonelt subjekt som definerer egne mål og selv er ansvarlig for å nå dem (Kristensen, S. T. & Kjøster, A., 2015, s. 216). I narrativ praksis sees mennesket som et desentrert subjekt som skapes og formes i samspill med ytre prosesser (Kristensen, S. T. & Kjøster, A., 2015, s. 216).

Innledningsvis i behandlingen finner man *den eksternaliserende samtale*, hvor målet er utforskning og å skille problemet fra personen. Dette gjøres blant annet ved å navngi problemet med et erfaringsnært navn. Eksternalisering brukes siden språket har en sterk rolle i vår forståelse av virkeligheten. Tanken bak eksternaliserende språkbruk er å skille personen fra problemet, og betegnes som «personen er ikke problemet, problemet er problemet» (White, 2009, s. 28). Utforskningen kalles også *samforsking*, da det er en felles kartleggingsprosess mellom terapeut og klient (Kristensen, S. T. & Kjøster, A., 2015, s. 229). Utover i behandlingen fokuseres det på *unike hendelser* eller unntakshistorier, som ligger i forgrunnen til en *ny-formulert historie*. Denne historien er en alternativ historie om personen, som avviker fra personens «problemhistorie». For å lete fram denne historien, fokuseres det på de gangene problemet ikke har vært like fremtredende. Målet er å skape en ny og kanskje mer positivt dominerende historie om klientens liv (White 2009, s.59).

### 2.5.1 Narrativ kostveiledning (NK)

NK følger strukturen i NT, men det er noen ulikheter. Mens NT rettes mot psykiske lidelser, blir NK rettet mot spiseproblemer (Kristensen & Kjøster, 2015. s 218). I *Utforskning-* eller *samforskningsprosessen* kartlegges det hvordan spiseproblemet konstrueres i sosial interaksjon og historisk kontekst. Den erfaringsnære beskrivelsen av spiseproblemet skrives ned på en

fysisk tavle. Hensikten med å bruke tavle i veiledningen er å skape en felles referanseramme for den videre utforskningsprosessen hvor beskrivelsen av spiseproblematikken tydeliggjøres for begge parter. Dette gjøres for at hele prosessen skal oppleves erfaringsnær for den som blir veiledet (Kristensen & Køster, 2014). Eksempel på dette kan være hvis ordet *overspising* ikke oppleves riktig å bruke for deltaker, vil man finne andre, mer passende ord i fellesskap – som eksempelvis, *kjedsomhet*, eller *døyye følelser*, dersom det oppleves mer riktig (Kristensen & Køster, 2014).

Kontekstualisering av spiseproblem handler om å utforske i hvilken kontekst problemet oppstår og opptrer i. Fremfor å se på personen som «en overspiser» vil blikket i NK rettes mot konteksten og spørsmålet vil da bli: «Hva er det som gjør at overspisingen oppstår?». Dette åpner for nysgjerrighet hos personen fremfor å være opptatt av spørsmålet om «Hva som er galt med meg?». Kontekstualisering kategoriseres gjennom tre ulike analytiske klassifiseringer av spiseproblem, hvor videre veiledningen dreies i retning av klassifiseringen (Kristensen og Køster, 2014).

*Tabell 2 Inndeling av ulike spiseproblem (Kristensen og Køster, 2014)*

Spiseproblem	Logistisk	Sosialt	Diskursivt
<b>Kjennetegn ved spiseproblemet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utfordringer med å koordinere spising i en travel hverdag</li> <li>-Har kunnskap om sunn mat, vanskelig å praktisere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Spiserelaterte konflikter og ambivalenser som opptrer i sosiale interaksjoner, eller hvordan fravær av det sosiale kan påvirke spising alene</li> <li>-Spiser ikke på foretrukken måte, pga. konflikt med det sosiale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Spising er dominert av forestillinger og forventninger, som er vanskelige å leve opp til og blir en belastning i seg selv</li> <li>-Ofte en restriktiv måte å tenke om kostholdet</li> <li>-Ja/nei-mat, uoppnåelige kropps- og sunnhetsideal.</li> </ul>

Hensikten med kontekstualisering av problemet, er å gi personen et realistisk bilde av sine handlingsmuligheter. Dette åpner mulighetene for å kunne navigere i konteksten og det kan arbeides med måten å forholde seg til problemet på (Kristensen & Køster, 2015, s. 226). NK skiller seg fra mye annen kostveiledning hvor personen er i sentrum, og problemene man søker hjelp for sees på som et resultat av selvvalgt livsstil (Kristensen & Køster, 2015, s. 226). Likt som for FBO krever heller ikke NK behandlere med lang utdanning.

## 2.6 Kognitiv adferdsterapi (KAT)

Kognitiv atferdsterapi er basert på den kognitive modellen for psykisk sykdom, utviklet av Aaron T. Beck rundt 1960-tallet. Modellen beskriver at personers oppfatning og tolkning av hendelser påvirker følelser og atferd. Dette inkluderer vår oppfattelse av verden, situasjoner, utfordringer, andre folk og deres intensjoner, samt selvoppfattelse av oss selv og vår rolle i ulike relasjoner (Fenn & Byrne, 2013). I KAT utforskes disse koblingene mellom tanker, følelser og atferd. «Problemet» deles opp i mindre deler og det fokuseres på «her og nå». Det forsøkes på sikt å lære pasientene å bli deres egen terapeut, gjennom å hjelpe dem å forstå deres nåværende tanke- og adferdsmønstre og gi dem verktøy som kan bidra til konstruktiv atferdsendring og nye positive vaner. Behandlingen er tidsbegrenset, strukturert og krever at klienten er villig til å teste ut konsepter, teknikker, og metoder utenom terapitimen (Fenn & Byrne, 2013).

### 2.6.1 Selvhjelpsprogrammet: Få bukt med overspising (FBO)

FBO er selvhjelpsprogram for personer med overspisingsproblematikk, utviklet av psykiater og spesialist på spiseforstyrrelser, Christopher Fairburn. FBO krever ikke involvering av en høyt kvalifisert behandler, slik det gjør i KAT (Fairburn, 2014, s. 103). Programmet består av de atferdsrettede og pedagogiske komponentene fra KAT, men er en forenklet utgave uten de komplekse kognitive elementene (Fairburn, 2014, s. 103). Programmet kan brukes som et rent selvhjelpsprogram, eller som et veiledet selvhjelpsprogram, hvor sistnevnte har vist seg å være mest effektiv. FBO er antakeligvis det mest undersøkte selvhjelpsprogrammet (Fairburn, 2014, s. 103).

Programmet består av fem steg, hvor hvert av stegene evalueres før en går videre på neste:

1. **En god start:** Registrere alt man spiser (hva, hvor og når), hvilke settinger og når overspisningsepisoder forekommer samt tanker, følelser og adferd knyttet til dette.
2. **Faste spisevaner:** Planlegg tidspunkt for alle dagens måltider (kun tidspunkt, ikke hva man spiser). Målet er å innarbeide faste spisemønstre og å spise tilstrekkelig til hvert måltid. Spiser man nok, vil trangene til overspising reduseres.
3. **Alternativer til overspising:** Finn alternative aktiviteter man kan gjøre når man har trang til å overspise.
4. **Problemløsning:** Reflekter over hva som har hjulpet, og hvordan man kan løse problemer fremover.

5. **Gjøre opp status:** Hvis man fortsetter programmet vil de neste stegene bestemmes utfra hvordan personens spiseproblem arter seg. Her vil man enten jobbe videre med «slanketanker» eller negativt kroppsbilde, eventuelt begge deler.

(Fairburn, 2014, s. 118-160)

Mens KAT primært tilbys til personer som oppfyller diagnosekriteriene for en spiseforstyrrelse eller annen psykisk lidelse, kan FBO benyttes hos dem med overspisingsproblematikk uten diagnose (Striegel-Moore et al., 2010). Studier har vist at flere, også de med overspisingslidelse, responderer på en mindre intensiv behandling enn KAT. Det foreslås derfor en mer trinnvis og kostnadseffektiv tilnærming til overspisingsproblematikk, hvor det i første omgang tilbys selvhjelpsprogrammet FBO. De som ikke responderer på dette kan tilbys mer intensiv behandling (Striegel-Moore et al., 2010).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteratursøk

Forskningsmetode for oppgaven er systematisk litteratursøk. Ved litteratursøk blir oppgavens problemstilling belyst med utgangspunkt i allerede eksisterende kunnskap fra rapporter og artikler (Støren, 2013, s. 17). Litteraturen ble hentet fra fire databaser, i tillegg ble en artikkel og en rapport hentet fra andre kilder. Artikkene vil bli presentert og analysert. En litteraturstudie skal ikke skape ny empiri, men sammenstille kunnskap fra de inkluderte artiklene (Støren, 2013, s. 17).

### 3.2 Søkeprosess og dokumentasjon av søk

Søkeprosessen foregikk fra januar- april 2021. Både HVL sin bibliotekjeneste, Oria.no og Københavns professionshøjskole sin tjeneste, UCviden, ble brukt til å finne relevant bakgrunns litteratur for teorikapittelet. I selve litteratursøkene ble det benyttet ulike databaser, som PubMed, SageJournal, Sciencedirect og Ovid- PsycINFO. Det ble tilstrebet å bruke litteratur som var fagfelleurdert i den grad det var mulig. En fagfelleurdert artikkel innebærer at publikasjonen har vært vurdert og kvalitetssikret (Nordtvedt et al., 2008, s. 207).

Problemstillingen oppgaven skal svare på ble skissert i et PICO-system. PICO er en forkortelse for elementer som bør være med i et litteratur søk: Population, intervention, comparison, outcome (Helsebiblioteket, 2016). Populasjon og intervensjon og utfall ble søkt opp i PubMed's MESH database for å finne relevante søkeord.

Tabell 3 PICO-skjema for problemstilling og relevante søkeord

PICO:		Søkeord	MESH
<b>P- Population</b>	Personer med overvekt eller fedme	Overweight, Obesity	"Overweight"[Mesh] OR "Obesity"[Mesh]
<b>I: Intervention</b>	Ikke slankende tilnærminger: Narrativ terapi, KAT, overcoming binge eating, narrativ kostveiledning	Narrativ Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, CBT, CBT-E, Overcoming Binge Eating, Guided Self-help Treatment for Binge eating, Narrative Dietary Counseling	"Narrative Therapy"[Mesh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]
<b>C: Comparison</b>	Narrativ-tilnærming/KAT-tilnærming		
<b>O: Outcome</b>	Helse, trivsel, selvfølelse	Health, Well-Being, Body Image, Health Related Quality Of Life (HRQOL)	"Holistic Health"[Mesh] OR "Health Status"[Mesh] OR "Environmental Health"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Health"[Mesh] OR "Body Image"[Mesh] OR "Body Dissatisfaction"[Mesh] OR "Self Concept"[Mesh]



### 3.3 Søkestrategi

Tabell 4 søkestrategi: oversikt over søk

søk	søkestrategi	treff	Gjennomlest og vurdert	Inkludert
<b>PubMed 03.03.2021</b>				
1.	"Overweight"[Mesh] OR "Obesity"[Mesh]	231 402	n/a (ikke inkludert fordi antall treff er for høyt til å gjennomgå)	n/a
2.	"Narrative Therapy"[Mesh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]	30,436	n/a	n/a
3.	"Holistic Health"[Mesh] OR "Health Status"[Mesh] OR "Environmental Health"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Health"[Mesh] OR "Body Image"[Mesh] OR "Body Dissatisfaction"[Mesh] OR "Self Concept"[Mesh] OR Well-being	78, 70785	n/a	n/a
4.	#1 AND #2 AND #3 Avgrensing: Systematic Review, Adult 19+	8	8	1
5.	“narrative dietary counselling” Avgrensing: Adult 19-+	19	6	1
6.	“Guided Self-help Treatment for Binge eating”	10	10	1
7.	“Overcoming binge eating”	3	0	0
<b>Ovid  PsycINFO 03.03.2020</b>				
1.	Overweight OR Obesity	44921	n/a	n/a
2.	"Narrative Therapy" OR "Cognitive Behavioral Therapy"	18832	n/a	n/a
3.	"Holistic Health" OR "Health Status" OR "Environmental Health" OR "Quality of Life" OR Health OR	835058	n/a	n/a

	"Body Image" OR "Body Dissatisfaction" OR "Self Concept" OR Well-being			
4.	1 and 2 and 3 Avgrensing: Peer reviewd	128	19	2

### SageJournal 01.04.2020

I.	"Narrative therapy" AND (Overweight OR Obesity)	19	11	2
----	---	----	----	---

### ScienceDirect 01.04.2020

I.	"Narrative therapy" AND Overweight Filter: Research articles	4	1	1
----	---	---	---	---

**TOTALT:**

**10**

### 3.4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

Det ble utarbeidet kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier. Studier som omhandler NK og FBO ble undersøkt og inkludert noe bredere grunnet hjelpetilbudenes begrensede omfang. Studier med lavere kvalitet ble derfor ikke nødvendigvis ekskludert.

*Tabell 5 inklusjon og eksklusjonskriterier*

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
-Fagfellevurdert	-Leserinlegg
-Voksne >18 - 65år	-Populærvitenskapelige artikler
-Overvekt eller fedme	-Barn, ungdom, eldre
-Mottatt/mottar veiledning/terapi/behandling som er forankret i narrativ praksis, KAT	-Undervektige
-Prioritert studiedesign: (Systematiske oversikter, metaanalyser), RCT	-Personer med alvorlige psykiske lidelser, demens eller autisme.
-Tekstspråk: Engelsk, norsk, dansk	-Sengeliggende pasienter
	-Internett-, mobil- og andre digitale intervensjoner
	-Studier på spesifikke medisinske tilstander, farmakologiske tiltak
	-Intervensjoner i skolen

### 3.5 Eksklusjonsprosessen

Selv om en studie oppfyller alle inkluderingskriteriene, er det kun et begrenset antall som kan gjennomgå og presenteres i denne oppgaven. Artikler som ble ekskludert på bakgrunn av bacheloroppgavens omfang, er merket med «Begrensing» (se vedlegg 1). Det er forsøkt å presentere ulike perspektiver og nyanser i studiene som inkluderes og som kan svare på problemstillingen for oppgaven. Hovedårsakene til ekskludering var at de hadde mindre eller ingen relevans for problemstilling, ikke kunne relateres til KAT eller narrativ praksis, inkluderte barn/ungdom eller dårlig studiedesign. Andre årsaker til ekskludering var språk, medisinsk/farmakologisk intervensjon, at deltakerne var undervektig eller hadde en alvorlig psykisk lidelse.

### 3.6 Kildekritikk

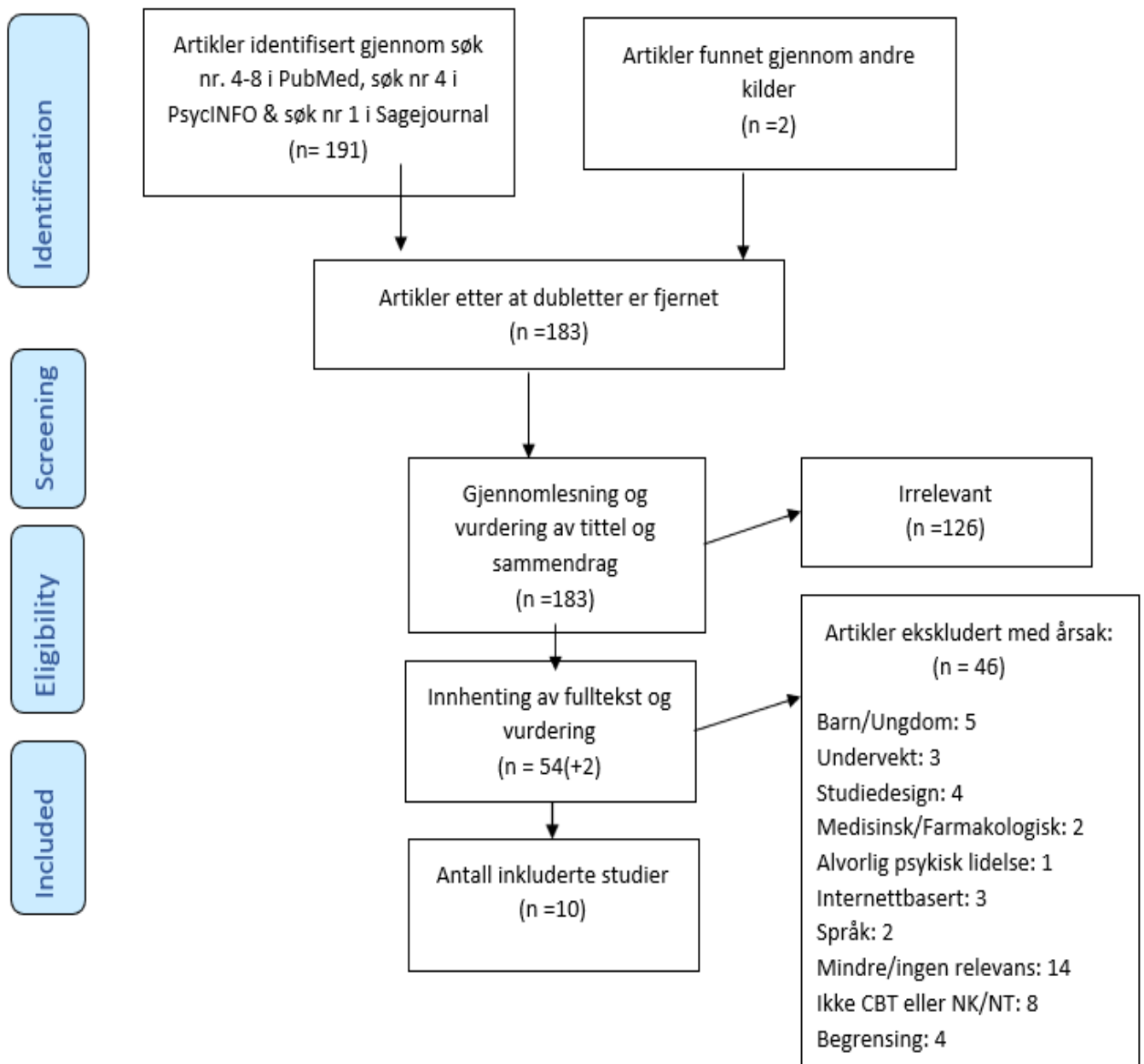
For å vurdere gyldigheten i studiene, er det viktig å vurdere den metodiske kvaliteten og settingen studien er gjennomført i (Helsebiblioteket, u.å.) Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av artikler ble brukt som hjelpemiddel. Kildekritikk er viktig for å kunne fastslå om en kilde er sann (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67). I vurderingen av artikler ble det sett på hvorvidt det var en klart formulert problemstilling, samt hvor velegnet metoden var for å besvare problemstillingen (Helsebiblioteket, u.å.). For å kunne stole på resultatene ble utvalg, datainnsamling og analysemetoden vurdert. Det er begrenset tilgang på litteratur som omhandler hjelpetilbudene som denne oppgaven skal belyse. I litteratursøket for oppgaven ble det først forsøkt å finne systematiske oversikter, metaanalyser og lignende som gir en bred oversikt over feltet. Her fantes det svært lite relevant litteratur for oppgaven, derfor ble studier med noe lavere kvalitet inkludert. Det stilles høyere krav til kildekritikk i grundig og omfattende kartlagte felt, enn det i gjør i felt som er dårlig beskrevet (Dalland & Tygstad, 2012, s. 72). Selv om det ble funnet noen få systematiske oversikter, hadde disse liten verdi og ga et dårlig sammenligningsgrunnlag for tilnærmingene det blir sett på. Studier som ble inkludert var hovedsakelig intervensjonsstudier med en kontrollgruppe, hvor en gruppe mottok behandling, og en kontrollgruppe som ikke mottok behandling. Antall deltakere og varighet i de inkluderte studiene var noe lavere enn det ville vært dersom feltet var mer kartlagt. Grad av effekt ble målt gjennom spørreskjema og/eller intervju. I vurderingen av artiklene ble det vektlagt at metoden skulle kunne etterprøves.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Resultat fra søk presentert i flytdiagram



#### PRISMA 2009 Flow Diagram



Figur 2 Artikkelflyt

## 4.2 Oversikt over inkluderte studier

Tabell 6 Oversikt over inkluderte studier

Artikkel	Deltakere	Database/ tidsskrift	Design	Tiltak	Konklusjon
1. McKian, et al., 2019	30	ScienceDirect	Klinisk intervensjonsstudie med kontrollgruppe	Narrativ terapi	Gruppen som mottok narrativ terapi hadde en liten, men signifikant vektnedgang, samt en forbedring i kroppsbildet.
2. Meyer, et al., 2018	111	SageJournal	Kvantitativ og kvalitativ forskning	Narrativ praksis	Eksternaliserende språkbruk rundt overspisingslidelsen virket positivt. Å se på vektproblemet som både relasjonelt og kontekstuell, fremfor bare fysisk vekt ga forbedringer i helsen.
3. Kristensen & Køster, 2014	15	SageJournal	Litteraturgjennomgang og klinisk utprøving	Narrativ kostveiledning	Helsebegrepet og spiseproblemet sees å være kontekstavhengig. Utforskning kompleksiteten rundt spiseproblematikk bidro til økt handlefrihet.
4. Søndergaard, et al., 2017	40	Topics in geriatric rehabilitation	Klinisk intervensjonsstudie med kontrollgruppe	Narrativ kostveiledning	En narrativ tilnærming sees å styrke deltakerens empowerment.
5. Stelmach-Mardas et al., 2014	84	PubMed	Prospektiv kontrollstudie	Narrativ intervjueteknikk	Endringer i kroppsvekt og BMI viste seg å være av høy statistisk signifikans ( $P < 0,0001$ ). Kostholdsrådgivning basert på en narrativ tilnærming og fokus på tilberedning av egne sunne måltider hadde positiv

					effekt for opprettholdelse av vektreduksjon og måltidssammensetning.
6. Vanderlinden et al., 2012	56	PsycINFO	Klinisk intervensjonsstudie	KAT	KAT som tilbys 1 dag i uken i gjennomsnitt 7 måneder, virker positivt på spiseatferd, vekt og psykologiske parametere, selv opptil 3,5 år etter behandling
7. Marchesini et al., 2002	92	PsycINFO	Klinisk intervensjonsstudie med kontrollgruppe	KAT	KAT ga et gjennomsnittlig vekttap på rundt 8,5 kg og viste forbedringer i HRQOL. Vekttapet var størst hos dem uten overspisingslidelse. Forbedringer i HRQOL var størst hos dem med overspisingslidelse.
8. Mason et al., 2017	171	PsycINFO	Randomisert klinisk forsøk	KAT	Etter behandling med KAT opplevde deltakerne forbedringer i vektrelatert livskvalitet.
9. Striegel-Moore et al., 2010	123	PubMed	RCT	Få bukt med overspising	FBO-gruppen opplevde reduksjon i overspising, forbedring på depresjonssymptomer og et mindre anstrengt forhold mat, kropp og vekt, sammenlignet med TK- gruppen. Det ble ikke rapportert signifikante endringer i KMI hos noen av gruppene
10. Rådgiving om spiseforstyrrelser	153		kvantitativ	Få bukt med overspising	70 % mente at programmet hadde vært nyttig og 50 % mente det hadde hjulpet de med

					tanke på overspisningsadferden, 17 % klarte å slutte helt med overspisning, 44 % mener programmet har bidratt til at de har fått det bedre med seg selv.
--	--	--	--	--	--

### 4.3 Oppsummering av artikkelfunn

#### 4.3.1 Studier med narrative tilnæringer

En studie av Meyer et al. (2018) undersøkte hvordan overspisingslidelse og vektproblemer utvikler seg, blir opprettholdt og endret i ulike behandlinger; narrativ gruppeterapi, vekttap- og vektakseptbehandling (Meyer, et al., 2018). Studien ble delt inn i to faser, hvor første fase bestod av 20 økter med narrativ gruppeterapi, i andre fase kunne deltakerne velge mellom å delta i en vekttaps- eller en vektakseptgruppe Total behandlingstid var 1- 1 ½ år. Studien besto av 111 deltakere, 82 fullførte narrativ gruppeterapi (fase 1), og 32 gikk videre i fase 2. I denne fasen valgte å jobbe med 19 vekttap og 16 valgte å jobbe med vektaksept, totalt 27 fullførte. Studien brukte både kvantitativ og kvalitativ metode, som inkluderte spørreskjema, intervju og observasjoner. Studien belyser at et liv preget av slankeforsøk, opprettholdt og forverret deltakernes spise- og vektproblemer. Uavhengig av hvilken tilnærming de valgte i fase 2, oppgav deltakerne at de 20 første øktene med narrativ gruppeterapi hadde fått dem til å tenke annerledes om vekten. Årsaken til dette var blant annet den eksternaliserende språkbruken, som også fikk deltakerne til å se at de ikke var problemet, men at det var overspisingslidelsen som var problemet. Det virket positivt å se på vektproblemets sosiale og kontekstuelle faktorer, fremfor den fysiske vekten som et problem i seg selv. Det trekkes også fram at aksept og løsrivelse fra tallet på vekten bedret helsen hos denne gruppen (Meyer, et al., 2018).

En randomisert kontrollert studie av McKian et al. (2019) studerte 30 iranske kvinner i alderen 18- 36 år, med hensikt om å sammenligne lavkaloridiett med NT. Kvinnene ble delt inn i tre grupper, med 10 deltakere i hver gruppe – en kontrollgruppe, en gruppe som mottok lavkaloridiett og en gruppe som mottok lavkaloridiett i kombinasjon med NT. Studien pågikk i fem uker. Deltakerne besvarte et spørreskjema om kroppsbilde før og etter behandlingen. Studien fant en liten, men signifikant vektreduksjon, samt en betydelig bedring i kroppsbilde hos gruppen som mottok NT. Videre påpekte forfatterne i studien behov for en helhetlig

tilnærming til livsstilsintervensjoner som også tar hensyn til psykologiske faktorer (McKian et al., 2019).

En litteraturgjennomgang skrevet av Kristensen og Køster (2014) presenterer hvorfor og hvordan kontekstualisere spiseproblemer i en individuell kostholdsrådgivning. Litteraturgjennomgangen ble supplert med et forskningsprosjekt på 15 deltakere. Alle deltakerne mottok tre økter med NK, og gjennomførte et evalueringsintervju en måned senere. Resultatene fra studien peker på at helsebegrepet og spiseproblemer hos deltakerne var svært kontekstavhengig. Selv om de fleste deltakerne hadde mål om å «leve sunnere», var det store ulikheter i de strukturelle forholdene for hvordan problemet utspilte seg. For noen handlet det om travelhet i hverdagen, for andre var det sosiale barrierer eller fravær av fellesskap som skapte utfordringer for spisingen. De strukturelle forholdene knyttet til spiseproblemer blir ikke nødvendigvis løst gjennom NK, men å utforske kompleksiteten rundt spiseproblematikken kan bidra til økt forståelse av sammenhenger og gi mulighet for å handle ut fra dette (Kristensen & Køster, 2014).

En intervensjonsstudie av Kaufmann, et al. (2017), bestående av kvalitative data hadde som hensikt å se på NK som et tilbud for personer med, eller i risiko for å utvikle hjerte- og karsykdom. De kvalitative dataene var observasjon av deltakere, samt intervju av veileder. Studien besto av totalt 40 deltakere, hvor 20 mottok NK, og 20 mottok motiverende intervju (MI). Studien trekker fram at å bruke tavle i veiledningstimene kan forebygge misforståelser, bidra til erindring og dokumentasjon. Det så ut til å være en fordel fremfor private notater hos veileder, slik praksisen er i MI.

Videre viste studien at narrative læringsstrategier som utforsking, eksternalisering, og kontekstualisering var til hjelp for deltakerne. Både motiverende intervju og narrativ tilnærming sees å styrke deltakernes empowerment og handlingsevner. En utfordring med MI var at fokus på indre motivasjon kunne lede samtalen utover i en mer psykologisk retning, hvor kostrådgiveren opplevde at de ikke strakk til. En utfordring med NK var at enkelte kunne mislike å ta eierskap og heller foretrekke at kostveilederen tar styringen. Videre påpeker forfatterne at NK ikke er egnet for personer med svake kognitive ferdigheter eller når tid eller andre strukturelle forhold er utfordrende (Kaufmann et al., 2017).

En studie av Stelmach-Mardas et al. (2014) undersøkte en narrativ tilnærming til vekt og spiseproblematikk i en 52-ukers oppfølgingsstudie. Studien hadde 84 deltakere, og 16 deltakere i en kontrollgruppe. Deltakerne i intervensjonsgruppen ble anbefalt å ha et balansert kosthold i



12 uker basert på pasientens matpreferanse og med en makrofordeling lik de nordiske anbefalingene. Kontrollgruppen mottok ingen form for kostveiledning. Det som skiller denne studien fra annen kostveiledning er at det ble brukt en narrativ intervjueteknikk i forkant og underveis i intervensjonen. Dette åpnet for at deltakerne kunne uttrykke tidligere erfaringer relatert til vektreduksjon (Stelmach-Mardas et al., 2015). Studien viste endringer i kroppsvekt og KMI av høy statistisk signifikans ( $P < 0,0001$ ). Kostholdsrådgivning rettet mot et helsefremmende kosthold, basert på en narrativ tilnærming og fokus på å tilberede egne, sunne måltider hadde positiv effekt når det kom til å opprettholde vektreduksjon samt ha en god måltidssammensetning. Gjennom den narrative tilnærmingen kunne kostholdsanbefalingene tilpasses de kontekstuelle utfordringene i livet til deltakerne, f.eks. en travel livsstil da tidsklemma hos flere ble oppfattet som en barriere for å spise sunne måltider (Stelmach-Mardas et al., 2015).

#### 4.3.2 Studier som tar utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi (KAT)

En studie av Vanderlinden et al. (2012) bestående av 56 deltakere med fedme og overspisingslidelse undersøke effekten av KAT på kort og lengre sikt. Studien besto av tre målinger (ved oppstart, to underveis, samt fem år oppfølging). Det ble gjort måling av KMI, antall overspisingsepisoder per uke, generelt psykologisk velvære, humør, holdning til kroppen og tap av kontroll over spiseatferd. Funnene indikerte av KAT som tilbys en dag i uka over en periode på i snitt 7 måneder, ga fordeler i spiseatferd, vekt og psykologiske parametere, selv 3,5 år etter behandling. Det ble rapportert signifikant reduksjon i overspisingsepisoder, og mengden energi/kalorier som ble spist i overspisingsepisodene, reduserte jo lengre behandlingen varte. Det ble målt tilleggslidelser ved de ulike målepunktene, og disse ble redusert underveis i behandlingen og hadde vedvart ved oppfølging. Pasientene opplevde økt mestringstro gjennom behandling og oppgav blant annet at å i større grad mestre å være i fysisk aktivitet (Vanderlinden et al., 2012).

En studie av Marchesini et al (2002) undersøkte effekten KAT hadde på personer både med og uten overspisingslidelse. Intervensjonsgruppen besto av 92 deltakere (hvorav 46 hadde overspisingslidelse), og en kontrollgruppe (personer på venteliste) på 76 personer. Hensikten med studien var å måle hvilken effekt kognitiv atferdsterapi har på helserelatert livskvalitet (HRQOL). Det ble gjort målinger ved oppstart og etter endt behandling (3- 5 måneder). KAT ga et gjennomsnittlig vekttap på rundt 8,5 kg, mens ingen endringer ble observert i kontrollgruppen. Alle skalaer av HRQOL viste noe forbedring hos intervensjonsgruppen. Hos personer med fedme og overspisingslidelse var vekttapet lavere sammenlignet med ikke-

overspisere. Derimot var forbedringer i HRQOL større hos de med overspisingslidelse som mottok KAT. Disse forbedringene var hovedsakelig knyttet til den mentale helsen. De positive effektene av KAT skjedde hovedsakelig hos personer med overspisingslidelse. Resultater knyttet til velvære sees å være viktigere enn resultatmål som vekttap eller redusert risiko for hjerte- og karlidelser (Marchesini et al., 2002).

Lignende funn når det gjelder HRQOL ble funnet i en studie av Mason et al. (2017). 171 deltakere med overspisingslidelse ble undersøkt, og man så på hvilken effekt KAT hadde på vektrelatert livskvalitet. Hos både personer med fedme og personer med overspisingslidelse sees HRQOL å være lavere enn ellers i befolkningen (Mason et al., 2017). Hos dem med overspisingslidelse rapporteres både den mentale og den fysiske delen av HRQOL å være lavere, mens hos dem uten sees det å kun gjelde den fysiske delen. Vektrelatert livskvalitet (WRQOL) refererer til innvirkningen ens vekt eller størrelse har på ulike områder i livet. WRQOL sees å være dårligere hos personer med fedme og overspisingslidelse, enn personen med fedme uten overspisingslidelse. En studie med 171 deltakere med overspisingslidelse, undersøkte hvilken effekt KAT hadde på WRQOL. Deltakerne gjennomførte intervjuer og spørreskjema ved oppstart og ved avslutning (etter 20 uker) (Mason et al., 2017). Deltakerne opplevde forbedringer i WRQOL etter behandling med KAT. Høy KMI var en av de sterkeste faktorene til dårlig WRQOL ved oppstart, men måling ved behandlingsslutt viste at endringer i KMI ga kun forbedring i den fysiske delen av WRQOL (Mason et al., 2017).

Kostnadseffektiviteten av FBO ble undersøkt i en studie av Striegel-Moore et al. (2010). Studien besto av totalt 123 deltakere, hvorav 64 tilhørte en kontrollgruppe som mottok tradisjonell kostveiledning (TK). Deltakerne hadde enten overspisingslidelse, bulimi, eller tilbakevendende overspising (uten diagnose). Studien pågikk over 12 uker hvor det ble gjort målinger (spørreskjema og telefonintervju) ved oppstart, avslutning og oppfølging etter 6-12 måneder. Gruppen som mottok FBO opplevde færre overspisingsepisoder, og flere sluttet helt med overspising sammenlignet med gruppen som mottok TK. Etter behandling rapporterte FBO-gruppen større forbedring på depresjonssymptomer og et mindre anstrengt forhold mat, kropp og vekt, sammenlignet med TK- gruppen. Det ble ikke rapportert signifikante endringer i KMI hos noen av gruppene (Striegel-Moore et al., 2010).

FBO ble også evaluert av den norske interesseorganisasjonen, Rådgivning om spiseforstyrrelser. Evalueringen pågikk over to år, fra januar 2018 til desember 2019. Totalt 153 deltakere over 18 år med selvrapportert overspisingsproblematikk deltok i programmet, 95 % kvinner. Deltakerne ble bedt om å bevare skjema ved oppstart, underveis og ved avslutning,

uavhengig av hvor langt de kom i programmet. 86 % oppgav i oppstartsskjemaet at de hadde strevd med mat, kropp og vekt i 11 år eller mer, 66 % i 16 år eller mer. En tredjedel av deltakerne fullførte, eller avsluttet underveis i siste steg av programmet (steg 5). De fleste fullførte eller sluttet etter steg 3. Totalt 88 deltakere besvarte sluttskjema hvor man blant annet skulle krysse av for hvor langt man hadde kommet i programmet, samt eventuelt sluttårsak. Selv om en del av deltakerne ikke klarte å fullføre programmet rapporterte de at programmet var nyttig. De viktigste årsakene for å avslutte programmet var at det var mer krevende enn de hadde tenkt, at man opplevde å trenge mer hjelp utover dette programmet. På tross av dette mente 70 % at programmet hadde vært nyttig og 50 % mente det hadde hjulpet de med tanke på overspisningsadferden, at de overspiste mindre ved sluttidspunkt enn ved start. Totalt 17 % rapporterte at de hadde sluttet helt med overspisningen. 44 % mente programmet hadde bidratt til at de hadde fått det bedre med seg selv. 93% var tilfreds med veilederen sin (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020)

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Likheter og ulikheter mellom narrativ kostveiledning (NK) og selvhjelpsprogrammet: Få bukt med overspising (FBO)

Det kan sees å være en viss likhet mellom disse to hjelpetilbudene som begge har sitt utspring fra psykologiske terapimodeller (Fenn & Byrne, 2013; Kristensen & Køster, 2015). Både NK og FBO praktiseres lavterskel, og stiller ingen diagnosekrav for deltakelse (Kristensen & Køster, 2015; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Dette vil gjøre tilbudene tilgjengelig, også for de personene som ikke innfrir kriteriene for å en psykiatrisk spiseforstyrrelsesdiagnose. Personer med og uten overspisingslidelse kan ha overspisingsproblematikk, og hos begge grupper involverer det ofte «å spise på følelser» (Kontinen, 2020; Wiedemann et al., 2018).

I FBO gjennomgår deltakerne fem steg hvor det fokuseres på blant annet etablering av bærekraftige måltidsrutiner, få kontroll på overspisingsproblematikk og bedring av kroppsbilde. Programmet er spesifikt rettet mot personer med overspisingsproblematikk (Fairburn, 2014; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020; Stelmach-Mardas et al., 2014). NK er rettet mot alle typer spiseproblem, men ikke spiseforstyrrelser (Kristensen & Køster, 2014). Strukturen i NK fremgår noe mer uklar enn i FBO i de inkluderte studiene, dette kan skyldes dreiningen veiledningen tar utfra hvilket spiseproblem deltaker har. Derimot blir den eksternaliserende

samtale, utforsking og kontekstualisering presentert som læringsstrategier som skal gjennomgås i NK (Kaufmann et al., 2017).

Verken den narrative eller den kognitiv terapeutiske tilnærmingen fokuserer på vektnedgang eller dietter, likevel ser tre av de inkluderte studiene på kombinasjonen av en narrativ tilnærming og vektreduksjon og vedlikeholdelse (McKian et al., 2019; Meyer et al., 2019; Stelmach-Mardas et al., 2014).

Eksternalisering av problemet blir brukt i begge tilnærmingene, men er mer vektlagt i den narrative tilgang (Kaufmann et al., 2017). Her er en viktig del av eksternaliseringsprosessen å finne et erfaringsnært navn på problemet (White, 2009, s. 41). En slik praksis fremgår ikke i FBO.

De tydeligste ulikhetene i de to undersøkte hjelpetilbudene er selve tilnærmingen til spiseproblemet. I FBO som har utgangspunkt i KAT består veiledningen av å arbeide med de kognitive aspektene ved problemet og de forstyrrede spisevanene (Fairburn, 2014, s. 100). I narrativ praksis arbeides det med spiseproblemet i kontekst og det sees på problemer som atskilt fra personen. I FBO arbeides med mestringsstrategier rundt overspisingsproblematikken, f.eks. finne alternative aktiviteter eller problemløsning (Fairburn, 2014, s. 183). Tanken bak NK er identiteten vår består av mange ulike narrativ, men blir ofte dominert av ett negativt narrativ som danner en snever «identitetskonklusjon». Det arbeides derfor med å tydeliggjøre de positive narrativer i deltakerens liv for å danne en motmakt til de negative dominerende narrativene (Kaufmann et al., 2017; Striegel-Moore et al., 2010; White, 2009).

## 5.2 NK og FBO versus tradisjonell kostveiledning

Å komme i gang med og vedlikeholde større livsstilintervensjoner er utfordrende for mange (Helsedirektoratet, 2016). Dersom vektnedgang er målet, er det rimelig å anta at mottakere av tradisjonell kostveiledning som ikke oppnår vektnedgang vil føle seg mislykket. For de som taper vekt, er det en rekke studier som viser at påfølgende vektoppgang etter intervensjon er vanlig (FHI, 2014; Look AHEAD Research Group et al., 2013; Loveman et al., 2011). Dette vil trolig kunne påvirke mestringstroen til individet (Vanderlinden et al., 2012). Det sees derfor å være behov for et «paradigmeskifte» i måten vi tilnærmer oss overvekt og fedme på (Castelnuovo et al., 2017).

Tilnærminger som fokuserer underliggende og utenforliggende faktorer til spiseatferd kan oppleves mindre dømmende enn livsstilintervensjoner hvor overvekten sees på som et resultat av selvvalgt livsstil (Kristensen & Kjøster, 2015, s. 226). Vi vet i dag at overvekt og spiseatferd

styres av en rekke forhold, deriblant genetiske faktorer, miljø, oppvekst, sosioøkonomisk status og psykologiske faktorer (Øverby et al., 2013, s. 13). Her kan en eksternaliserende språkbruk og fokus på konteksten virke hensiktsmessig for å fjerne selvbebreidelse og skyld for egen livssituasjon (Kaufmann et al., 2017; Kristensen & Køster, 2014; Meyer et al., 2019).

Dersom deltakeren identifiserer seg som overvektig eller som en overspiser, begrenser dette handlingsmulighetene, og TK alene kan komme til kort. Ved å utforske hvordan eller hvorfor overspisingen oppstår slik det gjøres i FBO og NK vil det åpnes flere handlingsmuligheter (Kristensen & Køster, 2014; Striegel-Moore et al., 2010). For eksempel hvis en person under hver overspisingsepisode tenker «Nå overspiser jeg, det er ikke bra», ville det vært mer hensiktsmessig å tenke på hvorfor overspisingen oppsto. Overspisingen kan skyldes vanskelige følelser, ensomhet eller at personen har glemt å spise tidligere på dagen. En kartlegging og utforsking i forkant av situasjon kan ruste personen til å handle annerledes når trangen er der, og f.eks. kunne iverksette alternative aktiviteter til overspisingen (Fairburn, 2014, s. 144)

Tradisjonell kostveiledning vil selvsagt fungere for mange, men personer med alvorlig spiseforstyrrelse bør få egnet psykologisk behandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 36). Da over 30 % av dem som søker behandling for fedme har eller har hatt en tidligere diagnostisert spiseforstyrrelse, sees det å være behov for en mer helhetlig tilnærming (Helsedirektoratet, 2010, s. 36). Det kan også være en del skam rundt spiseproblematikk- og forstyrrelser, som gjør at flere går udiagnostisert (Helsedirektoratet, 2010, s. 40). Dette er noe som bør tas med i vurderingen av en som ønsker å vektreduksjon.

### 5.3 Virkning av de gjennomgåtte hjelpetilbudene

Definerer man helse utfra en biopsykososial modell, hvor biologiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen og påvirker ulike helserelevante fenomener og sykdommer (Øverby, et al., 2011, s. 13), bør dette også legges til grunn for veiledning. Castelnovo et al., (2017) trekker fram viktigheten av en biopsykososial tilnærming til helse. Både KAT og FBO tar for seg de psykologiske faktorene hos individet, mens NK og NT ser på individet i kontekst, altså hvordan vi skapes og formes gjennom sosiale og kulturelle prosesser (Kristensen & Køster, 2015, s. 217).

Enda vektnedgang ikke er hovedmål for hjelpetilbudene, oppnådde flere av deltakerne en reduksjon i vekt (Marchesini et al., 2002; McKian et al., 2019; Stelmach-Mardas et al., 2014; Vanderlinden et al., 2012). Riktig nok er det ikke tilstrekkelig med langtidstidsstudier til å konkludere med en varig vektreduksjon. Denne effekten kan altså ikke tilsies å ha noe lengre

virkning enn ved tradisjonell kostveiledning, hvor deltakerne ofte går opp igjen i vekt etter endt intervensjon (FHI, 2014; Look AHEAD Research Group et al., 2013; Loveman et al., 2011).

En holistisk tilgang, lik den vi ser i KAT eller i narrativ praksis med flere utfallsmål enn kun vektnedgang ser ut til å ha en positiv effekt (Mason et al., 2017; Meyer et al., 2019). Gjennomgående for studiene er at deltakerne opplever økt mestringstro og selvbylde (Kaufmann et al., 2017; Marchesini et al., 2002; McKian et al., 2019; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020; Vanderlinden et al., 2012). Samtidig sees et perspektivskifte hvor en utforsker hvem personen er utover overvekt og spiseproblematikk, å kunne gi en positiv effekt (Kaufmann et al., 2017) Det er likevel utfordrende å konkludere med hvilken konkret effekt hjelpetilbudene har på helse og trivsel da det mangler en standardisert målemetode og studiene ser på relativt små utvalg.

Den eneste langtidsstudien som ble funnet, og inkludert, viser positiv endring i både spiseatferd, vekt og psykologiske parameter hos mottakere av KAT opptil 3,5 år etter behandlingen (Vanderlinden et al., 2012). Andre studier på KAT med en kortere varighet viser forbedring i helsereelatert livskvalitet, spesielt i mental helse og det var størst forbedring hos dem med overspisingslidelse (Marchesini et al., 2002). Studier på FBO viser forbedring i overspisingsproblematikk (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020; Striegel-Moore et al., 2010).

Et interessant funn i en studie om vektrelatert livskvalitet (WRQOL) viser at før behandling med KAT korrelerer WRQOL med KMI, men ved endringer i KMI ga dette kun forbedring i fysisk WRQOL. Dette indikerer at vektnedgang alene nødvendigvis ikke har positiv innvirkning på den mentale biten av WRQOL (Mason et al., 2017).

## 5.4 Terapi og veiledning

Både NK og FBO er veiledningsprogrammer, likevel er det ikke veldig klare skillelinjer fra terapiformene de har sin opprinnelse fra. Det tydeligste skillelinjene ligger hovedsakelig i formaliteten, hvor terapien rettes mer mot de som oppfyller ulike diagnostiske kriterier (Kristensen & Køster, 2015, s. 218). FBO og NK er også mer kostnadseffektiv, enn ordinær KAT og NT, da førstnevnte programmer ikke krever en høyt utdannet psykolog (Kaufmann et al., 2017; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

Et lavterskeltilbud gjør det tilgjengelig for flere, men det er viktig å poengtere at opplegget vil kreve en del av deltaker. En av hovedårsakene til at flere avsluttet FBO, var på grunn av at de opplevde programmet mer krevende enn de hadde tenkt. Andre hadde trolig behov for mer

terapi, utover kun veiledning (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Dette indikerer at uavhengig av om deltakerne mottar veiledning eller terapi, er det en krevende prosess. Flere med overspisingslidelse skårer lavt på mental HRQOL (Mason, et al 2017). Å ikke mestre et intensivt program kunne tenkes at forverret de psykiske utfordringene, det rapporteres likevel nesten halvparten som mottok FBO fikk det bedre med seg selv, selv om de avsluttet programmet før de var ferdig (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

### 5.5 Samarbeidet mellom deltaker og veileder

Studier på NK trekker fram at denne type tilnærming styrker relasjon og samarbeid mellom deltaker og veileder (Kaufmann et al., 2017). Dette skyldes trolig at veiledningsformen særlig fokuserer på medvirkning, gjennom en felles utforskningsprosess, og at deltakeren ikke skal føle skyld i egen livssituasjon. I alle hjelpetilbud er det viktig å ha eierskap til prosessen, da dette kan styrke empowerment (Kaufmann et al., 2017). Ved en god relasjon og godt samarbeid i veiledningen, kan det antas at det er lettere å fullføre forløpet. I både FBO og NK er deltaker medvirkende i veiledningsforløpet. Dette kan tenkes at er noe av grunnen til at de aller fleste opplevde relasjonen som god i FBO (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

### 5.6 Folkehelsearbeid

En folkehelsearbeider skal fremme god helse i hele befolkningen. 70% av befolkningen har overvekt eller fedme, hvor en del av disse lever med spiseproblemer, spiseforstyrrelser, eller med udiagnostiserte spiseforstyrrelser (FHI, 2017; Helsedirektoratet, 2016). Vektreduksjon er utfordrende for de fleste, men spesielt utfordrende for dem med spiseproblematikk eller overspisingslidelse. En bør være bevisst på at det er mange faktorer, både psykiske og fysiske som kan gi utslag i vekt. Meyer et al. (2019) fant i sin studie at stadige slankeforsøk, opprettholdt og forverret deltakernes spise- og vektproblemer. Skårderud (2004) hevder at slankeforsøk kan være en utløsende faktor for spiseforstyrrelser. En sykeliggjøring av overvekt, vil kunne gjøre mer skade enn nytte (Samdal & Meland, 2018; Vidensråd for Forebygging, 2013). God helse er ikke ensbetydende med normalvekt. En folkehelsestrategi med et enda større fokus på de mangfoldige aspektene rundt helse, støttes både av HAES-bevegelsen og prinsippene i NK og FBO. Gode helsevalg som å være i bevegelse, spise næringsrik mat og ha sosiale relasjoner kan gjennomføres uavhengig av vekt.

### 5.7 Studiens styrker og begrensinger

Selv om resultatene fra de inkluderte studiene virker lovende, må det tas med i betraktning at flere av studiene er av lavere kvalitet, med kort varighet og få deltakere. Det hadde vært fordelaktig dersom det fantes flere systematiske oversikter for å få en bredere innsikt i de ulike

hjelpetilbudene. Studiene som ble identifisert og gjennomlest viste for det meste positive effekter for deltaker. Dersom det var mer tilgjengelig litteratur, ville en trolig kunne funnet potensielle negative sider ved de ulike tilbudene.

Gjennomgående for de fleste studier er fortrinnsvis kort varighet. Oppbygningen av FBO og NK, består av relativt få økter (Kristensen & Køster, 2014; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). En evaluering av langtidseffekter fremgår bare i en av alle de gjennomgåtte studiene, hvor det blir evaluert etter 3,5 år (Vanderlinden et al., 2012). Foruten om dette ligger varigheten på studien, inkludert oppfølging på rundt ½ - 1 år. Som det er blitt påpekt i vektfokuserte tiltak, blir ofte vekten gjenvunnet etter intervensjon (FHI, 2014; Look AHEAD Research Group et al., 2013; Loveman et al., 2011). Det kunne vært interessant og undersøkt holdbarheten til de positive effektene i de inkluderte studiene, f.eks. om forbedret HRQOL og kroppsbilde er varige forbedringer eller kun i en begrenset tid etter endt intervensjon.

Det har vært spesielt utfordrende å finne studier som omhandler narrativ praksis. Grunnet dette, ble en studie fra Iran inkludert (McKian et al., 2019). Hvorvidt denne studien har overføringsverdi til nordmenn og norske forhold kan diskuteres. Både Kirstensen og Køster (2014) og Kaufmann et al. (2017) sine studier peker på hvorfor det vil være hensiktsmessig å inndra NK i praksis og hvordan dette kan gjøres, men mangler gode data på effekten. Disse studiene pågikk i Danmark, som gir høy overføringsverdi til Norge. Resultatene er lovende, men kan dog ikke konkluderes med at NK har god effekt grunnet studiens kvalitet. Studier på FBO har lovende resultater på overspising, kroppsbilde og psykologiske parametere (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020; Striegel-Moore et al., 2010). Det kreves likevel mer forskning på både NK og FBO. Et positivt trekk ved FBO er at det er undersøkt i Norge, hvor det virket å gi gode resultater, til tross for en del frafall (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

Som nevnt tidligere manglet studiene enn felles standardisert målemetode for helse og trivsel. Dette kan både være en ulempe og en fordel. Ulempe, grunnet det vil bli vanskeligere å vurdere effekt, men fordel da studiene vil representere flere ulike nyanser og dimensjoner. Samtidig inneholder studiene både kvalitative og kvantitative data, som bidrar til at denne oppgaven vil kunne vurdere målbar effekt og selvopplevd effekt. Det er fordelaktig at studiene inkluderer både personer med og uten overspisingslidelse, da en som folkehelsearbeider trolig møte begge grupper.



## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven valgte jeg å ta for meg følgende problemstilling: *På hvilken måte vil prinsipper fra selvhjelpsprogrammet «Få bukt med overspising» og fra narrativ kostveiledning kunne påvirke helse og trivsel til personer med overvekt/fedme, hva skiller disse to veiledningsformene og hva er likhetene?* Min litteraturgjennomgang peker på at en tilnærming med utgangspunkt i KAT, slik som FBO har positive effekter på helse relatert livskvalitet, mestringsstro, kroppsbilde og overspisingproblematikk. Studiene på NK er hovedsakelig mindre studier, men resultatene er lovende. Bruken av eksternalisering og utforskning i NK sees i disse studiene til å styrke deltakernes handleevne til å ta gode valg for seg selv og helsen. Det er likevel behov for videre forskning, på flere deltakere og med en mer standardisert målemetode for måling av deltakernes helse og trivsel, både før og etter deltakelse i de ulike tilbudene. De gjennomgåtte studiene har fortrinnsvis kort varighet, og det trengs flere langtidsstudier.

I anvendt bakgrunns litteratur for denne oppgaven trekkes det fram at årsaks mekanismene som ligger bak overvekt er komplekse og at det er behov for en mer helhetlig tilnærming utover det som finnes i tradisjonell kostveiledning. Både NK og FBO har som mål at den enkelte kan se sammenhenger i egne liv og handle ut fra dette. Tilnærmingen i FBO og NK har imidlertid flere ulikheter; I FBO fokuseres det på de kognitive aspektene ved spiseproblemet og det arbeides med mestringsstrategier. I NK arbeides det med spiseproblemet i kontekst og det sees på problemet som atskilt fra personen.

## 7.0 Referanseliste

1. Øverby, N. C., Torstveit, M. K., & Høygaard R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høygaard. (Red.), *Folkehelsearbeid* (1. utg. s. 11-21). Høyskoleforlaget AS.
  2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G. & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Elks, C. E., den Hoed, M., Zhao, J. H., Sharp, S. J., Wareham, N. J., Loos, R. J. F. & Ong, K. K. (2012). Variability in the Heritability of Body Mass Index: A Systematic Review and Meta-Regression. *Frontiers in Endocrinology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fendo.2012.00029>
- Fenn, K. & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579–585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
- FHI. (2014, 24. september). *Effekter av mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2014/effekter-av-mer-enn-tre-maneders-organisert-oppfolging-pa-fysisk-aktivitet/>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. Hentet 17. april 2021 fra /kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. /kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2016). *Psykisk helse i et folkehelseperspektiv – en intern strategi for folkehelsedivisjonen* (IS-2545).
- Helsedirektoratet. (2017). *Definisjon og diagnostiske kriterier*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>
- Kaufmann, Sondergaard, Henneser, Kristensen. (2017). *Narrative Dietary Counseling: A New Approach for the Dietitian That Strengthens the Relationship and Collaboration With Clients*. NursingCenter. [//www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=4264844&Journal\\_ID=515680&Issue\\_ID=4264461](http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=4264844&Journal_ID=515680&Issue_ID=4264461)
- Kontinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: The role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1017/S0029665120000166>
- Kristensen, Søren T & Køster, A. (2014). Contextualising eating problems in individual diet counselling. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 18(3), 319–331. <https://doi.org/10.1177/1363459313516136>
- Kristensen, Søren Tange & Køster, A. (2015). Sociologi og kostvejledning: En narrativt funderet samtalepraksis. I J. Fuglsang & N. B. Stamer (Red.), *Madsociologi* (s. 215–227). Munksgaard.

- Look AHEAD Research Group, Wing, R. R., Bolin, P., Brancati, F. L., Bray, G. A., Clark, J. M., Coday, M., Crow, R. S., Curtis, J. M., Egan, C. M., Espeland, M. A., Evans, M., Foreyt, J. P., Ghazarian, S., Gregg, E. W., Harrison, B., Hazuda, H. P., Hill, J. O., Horton, E. S., ... Yanovski, S. Z. (2013). Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 369(2), 145–154. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1212914>
- Loveman, E., Frampton, G. K., Shepherd, J., Picot, J., Cooper, K., Bryant, J., Welch, K. & Clegg, A. (2011). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: A systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 15(2), 1–182. <https://doi.org/10.3310/hta15020>
- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Besteghi, L., Di Domizio, S., Sartini, A., Pasqui, F., Baraldi, L., Forlani, G. & Melchionda, N. (2002). Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *Journal of Obesity*, 26(9), 1261–1267. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802073>
- Mason, T. B., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Grilo, C. M., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Crow, S. J. & Peterson, C. B. (2017). Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Eating Behaviors*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.08.001>
- McKian, S. S., Rabiei, S., Bemana, H. & Ramezani, M. (2019). Experimental design and statistical evaluation on the effect of narrative therapy on body image and body mass index in Iranian overweight and obese women. *Obesity Medicine*, 14, 100097. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100097>
- Meyer, L. B., Waadegaard, M., Lau, M. E. & Tjornhoj-Thomsen, T. (2019). (Dis-)solving the weight problem in binge-eating disorder: Systemic insights from three treatment contexts with weight stability, weight loss, and weight acceptance. *Qualitative Health Research*, 29(4), 597–608. <https://doi.org/10.1177/1049732318764874>
- NHI.(2021). *BMI-kalkulator (KMI)*. Hentet 26. mai 2021 fra <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/diverse/bmi-kalkulator-kroppsmasseindeks/>
- ROS. (2020). *SLUTTRAPPORT: FÅ BUKT MED OVERSPISNING – VEILEDET SELVHJELP TIL PERSONER MED OVERSPISNINGSPROBLEMATIKK*. Rådgivning om spiseforstyrrelser.
- Samdal, G. B. & Meland, E. (2018). Helse uansett størrelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0863>
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
- Stelmach-Mardas, M., Mardas, M., Warchoń, W., Jamka, M. & Walkowiak, J. (2014). Successful maintenance of body weight reduction after individualized dietary counseling in obese subjects. *Scientific Reports*, 4, 6620. <https://doi.org/10.1038/srep06620>
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., DeBar, L., Perrin, N., Lynch, F., Rosselli, F. & Kraemer, H. C. (2010). Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 312–321. <https://doi.org/10.1037/a0018915>
- Vanderlinden, J., Adriaensen, A., Vancampfort, D., Pieters, G., Probst, M. & Vansteelandt, K. (2012). A cognitive-behavioral therapeutic program for patients with obesity and binge eating disorder: Short- and long-term follow-up data of a prospective study. *Behavior Modification*, 36(5), 670–686. <https://doi.org/10.1177/0145445512439313>

Vidensråd for Forebyggelse. (2013). *Skal overvægtige voksne tabe sig?*  
<http://www.vidensraad.dk/nyhed/raske-overv%C3%A6gtige-der-taber-sig-d%C3%B8r-tidligt>

White, M. (2009). *Kart over narrativ praksis*. Pax.

Wiedemann, A. A., Ivezaj, V. & Barnes, R. D. (2018). Characterizing emotional overeating among patients with and without binge-eating disorder in primary care. *General hospital psychiatry*, 55, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.09.003>

## Vedlegg 1.

Tabell 7 Oversikt over ekskluderte artikler med årsak

Studie	Årsak
Sasdelli, et al. (2018). <i>Expected benefits and motivation to weight loss in relation to treatment outcomes in group-based cognitive-behavior therapy of obesity</i>	Undersøker ikke tiltaket/behandlingen, men forventningene til deltakere.
Slaba, S. (2014). <i>The life quality change in obese patients after short-time cognitive behavioral therapy intervention</i>	Tjekkisk studie, pilotstudie
Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). <i>Group cognitive behavioral therapy intervention for weight loss patients: a experience report.</i>	Portugisisk
Klemencic, S. (2020). <i>Cognitive-behavioural therapy in children and adolescents with obesity.</i>	Slovensk og barn/ungdom er inkludert
Karasu, S. R. (2018) <i>Psychotherapy-Lite: Obesity and the Role of the Mental Health Practitioner</i>	Ingen konkret intervensjon
Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2018). <i>Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up.</i>	Undersøker I hovedsak en annen tilnærming
Izydorczyk, B. (2013). <i>A psychological typology of females diagnosed with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge eating disorder</i>	Ingen konkret intervensjon, undervekt
Goldfein, J. A., Devlin, M. J., M.D., and Spitzer, R. L. (2000). <i>Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Binge Eating Disorder: What Constitutes Success?</i>	Casestudie (1 person)
Zwaan, M. (2002). <i>Binge eating disorder (BED) and obesity.</i>	Ingen konkret intervensjon
Molinari, E., et al. (2005) <i>Binge eating disorder in obesity: comparison of different therapeutic strategies</i>	farmakologisk tiltak
Bardone et al. (2000). <i>The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: Clinical implications</i>	Ingen konkret intervensjon

Sugeyl, et al. (2018). <i>Approach to Improve Body Image Perception, from the Positive Psychology Perspective</i>	Ungdommer
Lewer, M., Kosfelder, J., Michalak, J., et al. (2017). <i>Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: a pilot study.</i>	Studiedesign
Hilbert, A., Hildebrandt, T., Agras, W. S., Wilfley, D. E., & Wilson, G. T. (2015). <i>Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder.</i>	Måler kun responstid av tiltak
Grilo, C. M., et al. (2013) <i>Self-help for binge eating disorder in primary care: A randomized controlled trial with ethnically and racially diverse obese patients</i>	Primærpleie Hovedgrunn: begrensinger i oppgaven
Barrett, S., Begg, S., O'Halloran, P. et al. (2018). <i>Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses.</i>	KAT i kombinasjon med motiverende intervju.
Shaw, K. A., O'Rourke P., Del, C. M., Kenardy, J. (2005). <i>Psychological interventions for overweight or obesity.</i>	Et mer generelt overblikk over psykologiske tilnærminger i behandling av overvekt/fedme
Ruffault, A. et al. (2017). <i>The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis</i>	Ikke KAT eller NT/NK
Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Precious, E., Crombie, I. K., Smith, W. C. (2010). <i>Weight loss interventions in young people (18 to 25 year olds): a systematic review</i>	Ikke KAT eller NT/NK
Mogul, A., Irby, M. B., Skelton, J. A. (2014) <i>A Systematic Review of Pediatric Obesity and Family Communication Through the Lens of Addiction Literature</i>	Barn
Jesse, C. D., Creedy, D. K., Anderson, D. J. (2019). <i>Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: a systematic review protocol</i>	Protokoll
Burgess, E., Hassmén, P., Welvaert, M., Pampa, K. L. (2017). <i>Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis</i>	Ikke KAT eller NT/NK
Armstrong, M. J. et al. (2011). <i>Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic</i>	Ikke KAT eller NK/NT

<i>review and meta-analysis of randomized controlled trials</i>	
Lynch, A. I., McGowan, E., Zalesin, K. C. (2017) <i>“Take Me through the History of Your Weight” : Using Qualitative Interviews to Create Personalized Weight Trajectories to Understand the Development of Obesity in Patients Preparing for Bariatric Surgery</i>	Ingen intervensjon
Dalgetty, R., Miller, C. B., Dombrowski, S. U. (2019). <i>Examining the theory-effectiveness hypothesis: A systematic review of systematic reviews</i>	Ikke KAT eller NT/NK
Wermeling, M., Thiele-Manjali, U., Koschack, J. et al. (2014). <i>Type 2 diabetes patients’ perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study.</i>	Ikke KAT eller NT/NK
McMahon, A. T., Tay, P. C. ,Tapsell, L. Williams, P. (2014). <i>Building bridges in dietary counselling: an exploratory study examining the usefulness of wellness and wellbeing concepts</i>	Ikke KAT eller NT/NK
Grilo, C. M., Masheb, R. M, Salant, S. L. (2004). <i>Cognitive Behavioral Therapy Guided Self-Help and Orlistat for the Treatment of Binge Eating Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial</i>	Farmakologisk
Shafran, R. (2010). <i>Interpersonal therapy or guided self-help CBT improve remission from binge eating compared to a behavioural weight-loss programme at 2-year post-treatment</i>	Begrensinger I oppgave
Fichter, M., Cebulla, M., Quadflieg, N. & Naab, S. (2008) <i>Guided self-help for binge eating/purging anorexia nervosa before inpatient treatment</i>	Undervekt
Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., et al. (2017). <i>Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial</i>	Internettbasert
Carrarda, I., Crépina, C., Rougetb, P., Lam, T., Golaya, A., Van der Linden, M. (2011). <i>Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder</i>	Internettbasert
Wallace, L.M., Masson, P.C., Safer, D.L. et al. (2014). <i>Change in emotion regulation during the course of treatment predicts binge abstinence in guided self-help dialectical behavior therapy for binge eating disorder.</i>	Ikke KAT eller NK/NT

DeBar, L., et al. (2011), Guided Self-Help Treatment for Recurrent Binge Eating: Replication and Extension	Begrensing I oppgave
Lynch, F. L., Striegel-Moore, R. H., Dickerson, J. F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2010). <i>Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>	Begrensing I oppgaven
Carrard, I., et al. (2011). <i>Acceptance and Efficacy of a Guided Internet Self-Help Treatment Program for Obese Patients with Binge Eating Disorder</i>	Internettbasert
Scott, N., Hanstock, T. L., Patterson-Kane, L. (2013). <i>Using Narrative Therapy to Treat Eating Disorder Not Otherwise Specified</i>	Undervekt, casestudie
Golan, M. (2013). <i>Parenting and the parallel processes in parents' counseling supervision for eating-related problems.</i>	Barn
Gersie, A. (1993). <i>On Being Both Author and Actor: Reflections on Therapeutic Storymaking</i>	Studiedesign, casestudie
Galletly, C. et al. (2016). <i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders.</i>	Alvorlig psykisk lidelse (schizofreni)
Flynn, S. V., Sangganjanavanich, F. V. (2015). <i>American Indian Perceptions of Educational Achievement in Predominantly White Culture: Implications for Marriage, Couple, and Family Counselors</i>	Ikke relevant
Bryant, C., Kleinstäuber, M., Judd, F. (2014). <i>Aspects of Mental Health Care in the Gynecological Setting</i>	Ikke relevant
Blackman, L. (2017). <i>The Challenges of New Biopsychosocialities: Hearing Voices, Trauma, Epigenetics and Mediated Perception</i>	Ikke relevant
Binkley, J., Koslofsky, S. (2016). <i>Una Familia Unida: Cultural Adaptation of Family-Based Therapy for Bulimia With a Depressed Latina Adolescent</i>	Barn/ungdom
Benson, R. (2016). <i>Modified Exposure and Response Prevention for the Treatment of Comorbid OCD-Like Repetitive Behavior and Developmental Disability: A Case Study</i>	Ikke relevant

---

Castelnuovo, et al. (2017). <i>Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives</i>	Ikke relevant for resultatdel. Blir brukt i teoridelen.
--	---

---