



Overvekt og Mindfulness

et litteraturstudie om bruk av mindfulness i overvektsbehandling.

Hege Jørstad

UiT – Norges arktiske universitet, Medisin Kull 09, vår 2015

Veileder Svein Bergvik og Eyvind Paulssen

1. juni 2015

Forord

I utgangspunkt skulle jeg gjennomføre en kvalitativ analyse om Overvektige pasienters opplevelse av den behandling og hjelp de får i helsevesenet i forhold til sin overvekt. Det viste seg dessverre vanskelig å rekruttere informanter, noe som førte til at det kun ble gjennomført et pilotintervju. Jeg har nå valgt å se på bruk av mindfulness i overvektsbehandling. Det ble brukt under behandlingsopphold som informanten hadde deltatt på. Jeg har selv deltatt på et 8 uker MBSR (mindfulness basert stress reduksjon) kurs for studenter ved universitetet, noe som gav meg et lite innblikk i praktisk gjennomføring av mindfulness.

Jeg har med utgangspunkt i forberedelsene til det opprinnelige prosjektet fått en del teoretisk og noe praktisk erfaring i forskningsprosesser og kvalitativ forskning. I forhold til overvekt har jeg fått økt kunnskap om bakenforliggende årsaker til overvekt, hvilke tilbud som eksisterer, effekten, fordelene og utfordringene med behandlingstilbudene som gis. Jeg blitt mer bevisst på at utfordringene i forhold til overvekt både er et personlig og samfunnsmessig ansvar.

For og få god nok forståelse av mindfulness har jeg lest litteratur om kognitiv terapi, mindfulness og bruk av mindfulness i terapeutisk sammenheng. Etter bearbeiding av artiklene og tilegning av teori ser jeg at dette har vært en omfattende oppgave. Bare det å få en rimelig forståelse av mindfulnessbegrepet og anvendelse i terapeutisk sammenheng har vært utfordrende, men kunnskapsfremmende.

Jeg vil takke Svein Bergvik og Eyvind Paulssen for oppmuntring og veiledning underveis i arbeidet med oppgaven. Håper det lar seg gjøre å fullføre det opprinnelige prosjektet på et senere tidspunkt. Jeg tror det har noe for seg.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	side 1
Innledning	side 2
Material og metode	side 5
Resultat	side 5
• Mindfulness	side 6
• Mindfulness og overvekt	side 9
• Mindfulness, overvekt og spiseforstyrrelse	side 16
• Mindfulness, ABT og SBT og overvekt	side 17
Diskusjon	side 21
Oppsummering/Konklusjon	side 25

Overvekt og Mindfulness

et litteraturstudie om bruk av mindfulness i overvektsbehandling.

Sammendrag

Overvekt er en av de største helseproblemene vi har i verden i dag. Dette har store konsekvenser både for enkeltindividet og for samfunnet. Overvekt gir økt risiko for utvikling av følgetilstander som blant annet diabetes, høyt blodtrykk, søvnapne, slitasjegikt og depresjon. I det norske helsevesenet er det flere ulike behandlingstilbud. Det blir gitt tilbud om deltakelse i forhold til livsstilsintervensjon og/eller bariatrisk kirurgi. Kognitiv terapi i kombinasjon med kosthold og aktivitetsoppfølging har vist effekt på vektreduksjon. Langtidseffekt av livstils-intervensjoner har vært svak og de fleste pasienter legger på seg igjen. I denne studien har jeg sett på mindfulness og overvekt. Hva ligger til grunn for bruk av mindfulness i forhold til overvekt? Er det dokumenterte effekter? Det ble foretatt søk på Pubmed, PsycInfo og Scopus med søkeordene obesity and mindfulness, hvorav 15 artikler ble inkludert i studien. I tillegg leste jeg faglitteratur om mindfulness, kognitiv terapi og mindfulnessbasert terapi.

Mindfulness beskrives på norsk som oppmerksomt nærvær i øyeblikket. MBSR (mindfulness basert stress reduksjon) er en metode som ble utviklet av John Kabat Zinn for reduksjon av stress. Mindfulness har blitt inkludert i terapi for flere ulike tilstander, for eksempel MBCT (mindfulness basert kognitiv terapi) som er brukt mot depresjon. Ut fra oversiktsartiklene som er inkludert, ser vi at ulike mindfulnessbaserte intervensjoner kan påvirke overvektsrelatert adferd. Man finner spesielt reduksjon i overspisingsadferd, emosjonell og ytre styrt spiseadferd. Det er også påvist endringer i andre forhold som påvirker vektendring, som for eksempel stress, angst og depresjon. I alle de utvalgte studiene (originalartikler) som hadde vektendring som effektmål ble det påvist effekt på vektreduksjon. En av oversiktsartiklene kunne ikke konkludere med effekt på vektreduksjon, en annen viste effekt på vektreduksjon. Oppfølgingstiden etter studiene har vært for kort for å si noe om langtidseffekt av mindfulness baserte intervensjoner, i tillegg er det foretatt få randomisert kontrollerte (RCT) studier. Man anser at mindfulness kombinert med

intervensjoner fokusert på vektreduksjon kan bidra til vedvarende vektreduksjon, men det krever ytterligere forskning og langtidsoppfølging for å vurdere dette.

Innledning

Overvekt har blitt et stort samfunnsproblem, både helsemessig og samfunnsøkonomisk. Ifølge WHO er fedme en av de største helsetruslene i verden, også sammenlignet med underernæring og infeksjoner(1). Mellom 30 og 80% av voksne i EU anses for å være overvektige og prevalensen blant barn og ungdom er økende(1). I Norge og generelt i Europa er det sosioøkonomiske forskjeller i prevalens av overvekt(1). I den vestlige verden er problemet størst blant de i nedre sosiale lag av befolkningen. Det har vært et større problem blant middelklassen i fattige land, men med økende velferd blant alle, så blir det også gradvis flere overvektige i lavere sosiale klasser. Overvekt blant kvinner i de lavere sosiale klasser er større enn for menn, men man antar at det vil øke hos menn etterhvert som fysisk arbeid blant menn også blir mindre(1). I Norge har gjennomsnittsvekta økt med 5 kg fra 1985 til år 2000(2). Andelen av menn og kvinner med fedme (BMI>30) har også økt, slik at dette nå gjelder hver femte voksne(2).

WHO har utarbeidet rapport om utfordringer knyttet til overvektsutviklingen og årsakssammenhenger. (1)Årsaken til overvekt problematikken anses i dag for multifaktoriell og med en sterk arvelig komponent(1). Man tenker da både på genetisk og sosial arv ut fra enkeltindividet. Utfordringen for utvikling av overvekt er stor i vårt obsenogene samfunn i dag. Hilary Bowel beskrev det obsenogene samfunn slik i 1996(1,s138 oversatt) :

Våre omgivelser er obsenogene. Det nivået som kreves i forhold til fysisk aktivitet er ekstremt lavt, så vi forbrenner ikke særlig mye energi. Foreldre er forsiktige med å tillate barna å leke utendørs fordi det er farlig, å sykle er suicidalt og det og forsøke å finne trappene i en bygning er kun trening i IQ. På den andre siden av ligningen er mat tilgangen gått fra lav energi med mye fiber til å bli dominert av fett.

Dietten er den kritiske faktoren i forhold til å utvikle overvekt, og det er når energiinntaket overstiger energiforbruket over lengre tid at overvekt utvikles(1). Energittette matvarer (sukker og fett), sukkerholdig drikke, store posjoner anses og være hovedrisiko faktorene. (1) Dette kombinert med en inaktiv livsstil med motorisert transport til daglige aktiviteter, stillesittende og lite fysisk arbeid for de fleste øker risikoen ytterligere for fedme.(1) Dermed er det viktig å være bevisst i forhold til de valg en tar for å unngå utvikling av overvekt. Når det gjelder samfunnsmessige og sosiale forhold som bidrar til denne utviklingen er det flere.(1)

Man kan se på de nære omgivelsene som foreldre, venner og forhold på arbeidsplassen. (1)

Spesielt viktig er det de kostvaner barna får de får i de første leveår, hvordan de påvirkes av foreldrenes valg. Hvordan er situasjonen rundt matbordet når spiser man, og hvilke aktiviteter er foreldre med på? Etterhvert påvirkes barn av sine venner og deres aktiviteter. På arbeidsplasser kan man bidra til sunnere kosthold og økt fysisk aktivitet gjennom tilbud av sunnere matvarer i kantinetilbudet. Andre tiltak kan være Fokus på aktivitet og trening, samt tilbud om trening i arbeidstiden.

Storsammfunnet har stor betydning for kosthold og aktivitetsmuligheter. (1) Man kan gjennomføre politiske tiltak for å redusere prisene på sunne matvarer, samtidig som prisene på usunne matvarer økes og påvirke næringsinntaket. Gjennom restriksjoner i forhold til reklame av usunne produkter kan man redusere den uheldige påvirkningen, spesielt i forhold til barn. Det vi derimot ser er at økt tilgjengelighet av hurtigmat bidrar til økt inntak av energitett mat. Samfunnet kan legge til rette for å øke aktivitetsnivået gjennom gode gang og sykkelforhold og tilbud om aktiviteter i nærmiljøet. Flere ulike forhold beskrives, men det man også ser er at det er store sosioøkonomiske forskjeller i forhold til overvekt. Det skyldes sannsynligvis usunnere livsstil i forhold til mat og trening blant de i lavere sosiale klasser. Samfunnet har et spesielt ansvar for å forbygge overvektsutvikling med tanke på sårbare grupper. Noe av det man konkluderer med er at man må kurere samfunnet for å få gjort noe med utviklingen av fedme(1).

Som vi ser i samfunnet er det flere forhold som kan bidra til utvikling av overvekt.

Utviklingsmessig har man en indre driv for å innta energitette matvarer og å spare på denne energien. Dette er utfordring når tilgangen på næring er så stor, og muligheten for en inaktiv livsstil er enkel. I dette obsenogene (overvekts stimulerende) samfunn fordres adferd og psykologiske egenskaper for å forholde seg til dette på en sunn måte.

Den overvektige pasienten har mange utfordringer knyttet til egen helse. Overvekt fører til at de fleste fysiske aktiviteter og gjøremål blir tyngre. Dette kan være en stor påkjenning både fysisk og psykisk. Ytterligere vektøkning kan i sin tur føre til flere andre alvorlige helseproblemer. Noen av følgetilstandene er blant annet.(1): kardiovaskulære sykdommer, hjertekarsykdom, hypertensjon, dyslipidemia og slag, ulike kreftformer (endometrie, cervical, ovarie, prostate, bryst, colon), type2 diabetes og insulinresistens, andinsulinresistance, nyresykdom, fettlever, osteoartritt , dyp venetrombose, polycystisk ovarie syndrome,, lave ryggsmarter, tungpustethet, søvn apne, psykologiske og sosiale problemer, svangerskapskomplikasjoner.

Internasjonal forskning viser også at overvektige blir diskriminert i arbeidslivet(3) og ved medisinsk behandling(3). Man kan anta at Norge ikke er så veldig forskjellig fra det denne forskningen viser. Dette vil kunne medføre ytterligere påkjenninger for pasienten.

I 2004 ble helseforetakene pålagt å gi tilbud til sykkelig overvektige(4). Kompetansesentrene for sykkelig overvekt ble startet opp. Det foregår forskning på ulike tiltak og effekten av disse, samtidig som man gir behandling til pasientene. Pasienter med BMI > 40 eller BMI > 35 med følgetilstander kan henvises til disse sentrene. Behandlingen som tilbys inkluderer kurs og oppfølging av overvektige som har som mål å motivere pasienten til livsstilsendringer. Denne behandlingen foregår i spesialisthelsetjenesten₄, og i samarbeid med fastlege. Bariatrisk kirurgi (innsnevring av magesekk, forkortning av tynntarm) tilbys også. Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for oppfølging av overvektige i primærhelsetjenesten(5) og spesialisthelsetjenesten(4). Fastlegen skal bidra med å oppdage overvekt og tidlig sette inn tiltak for å hindre negativ utvikling hos den enkelte pasient. En svensk undersøkelse(6) viste at mange fastleger er tilbakeholdne med livsstilsintervensjon i forhold til sine pasienter. De opplever det ofte også som et vanskelig område å jobbe med. Dette kan ha ulike forklaringer. Eksempler her kan være manglende kompetanse hos lege om overvektsproblematikk eller at legen har en oppfatning om at slike intervensjoner ikke har effekt(7). For at man skal få en helhetlig forståelse av overvektsproblematikken bør man ha kunnskap om årsaker til- og konsekvenser av overvekt, samt behandlingsanbefalinger og behandlingstilbud. For at leger skal ha tiltro til behandlingen, bør det ligge god faglig evidens til grunn for anbefalingene.

Samarbeidsrelasjonen mellom pasient og behandler anses som viktig for å få til gode resultater(8). Det er viktig at pasienten blir møtt med respekt og empati (8), uten å føle seg stigmatisert(3). Dette synes ikke alltid å være tilfelle for overvektige og noen leger mener at de "får som fortjent"(3,7). Holdninger som at man ser på det som et personlig og ikke medisinsk problem, og at det er selvforskyldt medfører også en negativ holdning fra helsepersonell. Pasienter kan også ha tanker om at helsetilstanden er selvforskyldt(7) og vil dermed kunne også kunne ha manglende selvrespekt og selvfølelse. Hvilken forklaringsmodell som ligger til grunn for årsakssammenheng er også bestemmende for hvordan man møter overvektsproblematikken, både som behandler og som pasient. Hvis man tar utgangspunkt i en biopsykososial (9) forklaringsmodell så vil tilnærmingen til overvektproblemet kunne bli mere helhetlig.

Kognitiv adferdsterapi er den psykologiske tilnærmingen som hovedsaklig har vært benyttet i forbindelse med livstilsintervensjon ved overvekt. Det er fokus på hvorfor man spiser.(11) Er det på grunn av sult eller andre følelser? Man kan da benytte seg av skjemat terapi der pasienten registrerer når man spiser, og hvilke tanker og følelser som er tilstede når man spiser. Utfordringen er å bli bevisst på tanker, følelser og uvaner som bidrar til uheldig spise-mønster og vekt oppgang. Kognitiv adferdsterapi viser seg å ha effekt på vekt reduksjon(10),

men sjelden vedvarende effekt. Utfordringen er derfor å finne en tilnærming som har effekt også etter intervensjon.

I denne oppgaven skal jeg se nærmere på mindfulnessbaserte intervensjoner og overvekt. Først vil jeg beskrive mindfulness og deretter se på hvordan en slik tilnærming kan ha positiv effekt på overvektsproblematikk. Problemstillingene var følgende: Hva er mindfulness? Hva er mindfulnessbasert intervensjon/terapi? Hvorfor bruke mindfulness i forbindelse med overvektsbehandling? Hva er effekten, og hva er forskningsgrunnlaget?

Material og Metode

Litteratursøk Overvekt og Mindfulness

Det ble innhentet faglitteratur på helsefagsbibliotek og fagbokhandel ved universitetet, for å få kunnskap om mindfulness og bruken av det i terapeutisk sammenheng.

Jeg foretok søk i Pubmed, PsycInfo, Scopus med søkeordene obesity AND mindfulness. Flere artikler gikk igjen i de ulike søkemotorene. Jeg valgte først ut med bakgrunn i overskrift, ekskluderte videre på abstrakt, deretter ved nærmere lesing av artikkel. Ved gjennomlesing av artikler fikk jeg opp forslag om andre relevante artikler, som førte til at det ble inkludert ytterligere to artikler. Litteratursøkene ble gjennomført i perioden 05.01.15 til 20.01.15.

Jeg valgte å inkludere artikler som jeg anså kunne besvare problemstillingene. Det ble inkludert artikler som hadde vekt eller BMI som oppfølgings- eller effektparameter eller overvektsrelatert adferd. Fire oversiktsartikler som omhandlet problemstillingen ble inkludert og disse blir presentert i tabell 2. Det ble ekskludert artikler hvor hovedfokuset var på spiseforstyrrelser, og artikler som fokuserte på barn og ungdom.

Pubmed ga 40 treff, PsycInfo ga 24 treff og Scopus (hvor artiklene er publisert i perioden fra 2011 til 20/1-2015) ga 64 treff. Flere av de utvalgte artiklene gikk igjen i de ulike søkemotorene. Totalt er det inkludert 15 artikler

Resultat

Jeg innhentet litteratur om overvekt, mindfulness, kognitiv terapi og mindfulnessbasert terapi på universitetsbiblioteket og fagbokhandel. Gjennom litteratursøket ble det inkludert 15 artikler som omhandlet mindfulness og overvekt. I de utvalgte artiklene (se tabell 2 og 3) finner man begrunnelse for bruk av mindfulness i overvekts-behandling og ulike metoder

hvor mindfulnessprinsipper inngår som del av terapien og effekten av disse. Jeg vil ut fra funnene dele resultatdelen opp i følgende tema:

- Mindfulnessbasert faglitteratur.
- Mindfulness og overvekt
- Mindfulness, overvekt og spiseforstyrrelse
- Mindfulness, ABT (akseptbasert terapi) og SBT (standard adferds terapi) og overvekt

Mindfulness

Presentasjonen av mindfulness baserer seg hovedsakelig på ”Lev med livets katastrofer”(12) og ”Mindfulness for begynnere” (13) av Jon Kabbat Zinn, ”Oppmerksomhetstrening”(14) av Gran, Lie og Kroese, ”Mindfulness” (15) av Åsa Nilsonne og ”Mindfulness i hverdagen” (16) av Rebekka Th. Egeland.

Mindfulness beskrives på norsk som oppmerksomt nærvær i øyeblikket.(14) MBSR trening eller meditasjon fokuserer på tilstedeværelse i øyeblikket og bygger på buddhistisk meditasjon. Mindfulness er CAM (Complementary and Alternative Medicine) modalitet, som ikke anses å være en del av den konvensjonelle medisin.()

Kabat-Zinn beskriver «mindfulness» som å være i kontakt med den vi er her og nå, og dermed bli bevisst på hvordan vi handler, tenker og føler akkurat nå. Bli bevisst på hvordan vi ofte blir styrt av automatiske og ubevisste indre prosesser. Det er fokusering på ytre og indre sanseopplevelser, gjennom planlagt trening på dette og i hverdagssituasjoner.()

“ Å rette oppmerksomheten mot noe, uansett hva det måtte være, er å være tilstede i øyeblikket; vinden som stryker deg varsomt over kinnnet, en liten sitring i kroppen, en tanke som plutselig dukker opp. Ja hvor som helst og hva som helst, så fremt du møter det med din åpenhjertige bevissthet.”

Jon Kabbat-Zinn

Oppmerksomt nærvær er et nøkkelbegrep innen buddhistisk meditasjon. Når det brukes i moderne psykoterapeutisk behandling har man beholdt det psykologiske og fenomenologiske innholdet i begrepet og den praktiske teknikken, uten å nødvendigvis trekke inn det buddhistiske livssyn eller de religiøse antagelsene som buddhistene knytter til mindfulness-begrepet. (14,15,16)

I MBSR (mindfulnessbasert stressreduksjon) er grunnleggende verdier, holdninger og egenskaper fra buddhismen også grunnleggende for bruk av metodene i kurset. MBSR bygger på sju forutsetninger for mindfulness():

1. Ikke dømme eller vurdere - vennlig, mild og ikke dømmende.
2. Å være tålmodig – la en prosess skje i sitt eget tempo uten å fremskynde.
3. Nybegynners sinn – å ha et åpent sinn.
4. Vise tillit – basal tillit til deg selv og dine egne følelser, noe som vil øke tillit til andre.
5. Unngå å strebe – du skal kun være deg selv.
6. Være aksepterende – se tingene slik de er.
7. Godta og gi slipp – ha aksept for at alt er i endring.

Ved Kabbat Zinns 8 ukers kurs i MBSR(12,14) forplikter deltakerne seg til å gjennomføre øvelsene og hjemmeøvelser, se tabell 1. Dette er noe som krever innsats og som til å begynne med kan øke stressnivået hos pasienten. MBSR øvelser foregår sakte, fokusert på de ulike sansekvaliteter syn, hørsel, kinestetikk, lukt og smak. Man benytter ulike teknikker som meditasjon, yoga, kropps-bevissthet (scanning), pusteøvelser, spisemeditasjon, bevegelsesmeditasjon. Ved fokusert mindfulness gjennomføres øvelsene med aksept på distraksjon og forstyrrelser, men går tilbake til det som er i fokus (for eksempel pusten). Ved åpen tilstedeværelse fokuserer en på det som er i en selv og/eller det som foregår rundt en. Man bruker da alle sine sanser uten vurdering eller bedømming av det en observerer. Det blir et metakognitivt perspektiv på det en opplever, dvs man øver opp å se seg selv og situasjonen utenfra. Dette øves gjennom fastlagt trening/meditasjon og ved økt bevisst tilstedeværelse i hverdagsituasjoner.

Tabell 2 , eksempel på MBSR treningsprogram over 8 uker(12)

UKE	ØVELSE	HENSIKT
1-2	Bodyscan meditasjon 45min/dag Pustemeditasjon(sittende) 10min/dag Fri trening minimum 1gang/uke	Gjenetablere kontakt med kroppen, øve på å gi slipp. Utvikle konsentrasjon, ro og bevisst nærvær. Kontakt med nuet, kan virke avslappende. Øve seg på å være fullt tilstede i en hverdagsaktivitet, bruke sanseapparatet åpent og fokusert.
3-4	Hatha yoga Pustemeditasjon 15-30min/dg Fri trening -uke 3 en rar begivenhet/dag -uke 4 en ubehagelig begivenhet/dag	Oppnå enhet mellom kropp og sinn Kan danne grunnlag for et anker til mindfulness Uten og dømme, med metakognisjon, øvelse på tilstedeværelse og aksept av rare eller ubehagelige situasjoner
5-6	Sittende meditasjon ->45min eller yoga 1x/dag	tålmodighet
7	Individuelt tilpasset trening	Utforske og bruke de teknikker som passer den enkelte, slik at det

		kan bli en naturlig del av hverdagen.
8	Bruk av standard teknikker(CD) brukt 1-6 uke	Repetisjon av teknikkene en har lært og se om noen kan være aktuelt å bruke nå.

Mindfulness er inkludert i flere ulike behandlingsmetoder som retter seg mot ulike sykdommer og tilstander. I boken om oppmerksomhetstrening (14) beskriver Svein Gran de positive endringene man kan se ved bruk av mindfulness ut fra tre faglige rammer: medisinsk, kognitiv terapi og psykodynamisk terapi.

Innenfor medisin har meditasjon blitt brukt som støttebehandling til ulike medisinske tilstander.(14,kap4) Man ser at mindfulness kan være med på å senke blodtrykk og å redusere stresshormonet kortisol. Det er påvist at mindfulness også kan styrke immunforsvaret. Ved hjerneskaning ses høyere aktivitet i frontal cortex og mindre i kamp/flukt områdene i det limbiske system hos de som har høy mindfulness-kapasitet. Man er i større grad bevisst sin egen adferd, og mindfulness trening påvirker dette i samme retning. De primære impulsene blir ikke styrende for ens adferd, men påvirkes i større grad av høyere hjernefunksjoner.

Den kognitive terapien(14,kap5) bygger på kognitiv- og læringspsykologi og har utviklet seg i bølger hvor man nå har økt fokus på emosjonell psykologi, den såkalte 3.bølge. Det finnes ulike former som for eksempel DBT (dialektisk adferdsterapi), MBCT (mindfulnessbasert kognitiv teori), ACT (aksept og forpliktende terapi). DBT, MBCT og ACT er de mest kjente mindfulness baserte terapiene, disse er da tilpasset ulike tilstander/sykdommer. Fellestrekk er at de skal ha en ikke dømmende oppmerksomhet mot sine egne handlinger, følelser, tanker og sanser. Pasientene øver seg opp til å bli mer mindfulle og da med litt ulik tilnærming.

I forhold til psykodynamisk terapi er det terapeuten som skal være mindfull.(14, kap6) Det er spesielt i de retninger hvor relasjoner anses som viktig for utvikling av selvet, hvor mindfulness har fått innpass. Noen ser også på muligheten for at psykoanalysen og mindfulness kan utfylle hverandre som behandlingsformer. Psykoanalysen kan bli for selvfokuserende, mens mindfulness filosofien ser dualismen i vår gjensidige avhengighet av andre. Det er spesielt tidlige relasjoner som betydning for dette. Ubevisste traumer kan komme til overflaten ved oppmerksomhets-trening, og her mener man at ren oppmerksomhetstrening ikke er nok for løsning av problemet. Der er annen terapi viktig, som for eksempel psykodynamisk terapi.

Terapeuter som ønsker å arbeide mindfulnessbasert bør selv ha det som en del av sin egen trening og grunnleggende holdning, dette er en forutsetning for å være instruktør i MBSR og MBCT.(14) Den opplæring og trening som terapeuter gjennomgår i forhold til mACT (mindfulness basert aksept og forpliktelses terapi) kan for mange være utfordrende.() De

skal forestille seg at de er i en vanskelig situasjon knyttet opp mot seg selv eller sine nærmeste (foreldrene eller barna sine). Dette kan være med på å øke terapeutens evne til innlevelse og tilstedeværelse i den terapeutiske relasjon.

I kapitlet om mat stress(12) tar Kabbat Zinn for seg hvordan man skal forholde seg til utfordringer knyttet opp mot forholdet til mat. Der omtales utfordringene og på hvilken måte man kan gjøre noe med dette på en mindful måte.

Overvekt og Mindfulness

Jeg vil nå ta for meg de artiklene som jeg inkluderte for å se på bruken av mindfulness i forhold til overvekt.

Det ble inkludert fire oversiktsartikler. Disse konkluderer med at mindfulness har effekt på ulike forhold som har betydning for overvektsrelatert spiseadferd. Blant annet redusert spisehastighet, sunnere matvalg, overspisingsadferd, ytre styrt og emosjonelt styrt spiseadferd. Mange av studiene hadde ikke vektreduksjon eller BMI inkludert som hovedmål for intervensjonen. En av oversiktsartikkellene kunne ikke konkludere at intervensjonene hadde effekt på vektreduksjon, mens en annen konkluderte med positiv effekt på vektreduksjon. De andre hadde ikke fokus på vektreduksjon, men på overvektsrelatert adferd.

Det fremheves likevel at det er endel svakheter i studiene. I oversiktsartiklene (tabell 2) poengteres det at det er utfordrende å samle informasjon om temaet blant annet fordi det er mange ulike metoder med varierende bruk av mindfulness. Intervensjonene er ofte multimodale og kan være basert på CBT (kognitiv adferdsterapi), MBSR (mindfulness basert stress reduksjon), ABT (aksept basert terapi), mindful eating program med flere. I tillegg ser man på ulike prosess og effekt mål i studiene. Det var flest kvinner som deltok i disse intervensjonene, uavhengig av om det var utvalgs-grunnlaget. Intervensjonsgruppene var ofte små. Det er ikke gjennomført langtids post treatment undersøkelser. Compliance data mangler ved mange av studiene, og man antar at effekten vil avhenge av mengde med mindfulness meditasjon. Det er få intervensjoner med kontrollgrupper.

Tabell 2 Oversiktsartikler om Overvekt og Mindfulness

Ovesiktsrtikkel,	Tema og intervensjoner,	Resultat, konklusjon
Godsey, 2013 The role of Mindfulness-based Intervention in the treatment of obesity and eating disorders (18) - basert på 35 studier	MBIs rolle ved behandling av overvekt og spiseforstyrrelser. - yoga, meditasjon, kognitiv terapi, spisebevissthetstrening. - MB-EAT; selvregulering, observer indre tilstand, aksept, indre styrke, lære effektive handlings alternativer.	-> redusert matintak, sunnere matvalg redusert spisehastighet
O'Reilly et al (2014) Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviors (19) - basert på 21 studier	MBIs effektivitet i forhold til overvektsrelatert spiseadferd. - MBSR, MB-EAT, MBCT, mindfulness ACT,	- effektivt for reduksjon av overspising, emosjonelt- og ytre påvirket spiseadferd.
Katterman, et al (2014) Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss (20) - basert på 14 studier	Mindfulness meditasjons effekt på overspisings adferd og vektendring. Mindfulness var den primære behandlingsmodaliteten. MBSR, MBCT, MB-EAT	- ikke konklusiv effekt på vektendring - mangler data på langtids effekt -> reduserer overspising og emosjonell spiseadferd
Forman, Butryn, (2014) A new look at the science of weight control : How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self regulation (21)	Postulat ABTs lovende tilnærming til vekt kontroll, gjennom adferds endringer som er basert på eget verdigrunnlag.	- økt vekttap, spesielt god effekt på på pasienter med emosjonelt og ytre styrt spiseadferd.

MBI-mindfulness basert intervensjon, MB-EAT-mindfulnessbasert eating terapi, MBSR-mindfulness basert stress reduksjon, MBCT-mindfulness basert kognitiv terapi, ACT-aksept og forpliktelses basert terapi, ABT-akseptbasert terapi

Flere av originalartiklene er inkludert i oversiktsartiklene, jeg valgte og se nærmere på originalartiklene for å få en bedre kunnskap om ulike studiene. To av artiklene tar for seg studier om spiseadferd knyttet opp mot overvekt. De åtte andre studiene er ulike mindfulnessbaserte intervensjonsstudier som har som mål å redusere ugunstig spiseadferd og bidra til vektreduksjon.

Tabell 3 Studier om Overvekt og Mindfulness

Artikkel/Studie	Metode	Utvalg	Resultat
Niemeier et al (2012) An Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Loss: A Pilot Study (22)	Intervensjon Pilot studie 24uker, 1t/uke, veieing adferdskomponent, aksept component, kjærneverdier	21 overvektige/obese menn og kvinner alder 52,2+/-7,6 BMI 32,8+/- 3,4 emosjonelle overspisere	Vektreduksjon 12kg Økt inhibisjon Redusert unngåelses adferd, økt fleksibilitet Fornøyd med metoden 3mnd e intervensjon Ytterligere -0,1kg
Alberts et al (2012) Dealing with	Intervensjon 8uker	26 kvinner	Redusert matsug/craving, diktoton tankemønster,

problematic eating behavior. The effects of a MBI on eating behavior, food cravings, dichotomous thinking and body image concern.(23)	MBCT spiseintervensjon RCT – kontrollgruppe Data innhentet ved start og e 8 uker		kroppsbilde bekymringer, emosjonell spiseadferd, og ytrepåvirket spiseadferd konklusjon effektivt for å redusere en problematisk spiseadferd
Forman et al (2009) An Open Trial of an ABBI for Weight Loss(24)	Intervensjon 12 uker , Vekt (a) forplikter seg til adferdsendringer (b) bygge opp toleranse for å tåle ubehag (c) fremme mindfulness bveissthet rundt spiseadferd og mål	29 kvinner, 19 fullførte og 14 kom til kontroll 6mnd etter intervensjon	19 fullførte vekttap 6,6% 14 ktr 6mnd tot vekttap 9.6% Psykologiske egenskaper endret i positive retning som kognitiv restraint, disinhibition, stress relatert spiseadferd, emosjonell spiseadferd, spiserelatert eksperientell aksept, mindfulness and motivasjon ABT ramme medfører bedre effekt av SBT
Lillis (2009) Teaching Acceptance and Mindfulness to Improve the Lives of the Obese: A Preliminary Test of a Theoretical Model(25)	Intervensjon RCT - en gruppe som fikk 1-dag mindfulness og ABT med fokus på overvektsrelatert stigmatisering og psykologisk stress - en ventelistegruppe	Pasienter som hadde fullført minst 6mnd vekttapsprogram (N=84) - oppfølging etter 3mnd	Deltakere viste større forbedring ifht overvekts relatert stigma, livskvalitet, psykologisk stress, BMI, økt stress toleranse, og bedret generell og vektspesifikk aksept og psykologisk fleksibilitet . Understøtter god effekt på livskvalitet hos overvektige ved bruk av ABT
Corsica et al (2014) Development of a novel MCBT for stress-eating: A comparative pilot study(26)	Intervensjon Pilot studie RCT Sammenlignet effekt av tre intervensjoner 1.Modifisert MBSR, 2.SEI-kognitiv stress eating intervensjon 3.Kombinasjon 1+2, 6 ukers intervensjon	53 overvektige (98% kvinner) med økt nivå av stress og stress-spising, m	Alle tre gruppene reduserte opplevd stress og stress-spising, kombinasjon MBSR og SEI hadde større effekt og medførte en moderat effekt på vekttap. Vedvarte 6 uker etter intervensjon MBSR + SEI kan virke positivt inn på stressrelatert spiseadferd
Dalen et al (2010) Pilot study: MEAL: Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a MBI for people with obesity(27)	Intervensjon 6 uker MEAL a 2t baseline e fullført 3mnd e fullført evaluering vekt,BMI, spisemønster, psykologisk stress markører for kardiiovskulær risiko	10 obese BMI snitt 36.9 Alder 31 til 62	Effekt - Økt mindfulness og kognitiv beherskelse vdr spiseadferd - Redusert : vekt, spise disinhibition, overspising, depresjon, opplevd stress, fysiske symptomer, negativ affekt og CRP
Kidd et al (2013) A Mindful Eating Group Intervention	Intervensjon 8 uker mindful spise intervensjon	12 obese kvinner	Økt mindful spisemønster, Vekttap, økt selv-efficacy depresjon redusert

for Obese Women: A Mixed Methods Feasibility Study(28)			
Tapper et al (2008) Exploratory RCT of a MB weight loss intervention for women(29)	Intervensjon 4x2t MBI workshop	62 kvinner, 19-64år BMI 22,5 – 52,1 allerede på diett	Økt fysisk aktivitet og redusert BMI, på de som <u>anvendte</u> MBI ved 6mnd kontroll slignet ktr gruppe. (og de som ikke brukte MBI fra intervensjonsgruppen) Ikke forskjell vdr mental helse BMI reduksjon antas å skyldes reduksjon i overspisnings episodier
Ouwens et al (201) Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and Females(30)	Undersøkelse av assosiasjon mellom mindfulness og spiseadferd hos overvektige gjennom spørreskjema DEBQ, FMI og HADS	Kandidater for bariatrisk kirurgi, 335 kvinner og menn	Mindfulness var : Positivt assosiert med restriktiv spiseadferd Negativt assosiert med emosjonell og ytre styrt spiseadferd Uavhengig av kjønn, alder, utdanningsnivå, BMI og affektive symptomer
Jordan et al (2014) Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior(31)	4 studier om spiseadferd og mindfulness	Studenter	Positive relasjon mellom mindfulness trekk og sunnere matvaner Mindre impulsiv spising Redusert energi inntak, sunnere valg av matvarer og snack

I oversiktsartikkel til O'Reilly (19) beskrives ulike mulige teoretisk forståelsesmodeller knyttet opp mot overvektsrelatert adferd. Flukt teori og affekt reguleringsmodeller hvor mat brukes som affekt regulering, for å dempe psykisk stress og negativ selvfølelse. Der inngår også generelt stress, angst og depresjon. Dysregulerings teori hvor fysisk sult og metthet er vanskelig å styre. Psykosomatisk teori medfører at man har vanskelig for å skille mellom sultfølelse og andre følelser. Eksternaliseringsteori hvor enkelte har høy sensitivitet i forhold til mat, syn, lukt, smak noe som igjen medfører et sterkt behov eller ønske om å spise. Disse teoriene kan være forklaringen på overvektsrelatert adferd som man søker og endre ved de ulike intervensjonene.

Ved de fire studiene til Jordan(31) ser man sammenheng mellom grad av mindfulness og sunnere spisevaner. Energiinntaket blir redusert og det foretas sunnere valg av matvarer og snack når mindfulnesskapasiteten øker. Når mindfulness trening ble sammenlignet med avspenning, der mindfulness trening medførte lavere inntak av kalorier. Ved sammenligning av skåringskjema som så på mindfulness trekk, selvkontroll kapasitet, valg av snack og tiltrekning mot frukt eller gosteri, så man mindfulness trekk korrelerte med valg av sunnere

snack. Det viste ingen sammenheng mellom mindfulness, snackvalg og selvkontroll. Det støtter opp om at mennesker som var mere tilstedeværende (mindfulle) gjorde sunnere valg uten at de opplevde at det krevde selvkontroll.

Overvektige har en forstyrret spiseadferd som er vanskelig å endre. I en studie av Ouwens (30) om spiseadferd og mindfulness hos overvektige pasienter ser man at mindfulness var negativt assosiert med emosjonell og ytre styrt spiseadferd, og positivt assosiert med restriktiv spiseadferd. Dette var uavhengig kjønn, alder, utdanningsnivå, BMI og affektive symptomer (noe som man er kritisk til i konklusjonen). Det man antar er at ved økende grad av mindfulness spiser mindre automatisk og impulsivt ut fra tanker og følelser som ikke er sultfølelser. Det øker også selvreguleringen gjennom at man kjenner tilfredshet og metthet, introceptive opplevelser. Dermed så vil man ikke i samme grad styres av ytre stimuli (god lukt, synet av mat mm). Generell mindfulness trening hadde ikke effekt på uheldig spisemønster. Når intervensjonen fokuserer på kroppsopplevelser relatert til fysisk sult, metthet, smak og triggerer for overspising, så får det positiv effekt på emosjonell og ytre styrt spiseadferd.

Tabell 4 Egenskaper som mindfulness intervensjoner kan påvirke i gunstig retning (basert på artiklene 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32)

	Beskrivelse	Skårings skjema
Overspising	Spise for mye i forhold til behov	BES – binge eating score
Disinhibisjon	restriktiv, ytrestyrt, emosjonell spiseadferd	DEBQ – Dutch Eating Behaviour Questionnaire EI-eating inventory
Ytre styrt spiseadferd	matinntaket påvirkes av syn og lukt av mat eller andre situasjoner som man forbinder med mat	DEBQ, EI
Emosjonell spiseadferd	matinntaket påvirkes av ulike følelser, både positive og negative. Tristhet, kjedsomhet, indre uro og matinntak blir en form for unngåelsesadferd og flukt fra følelsene	DEBQ, EI
Restriktiv spiseadferd	restriksjon av matinntak eller ved diett,	DEBQ, EI
Mat sug, urge, craving	mat sug(food craving). Sterkt begjær for mat, bare må ha	G-FCQ-T – food craving questionnaire
Depresjon	Mulig konfunderende variabel ifht overvekt	HADS Hospital Anxiety and Depression Scale
Angst	Mulig konfunderende variabel ifht overvekt	HADS Hospital Anxiety and Depression Scale
Positive og negative følelser		PANAS Positive and negative affect scale

Motivasjon	en indre tilstand som forårsaker, styrer og opprettholder atferd	WALI
Mindfulness	Tilstedeværelse i øyeblikket	KIMS (E) FMI (SF)Freiburg Mindfulness Inventory (short form) MAAS – mindful attention awareness scale FFMQ – five facet mindfulness questionnaire
Eksperimentelle unngåelsesadferd	eksperimentell unngåelses og psykologisk infleksibilitet.Redusert relatert til kroppsvekt, mat og spising. . Vektrelatert unngåelsesadferd.	AAQW –
Ubehags toleranse	Dvs for eksempel å tåle fysisk ubehag ved trening, eller redusert nytelses ifht matinntak	DTS – distress(ubehag) toleranse skala,
Livskvalitet	Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement.	IWQOL-lite,
BMI el vekt	BMI=bodymass indeks el KMI=kropps masse indeks =vekt/høyde ²	
Diktont tankemønster kognitiv rigiditet	Svart hvit tenkning. Enten er noe bra eller så er det dårlig. Feks kun egenverdi dersom man er tynn.	DTS – Dikton tankemønster

Mindfulness egenskaper ser ut til og være arvelige, samtidig som det kan trenes opp. Tapper studie fra 2008(29)viser man til ulike moderatorer som kan ha betydning for effekt av mindfulness intervensjon. Det er blant annet tidligere erfaring med meditasjon og forståelse av mindfulness praksis. Mindfulness er ikke det samme som avspenning, noe mange deltakere ikke hadde forstått. Det kunne være årsak til at man ikke fikk signifikant effekt på emosjonell- og ytre styrt spiseadferd eller på psykologisk fleksibilitet. Når emosjonell spiseadferd går ned var det korrelasjon med BMI reduksjon. I tillegg så er det av betydning hvor ofte man deltar på workshop, og om man bruker workshop prinsippene (også etter intervensjon) og utfører hjemmearbeid.

I tillegg tenker man at gjennom økt mindfulness så vil man oppleve redusert stress ved utfordringer og belastninger i livet. Dette vil kunne redusere ugunstig spiseadferd, som stress spising. Opplevd stress gir økt kortisol, økt selvmedisinering, redusert humør, økt disinhisjon, økt craving . Det medfører HPA akse aktivering som kan øke risikoen for uheldig spisemønster.

Angst og depresjon opptrer ofte hos overvektige pasienter. Tilstander som angst, depresjon og opplevd stress vil kunne reduseres med mindfulness, noe man antar virker positivt inn på spiseadferd. MBSR (mindfulness basert stress reduksjon) har vist effekt på reduksjon av stress, MBCT(mindfulness basert kognitiv terapi) har effekt på depresjon. (14)

Corsicas studie (26) rettet mot stress relatert spiseadferd (som ikke nødvendigvis medfører tap av kontroll slik som ved overspisingslidelse) hvor målgruppe for var en av følgende: overspising, hyppige emosjonelle/stress spise episodier, intens og uimotståelig matsug eller matavhengighet. De ble delt i tre grupper MBSR, SEI(stress eating intervensjon, basert på CBT), MBSR + SEI. Det var samme instruktør, 1 gang per uke i 6 uker. I tabell 4 ser vi innholdet og fokus i gruppetimene

Tabell 4 Intervensjons plan(26)

UKE	MBSR	SEI
1	Introduksjon til mindfulness	Introduksjon til stress og stress spising. Måltidplanlegging og ernæring
2	Mindfulness og stress reduksjon	Identifisere og redusere stress-spisings mat og triggere
3	Fordypende praksis ; yoga	Kognitive adferds strategier for stress spising
4	Loving-kindness meditasjon	Introduksjon til eksponering og respons forebygging for stress spising
5	Interpersonlig mindfulness	Eksponering og respons forebygging for stress spising
6	Mindful helse og opprettholdelse	Problem løsende trening og forebygging

MBSR – øvde i gruppa ved innføring av nye metoder. Formell og uformell mindfulness praksis 30-45min pr dag. SEI var CBT og eksponering basert. Undervisning: identifisere og monitorere stress og spise situasjoner, ernæring, kognitiv rekonstruksjon, eksposisjon og respons prevensjon.

Resultat viste at MBSR + SEI hadde best effekt på redusert opplevd stress og stress-spising, som var mål for intervensjonen. Vektreduksjon var liten, men det var ikke primærmål for intervensjonen. Det var bra oppslutning på møtene og deltakerne hadde ønske om lenger varighet og oppfølging. De opplevde også det slik at de såvidt var kommet igang.

MEAL som var et pilot studie av Dalen (27) for 10 pasienter med BMI>30. Intervensjonen fokuserte på mindfulness meditasjon, gruppe spise øvelser, minimal didaktisk informasjon, meditasjon vedrørende spising (sult, metthet, matkvalitet på crave food, emosjonell og kognitiv tilstand ved spising, generell informasjon om diett, trening(+5-10%/uke), kalorier og ernæring. De fikk utlevert skrevet materiale og CD for daglig 10minutter mindfulness trening. Utfallet ble en BMI reduksjon på 1,3kg/m², metabolske variable forble uendret, ikke endret hjerte kar risiko ,hsCRP ned. Mindfulnesskapasitet viste moderat til stor økning. Spiseadferden ble endret, disinhisjon redusert, sult ned, overspising sterkt redusert. Opplevd stress fikk moderat nedgang, depresjon redusert, angst først redusert så økning. Positiv affekt forble uendret – negativ affekt ble redusert.

Mindfulness, overvekt og spiseforstyrrelse

Overvekt og spiseforstyrrelser, overspisingsadferd er en av parametrene som er vurdert i flere av studiene. Overspising er ukontrollert inntak av større mengder mat enn det som er normalt, og det som oppleves som komfortabelt. Denne type adferd kan også observeres uten at det tilfredstiller kriteriene for spiseforstyrrelse. Ut fra studiene som inkluderte overspisingsadferd, ser man at adferden reduseres ved bruk av mindfulness intervensjon. Redusert overspisingsadferd korrelerer med reduksjon i BMI. Fokus på kropp og utseende er stort, og hvor tynnhet for mange er idealet. Vi ser at flere av artiklene omhandler overvekt og spiseforstyrrelser, da overspisingslidelse (binge eating) som uten kompensatorisk restriksjon eller oppkast vil kunne forårsake overvekt. Sytti prosent av de med diagnostisert overspisinglidelse er overvektige, ved spiseforstyrrelser har man problemer med å tåle negative opplevelser og stress. Mat kan også bli brukt på en restriktiv eller overforbruks måte. Dette er en form for adferdsdisinhibisjon som kan blokkere for bevissthet og følelser. CEBT (cognitive emotional behavior therapy) går ut på å forstå opplevelsene og uttrykkene til emosjonene. Disse skal identifiseres og utfordres i forhold til gyldighet. Dette vil kunne medføre at en blir mere oppmerksom og responderer bedre på følelsene som en har. Frekvensen og alvorligheten av impulsiv adferd kan reduseres ved slik intervensjon. MB-EAT er et program hvor man øver på selvbevissthet uten dømmende holdning, og med fokus på indre styrke for å lære seg effektive handlingsmønstre. (Det er brukt til behandling av bulemi og spiseforstyrrelser) Det anbefales da å følge tradisjonelt vekttaps program samtidig med mindfulness intervensjonen. Fokuset ved denne intervensjonen er å få kontroll på impulsiv spiseadferd, å bli bevisst matvalg en tar, og å få bedre kontakt med sult og metthetsfølelsene.

I oversiktsartikkel til Godsey(18) hvor man ser på studier for intervensjon basert på MBSR, kognitiv teori og spisebevissthetstrening medførte intervensjonene en reduksjon i kortisol og ikke vekttoppgang sammenlignet med kontrollgruppe. Pasientene fikk redusert bekymring rundt mat/måltider, samtidig som de fikk økt bevissthet om mat/måltid. I tillegg ble den emosjonelle regulering forbedret. Mindfulness kapasiteten økte og reaksjon på kroppsupplevelser reduserte angst og emosjonell spiseadferd. Forbedring i kroppsfølelse, kroppstilfredshet og spisemønstre. Yoga hadde positiv innvirkning på matinntak og medførte bedre matvalg. Man så redusert vekttoppgang og redusert symptom på spiseforstyrrelser, BMI og midjemål. Utfall var redusert overspising, BMI gikk ned og fysisk aktivitet økte.

Alberts studie(23) om effekt av mindfulness intervensjon på problematisk spiseadferd, mat sug (crawling), diktotomt tankemønster og kroppsforestillings bekymringer, ble det gjennomført et mindfulness-basert spiseprogram med utgangspunkt i MBCT (mindfulnessbasert kognitiv terapi) med følgende kjernekomponenter:

- 1- Mindful spiseadferd, bevissthet om syn, lukt og smak av maten.
- 2- Bevissthet om fysiske opplevelser, sult, metthet, craving, stress
- 3- Bevissthet om tanker og følelser relatert til matinntak (selvprat, holdninger, forventninger, frykt, skam mm)
- 4- Aksept og ikke dømmende holdning av sanseropplevelser, tanker, følelser og kropp
- 5- Bevissthet og trinn for trinn endringer av daglige mønster og vaner knyttet opp mot spising og fysisk aktivitet.

Intervensjonen pågikk i 8 uker, 1 gang i uken og 2,5 timer hver gang. Øvelser og egenskaper som ble undervist i var bodyscan, sittende og gående meditasjon, mindfull spiseegenskaper, selvaksept (inkludert kropp), og forholde seg til kontrollparadoks. Hjemmeøvelser hver dag med varighet på 45-60 minutter. Denne intervensjonen hadde ikke effekt på BMI og restriktiv spiseadferd. Mindfulness, ytre styrt- og emosjonell spiseadferd, kroppsbylde bekymring, diktotom tankemønster og matbegjær ble endret i positive retning etter intervensjonen.

Det man ser i disse studiene knyttet opp mot spiseforstyrrelse er at mindfulness har effekt på overspisingsadferd og bedrer forholdet til kropp og gir økt livskvalitet.

Mindfulness, ABT, SBT og overvekt

Teorien som beskrives om ABT baserer seg på artiklene som omhandler aksept baserte terapier, Forman (21,24), Niemeier(22), Lillis(25).

Adferdsbaserte vekttaps intervensjoner har effekt på vekttap, men de fleste legger på seg igjen etter intervensjoner. Behandling tar sikte på endring av fysisk aktivitet og kosthold. Det er vanlig med med vektreduksjon på 8 kg i løpet av 6 måneder. Det er kun 2-3 sesjoner som fokuserer på endring av følelser og tanker. Man søker å løse utfordringene ved endring av fokus og med bruk av distraksjon.

ABT-akseptbasert terapi(14) som er en tredje bølge innenfor kognitiv terapi hvor emosjonene har større fokus, samtidig som man fokuserer på aksept av tanker og følelser. Man har sett effekt på depresjon, generell angst, PTSD, smertehåndtering, røykeslutt. DBT-

dialektisk adferdsterapi har effekt på overspisingsadferd ved spiseforstyrrelser. ACT-aksept og forpliktelses terapi viser effekt på diabetes håndtering. MBCT-mindfulness basert kognitiv terapi har vist effekt på depresjon .

Identifikasjon og internalisering av verdier og forpliktelser til adferd som er forenelig med disse verdiene er grunnleggende i terapien. Dette medfører at pasienten tåler ubehaget ved å ikke tilfredstille de nedarvede impulsene. Tåleransen for ubehagelige opplevelser øker og aksept av sult, deprivasjon, negativ affekt, indre opplevelser, tanker, angst, kjedsomhet og craving blir bedre. Ved unngåelses adferd og lav ubehags toleranse så øker blant annet overspisings adferd, alkoholmisbruk, røyking. ABT skal bidra til å øke toleransen for ubehaget.

Defusjon er psykologisk avstand til tanker, følelser og begjær/drifter(urge) slik at man ikke trenger å handle ut fra disse . Selvregulering, tilstedeværelse og bevisst vektmål er hele tiden i bevissheten. Øvelser på mindfulness og oppmerksomhet er del av intervensjonen, også i relasjon til kontrollmål, omgivelsene og spiseadferd. Det er psykologiske egenskaper som er nødvendige for suksessfull vektkontroll . Verdiklargjøring og forpliktelse til verdibaserte adferdsmål vil øke sannsynligheten for at man når sine mål. Ved metakognitiv bevissthet blir man mere bevisst på hvordan sosial og kognitiv psykologi, og underforståtte kognitive prosesser påvirker adferd. Ved manglende bevissthet om adferd og konsekvenser er man mindless. Dette søker man å endre gjennom appetittbevissthetstrening.

Oppsummert så vil man ved å øke evnen til å tåle ubehagelige opplevelser/følelser eller en reduksjon i tilfredsstillelse kunne bidra til å 1)øke toleranse og akseptere ubehag ved og avstå fra nytelse/glede ifht mat eller ubehag ved trening 2) Tåle negative affekt slik at emosjonell spiseadferd reduseres.

Tabell SBT sammenlignet med ABT, Forman oversiktsartikkel(21)

Område	Eksempel på komponenter felles for ABT og SBT	komponenter spesielt for/ mere fokusert på i ABT	komponenter spesielt for eller mere fokusert på i SBT
Psyko- edukasjon	-Ernærings informasjon og veiledning ifht kalori inntak -Verktøy for å møte diett mål, begrese fett inntak eller posjons størrelse -Veiledning fysisk aktivitet -Utfordring i obsenogene omgivelser ifht vekttap	-Relatert til sinnets respons på fet, salt og søt mat og til aktivitet eller trening -umulig å kontrollere alleindre responser	-Kognitiv modell -Kognitive forvregninger assosiert med vekt og spiseadferd
Bevissthet/ awareness	-Selvmonitorering av kaloriinntak, fysisk aktivitet, vekt - identifisere sosiale	Bevissthet om prosessen hvor ytre cues påvirker indre opplevelser og trangen til matinntak og	-Identifisering av negative holdninger -Identifisering av ens egne irrasjonelle og uorganiserte

	utfordringer ifht spising og fysisk aktivitet -bevissthet ifht følelser og matinntak	fysisk aktivitets bestemmelser	tanker og handlinger relatert til adferds fatigue, negative evaluering av kropp, følelser av misfornøydhet og tilbakefall når det gjelder sunt kosthold og fysisk akt
Motivasjon	-Sette opp realistiske kortids og langtids mål -Attributes vdr mål for å maksimere sannsynligheten for og oppnå dem -Problem med adferds fatigue -identifisere fordelene ved adferdsendringene	-Identifisering av ultimate personlige verdier -Kontinuerlig bevissthet om verdiene ifht avgjørelser -Kontinuerlig reforpliktelse til verdiene og verdibasert adferd -Forpliktelse til adferd	
Hvordan møte utfordringer vdr diett	-Måltidsplanlegging -Stimulus kontroll, ved innkjøp og eks restaurant besøk -Tilbakefall vs lapse..... -Planlegge høyrisiko situasjoner -Emosjonell spiseadferd -Problem med ukritisk matinntak	-Akseptere craving, sult og reduksjon av fornøydelse I forbindelse med diett. -Mindless vs Mindful spiseadferd -Hvordan indre tilstand kan påvirke holdning, bestemmelser og adferd -Surfe på urge	-Identifisering av ugunstige kognisjoner ifht lapse diett, rekonstruksjon av slike kognisjoner -Distraksjons teknikker -Bygge selv-estem og – efficacy -Avspennings øvelser
Hvordan møte utfordringer vdr fysisk aktivitets vaner	-Fysisk aktivitetsplan -Stimulus kontroll -Utprøving av nye fysiske aktiviteter, variasjon og finne glede i aktiviteten -inkorporere strukturert aktivitet gjerne sammen med andre -Problemløsnings strategier	-Akseptere å bli sliten ved fysisk aktivitet, negative evalueringer av kropp, tristhet og reduksjon av tilfredstillelse assosiert med fysisk aktivitet	-Identifisering av ugunstige kognisjoner ifht til glipp av trening, rekonstruksjon av slike kognisjoner

En aksept basert adferds intervensjon for vekt tap av Niemeier(22) for emosjonelle overspisere hvor ACT og adferdsbehandling var integrert. Det var ukentlige møter i seks måneder og oppfølging tre måneder senere. Fokuset var på en subgruppe pasienter med økt indre disinhisjon, de med mere enn 5 på skåring av emosjonell overspising . Adferdskomponent var basert på standard diett og trening. I tillegg var det selvmonitorering og fokus på stimulus kontroll, problemløsning, målsetting, tilbakefallsforebygging. Den akseptbasert komponenten besto av ulike akseptbaserte strategier. Man er erkjente utfordringene med å leve med ytre omgivelser. De trente på på å tåle og å leve med indre opplevelser, tanker og følelser. I tillegg trente de på å ha fokus på egne verdier og verdiarbeid, slik at adferden ble kongruent med disse verdiene. Ut fra dette forplikter man

seg til handling ut fra personlige livsverdier. De øvde seg opp til å bli fornøyd med det som er bra nok og å akseptere situasjonen slik den er. For å øke kognitiv defusjons egenskaper, la man merke til og tolererte tanker og følelser. Det vil si at en får psykologisk avstand og et metakognitivt perspektiv på sin egen situasjon, sine egne opplevelser og erfaringer. Akseptbaserte egenskaper som mindfulness og defusjon var i fokus hele tiden. Deltakerne var fornøyd med behandling, de hadde et vekttap på -12 kg el -4,4 i BMI. Programmet var rettet mot emosjonelle overspisere med overvekt, som ved standard vekt taps program har minst vektreduksjon. I denne studien – 12 kg sammenlignet med -8kg gjennomsnittelig hos deltakere i kognitive adferdsprogram. De var fornøyd med effekten og i forhold til håndtering av tanker og følelser relatert til vekt kontroll. Deltakerne fikk også økt bevissheten om hvordan de spiste. Det var en sammenheng mellom eksperimentell unngåelses adferd (Redusert relatert til kroppsvekt, mat og spising) og psykologisk infleksibilitet og vektreduksjon. Det var ikke signifikant sammenheng mellom disinhibisjon reduksjon og vekt reduksjon. Ubehagstoleranse viste ingen signifikant endring. Kognitiv beherskelse, disinibisjon indre og ytre, sult ble alle redusert.

I en annen studie basert på ABBI (ABT+SBT) fra 2009 av Forman(24) ses vektreduksjon på 6,6 % , til ytterligere 9,9 % 6 måneder etter behandling. Økt behandlingsdose/mindfulness trening medførte økt effekt på vektreduksjon. Behandlings aksepten var god. Motivasjon, disinhibisjon, kognitiv restraint/beherskelse, emosjonell spiseadferd, mat relatert eksperimentell aksept og mindful awareness/bevissthets prosess variabler endret seg i positive retning.

Lillis og Kendra har i en studie fra 2014(32) sett på om ACT kan bidra i forhold til vekttap som kan opprettholdes over tid. De påpeker at en kombinert SBT og ACT tilnærming til vekt kontroll kan ha god effekt over tid, diskuterer mulige fordeler og alternative kombinasjons tilnærming. Nåværende evidens for at ACT kan være tilleggsbehandling til allerede eksisterende livstilsintervensjoner for å oppnå langtidseffekt av overvektsbehandling. De konkluderer med at det er behov for studier over tid på hva som har effekt, og om det skal tilpasses spesielle grupper.

Diskusjon

Forsiden viser noe av utfordringene i det obsenogene samfunn og hvordan den indre drift for inntak av energitette godsaker utfordres gjennom ytre stimuli. Det er virkelig noe å glede seg til, kakene som vi alle elsker. I allefall for de som har et sug mot søtsaker og kaker. På den andre siden så har ukebladet oppskrift på hvordan DU også lykkes med å gå ned i vekt. Vi kan vel se det slik at dette er hverdagen som alle må leve med. Et samfunn fokusert på en slank og sunn kropp, samtidig som vi fristes til inntak av usunne matvarer, kaker og gotteri. Dermed kan ytrestyrt matadferd stimuleres og inntak av usunn mat kan bli en konsekvens, spesielt for de som har en sterk indre drift for inntak av næring. Mislykkede slankekurer kan bidra til redusert selvtillit og selvfølelse. For mange medfører dette et uheldig og usundt forhold til mat og kropp. Etterhvert kan en få redusert tro på egne evner og ressurser. (9)

Overvekt er et stort helseproblem og derfor må vi som helsearbeidere ta dette på alvor. Dette er ikke noe som kun kan overlates til ukeblader og ulike former for selvhjelps litteratur. Desverre så kan slik egenhjelp for mange bidra til ytterligere redusert livskvalitet, dersom de ikke lykkes med å få kontroll på sitt vektproblem. Vi ser at mange av de tilbud som gis i dag både i det offentlige og private marked, har effekt på kort sikt i forhold til vektreduksjon, men de fleste pasienter legger på seg igjen. Det er behov for tilnærminger som kan bidra til opprettholdelse av vekttap også etter intervensjon.

Studiene har vist at mindfulness reduserer overvektsrelatert adferd som overspising, emosjonell og ytre styrt spiseadferd. Studiene og oversiktsartiklene som jeg fant kan ikke konkludere med varig effekt på vektendring, dette på grunn av for kort oppfølgingstid etter intervensjonene. De sju originalartiklene viser reduksjon i BMI, og reduksjon i adferd som bidrar til vektoppgang. Mindfulness brukes kombinert med andre terapier, hovedsaklig basert på ulike former for kognitiv terapi. Mindfulness basert ACT har vist god effekt på vektreduksjon. Ved ACT vil man kunne tåle ubehag i øyeblikket dersom det må til for å ikke opptre på tvers av sine egne grunnleggende livsverdier.

Depresjon er konfunderende i forhold overvekt og vil kunne medføre utfordringer i forhold til livsstilsintervensjon. Selvom pasienten ikke står i fare for å ta sitt eget liv så kan dårlige matvaner det være en form for selvdestruktiv adferd som ikke betyr så mye for vedkommende. Dermed er det lite grunnlag for at pasienten vil være motivert for livsstilsendringer, da livet for pasienten kan oppleves å ha liten verdi.(9) Angst er også konfunderende for mange overvektige, det øker stressbelastningen på pasienten. Det kan medføre at pasienten ikke har overskudd til å gjennomføre livsstilsendringer. Deltakelse på mindfulness intervensjon vil også kunne øke stressbelastning til å begynne med. Gjennom

bevissthetstrening kan det komme opp forhold som øker stress eller angst nivået, dermed kan det være utfordrende og delta. Pasienten kan bli bevisst forhold som tidligere har vært ubevisse, som for eksempel overgrep i barndommen. Det vil da kunne være behov for terapi for å bearbeide dette.(12)

Jeg valgte og trekke ut spiseforstyrrelse som eget tema, da det kan være at denne gruppen bør få et litt annet tilbud. Da kan det være at vektnedgang ikke er fokus i første omgang. MB-EAT og CEBT har effekt på spisesforstyrrelses variabler, men ikke på vektnedgang. For man kan stille spørsmål om det å bli slank er ensbetydende for alle at man får et bedre liv eller blir lykkeligere. Dersom en ikke har tro på at vektnedgang vil medføre positive endringer og et mere tilfredstillende liv, så vil ikke man være motivert for å gå ned i vekt. Det kan for eksempel være tilfelle for pasienter som tidligere har hatt anoreksi, og har erfaring med negative opplevelser med slanking og så stort fokus på tynnhet. Samarbeid mellom kompetansesenter for spiseforstyrrelser og kompetansesenter for overvekt er viktig for at de med overvekt og spiseforstyrrelse slik at de også får den hjelpen de har behov for. Når det går over i en forstyrrelse vil selvfølgelig være avhengig av i hvilken grad det påvirker funksjonsnivået til pasienten, og om de oppfyller diagnosekriteriene for spiseforstyrrelse. Derfor bør tilbud til de som er overvektige også ha et tilbud for de med overvekt og spiseforstyrrelser. I Bergen tilbys pasienter med spiseforstyrrelse CBT-E (kognitiv adferdsterapi for spiseforstyrrelser), som er tilpasset terapi for pasienter med spiseforstyrrelse (også overvektige, de har hatt pasienter med BMI på 50). Det er intensiv kognitiv terapi, med individuell oppfølging 1 til 2 ganger pr uke over 20 uker. Vektreduksjonsintervensjon vil komme i etterkant av denne terapien.

Litteratur om kognitiv terapi og overvekt fokuserer på viktigheten av å stille spørsmål om hvorfor den overvektige spiser. Dette for å få klarhet i til grunnleggende årsak ved uheldige spisemønster. Når vi ser på skjematapi vil man også gå tilbake i tid for å se om det ligger mønster tilbake i tid som har negative /uheldige konsekvenser i dag. En meditasjonsøkt under MBSR treningen ved universitetet gikk ut på å gå tilbake i tid til barndommen. Der skulle man forestille seg sitt hjem og hvor man skulle se for seg sine foreldre og be dem om noe. Denne økten kan, dersom man får det til, si noe om sine tidlige relasjoner til nære omsorgspersoner, noe som igjen er grunnleggende for utvikling av ens personlighet. Og har personligheten noe og si for utvikling av overvekt?

Vi ser at noen av de mindfulnessbaserte intervensjonene har effekt på ulike variabler som er knyttet opp mot overvektsutvikling. Effektmål som blir benyttet er endringer i BMI(vekt), spiseadferd(restriktiv, emosjonell, ytre påvirket), livskvalitet og affektendringer(depresjon, angst). Post treatment oppfølging har ikke hatt lang nok varighet til å kunne trekke

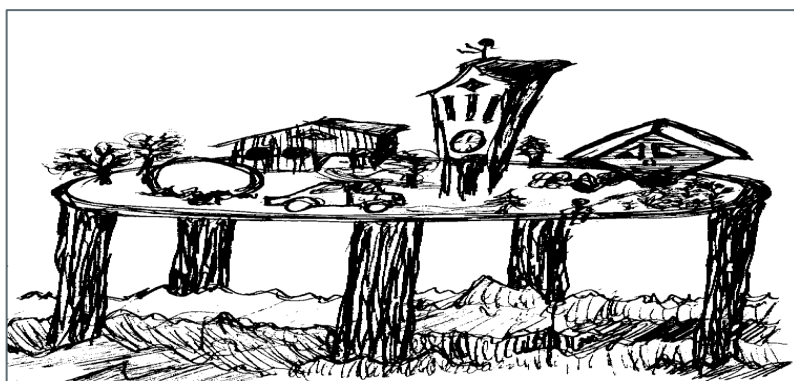
konklusjon om langtidseffekt. Det medfører at det er vanskelig å trekke entydige konklusjoner for hvorvidt mindfulness har effekt eller ikke. Det benyttes skåringsskjema (FMI) for å vurdere mindfulnesskapasitet eller egenskap hos pasienter, og man kan da se på om det er endringer etter intervensjon. Dette er sjelden benyttet som effektparameter i studier ifølge oversiktsartiklene.

Det og møte pasienten helhetlig er viktig(9), men er det andre opplevde stressfaktorer som kanskje gir ytterligere utfordringer? Livstilsendring og eventuell oppstart av mindfulness intervensjoner kan være en ekstra stressfaktor spesielt i starten. (12) Den totale belastning kan bli for stor dersom pasienten har andre stressende forhold som en må ta hensyn i tillegg. Sykemelding fra jobb kan være aktuelt i en periode spesielt dersom det er en ytterligere stressfaktor, eller at den totale påkjenning er for stor. Behandling og regulering av andre somatiske forhold er viktig for å redusere den totale stressbelastningen hos pasienten. Luftveisstøtte ved søvnapne (cpap, bipap), regulering av blodsukker (diabetes), smertelindring ved smertetilstand, antiinflammatorisk behandling dersom det er nødvendig, redusere blodtrykk. Med utgangspunkt i en helhetlig tilnærming så kan det det være aktuelt å koble inn ulike fagpersoner som gastromedisiner, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, endokrinolog, lungespesialist, psykolog, sosionom eller NAV. Dette er da avhengig av hvilke utfordringer og hvilke andre tilstander/sykdommer pasienten sliter med. Helhetlig tilnærming med utgangspunkt i overvektige pasienters funksjon så kan den bedres uten fokus på vektreduksjon. Med at man bidrar til å forbedre for eksempel sosiale forhold, som arbeid ved arbeidsløshet. Vi må også ha fokus på somatiske forhold som søvnapne og hvordan det kan virke negativt inn på pasienten. Pasienten er trøtt og sliten hele dagen og har problemer med å gjennomføre daglige gjøremål som arbeid og andre nødvendige gjøremål. Noe som øker risiko for depresjon. Det kan igjen medføre trøstespising, og en ond sirkel er igang. Det kan være slik at vektreduksjon kan være det som bedrer pasientens funksjon, og dersom andre tiltak ikke har hatt effekt så kan kirurgi være løsningen.

Tidlig i prosessen av dette studiet syntes jeg at de grunnleggende holdningene som mindfulness baserer sin terapi på virket naive. Hvordan passer det inn i den vestlige kulturen og med det samfunnet som vi lever i? Hvor det stimuleres til økt forbruk og samtidig fokus på det perfekte. Kroppsfiksering og fokus på ytre verdier, mens mindfulness har fokus på verdier og adferd som er forskjellig, aksept. Vil ikke det kunne medføre utfordringer i møte med virkeligheten, hvor overvektige kan bli stigmatisert og diskriminert? Derfor er det viktig at vi som arbeider med overvektige (eller andre sårbare pasientgrupper) også erkjenner de utfordringer de møter i samfunnet. Samtidig som vi av helsemessige årsaker skal være med

på å bidra til vektreduksjon.

Jeg har reflektert over at overvektige kan sees på som et symbol på vårt overforbrukssamfunn generelt. Vi kjøper og inntar mer enn vi trenger, og dersom vi ikke kvitter oss med noe av det gamle så blir det overfylt. I hus eller kropp, hos overvektige og hos samlere er det bare så synlig. Dersom du derimot på en eller annen måte kvitter deg med overskuddet eller de gamle tingene, så er dette forbruket ikke synlig. Gjennom mindfulness praksis kan vi bli mere bevisst på om vi ønsker og være med på denne karusellen. Samtidig som vi lærer oss å forholde oss til realiteten i det samfunnet vi lever i uten å være naive. En slik bevissthet kan være nyttig både for den overvektige og for oss som helsepersonell. For behandlere kan det være med på og møte pasientene på en god måte.



Figur 2 Tanker-Følelser-Adferd

Vi kan og se det slik at vi alle mennesker søker velbehag og glede, eller å unngå ubehag eller sorg og det er intensjonen med våre adferd. Hvordan vi gjør det baseres på våre egne søyler : verdier, tanker, holdninger og kunnskap. Intensjonen er selve plattformen og alt vi har oppå den er vår adferd.

Hilken intensjon har din adferd som er så uheldig for deg. Hvorfor har du slike tanker som er så plagsomme og til hinder for et bedre liv for deg selv. Har du en sorg du bærer på og gjerne vil døyye.

Mindfulness holdninger generelt kan være gode å bygge på når man starter opp med terapi og livstilsintervensjoner for denne pasientgruppen. Overvektige møter allerede stigmatisering i samfunnet som medfører både sosiale og psykiske utfordringer i tillegg til somatiske og fysiske utfordringer.

1. Aksept av nårværende tilstand uavhengig av ideal.
2. Være i kontakt med opplevelsen man har uansett.
3. Medfølelse, oppmerksom uten å dømme.

Utvelgelses prosessen av litteratur påvirkes av kunnskapsnivået om temaet, det kan være en svakhet. Det var utfordrende å finne faglitteratur om mindfulness, selvom de finnes mye selvhjelps litteratur på markedet. Jeg har basert teorien om mindfulness og mindfulness terapi på 4 bøker, hvorav oppmerksomhetstrening av Gran, Lie og Kroese ga et oversiktlig innblikk i mindfulness og mindfulness brukt i terapeutisk sammenheng. Det kan medføre at bøker og artikler som er relevante har blitt utelukket. Jeg har utelatt å ta med litteratur skrevet av Dailai Lama, selv om disse kan gi en dypere forståelse av bakrunnen for

deres livsfilosofi, tankesett og meditasjonsmetoder. Valg av andre/flere søkeord kunne gitt flere artikler. Snowball sampling ut fra originalartiklene og oversiktsartiklene som er inkludert i oppgaven ville gitt flere artikler. Oversiktsartiklene har ikke de samme forfatterne, noe som kan være en styrke. Dette kan bidra til at vinklingen på temaet er ulikt, og man får et bredere perspektiv. Det har vært vanskelig å samle informasjonen og å sammenligne studiene. Jeg kunne ha avgrenset oppgaven og bare fokusert på for eksempel ACT, noe som kunne bidratt til større dybde forståelse i forhold til den tilnærmingen. Samtidig så ville jeg da ikke sett utfordringene og mulighetene for tilpassing til ulike innfallmuligheter for overvektige pasienter.

Oppsummering/Konklusjon

Overvekt er et alvorlig helseproblem, og det gis nå tilbud til de med sykkelig overvekt i det offentlige helsevesenet. Utfordringen er at de fleste legger på seg etter ulike intervensjoner. I de studiene og artiklene jeg har gjennomgått kan man ikke konkludere med at slik intervensjon har langtidseffekt, det på grunn av for kort tids oppfølging etter studiene. Ut fra de forløpige resultatene så ser det ut til at slik intervensjon kan virke over tid. Det kan være at det bør tilpasses ulike utfordringer. Det kan for eksempel gjelde for overvektige hvor diagnosekriteriene for spiseforstyrrelse er oppfylt.

Gjennom mindfulness trening, oppmerksomhet og fokus på sin egen adferd, sine tanker og følelser (slik som ved kognitiv terapi) så vil man kunne bli mere bevisst uheldige spisemønster og årsaken til disse. Det at pasientene baserer endringene på egne verdier slik som i ACT, vil kunne være bidragsgivende til at endringene blir varige. I motsetning til adferdsterapi oppøves aksept på sine følelser, tanker og handlinger. I tillegg oppøves aksept av ubehagelige tilstander når det er nødvendig for å få til endringene i sitt liv.

Jeg anser at mindfulness kan være positivt bidrag til å bedre helsetilstanden til overvektige pasienter. Det kan være et bidrag i forhold til vektreduksjon, og for å stanse ytterligere vektøppgang. I tillegg kan andre helsemessige forhold bedres slik at den overvektige pasienten får bedre livskvalitet. Samtidig vil mindfulness kunne være viktig i

vektreduksjonsprosessen, for å bli bevisst de endringene som skjer underveis. Både i forhold til seg selv og i forhold til menneskene rundt seg.

Dersom det ikke er igangsatt studier som inkluderer mindfulness i forhold til pasienter med sykkelig overvekt er det absolutt en mulighet for å få det til. Det finnes kompetanse på universitetet og sykehuset for bruk av mindfulness (instuktører) og kognitiv terapi. Det finnes kompetanse om overvekt ved kompetansesentret for overvekt. For å få til en helhetlig tilnærming bør det være et samarbeid på tvers av fagfelt og avdelinger, hvor man i forkant av eventuell intervensjons oppstart ser på hva som skal vurderes, eller måles. Samtidig så tenker jeg at det vil være en prosess hvor pasientenes bidrag er viktige i forhold til livstilsendring.

Litteratur

1. WHO The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response - ISBN 978 92 890 1409 0 (ebook)
2. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme hos voksne (oppdatert 23.02.2011) – faktaark
3. Kirsti Malterud, Kjerst Ulriksen, Int J Qualitative Stud Helt Wellbeing 2011, 6: Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis ...
4. Rapport om utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten
<http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2008/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201%2011%20%2007.pdf>
5. Primærhelsetjenesten Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
6. Jørgen Storbakken. Nordiska Høgskolan for folkhelsovetenskap. Leger som folkehelsearbeidere , praksisendring mot et helsefremmende perspektiv.
7. Laura Epstein and Jane Odge, British Journal of GP 2005; 750-754A qualitativ study of Gps views of treating obesity
8. Liv Tveidt Wahlseth, Eirik Abildsnes, Edvin Schei, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011, 29; 99-103 Patients experiences with lifestyle counselling in general practice;
9. Geir Arild Espenes og Geir Smedslund Helsepsykologi ISBN:9788205390751
10. Psychological interventions for overweight or obesity (Shaw, K.A. O'Rourke, P. Del Mar, C. Kenardy, J. 2009) Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD003818.
11. Med kroppen i hodet – Grethe Støa Birketvedt ISBN 978-82-8188-026-9

12. Jon Kabat Zinn, Lev med livets katastrofer, utgitt Viborg 2014, ISBN 978-87-7706-999-4
13. Jon Kabat Zinn, Mindfulness for begynnere, utgitt Arne Forberg 2012, ISBN 978-82-8220-060-8
14. Svein Gran, Kåre A.Lie, Andries Kroese : Oppmerksomhetstrening, utgitt Gyldendal Norsk Forlag AS 2011, ISBN 978-82-05-41573-7
15. Åsa Nilsson: Mindfulness, Gyldendal Norsk Forlag AS 2010, ISBN 978-82-05-39859-7
16. Rebekka Th. Egeland, Mindfulness i hverdagen, Pantagruel Forlag 2010, ISBN 978-82-7900-674-9
17. Mindfulness i et ACT perspektiv
- 18 .The role of MBI in the treatment of obesity and eating disorders, Godsey, 2013
Complementary Therapies in Medicine (2013) **21**, 430—439
19. **Mindfulness**-based interventions for **obesity**-related eating behaviours: a literature review. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. *Obes Rev.* 2014 Jun;15(6):453-61. doi: 10.1111/obr.12156. Epub 2014 Mar 18. Review.
20. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss, Katterman, Kleinman, Hood, Nackers, Corsica, 2014, *Eating Behaviors* 15 (2014) 197–204
21. A new look at the science of weight control : How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self regulation, Forman EM, Butryn ML. *Appetite.* 2014 Oct 16;84C:171-180. doi: 10.1016/j.appet.2014.10.004. [Epub ahead of print] Review.
22. An Acceptance-Based Behavioral Intervention for weight loss, Niemeier, Leahey, Reed, Brown, Wing, 2012, *Behavior therapy* 43, 427-435
23. Dealing with problematic eating behavior. The effects of a MBI on eating behavior, food cravings, dichotomous thinking body image concern. Alberts, Thewissen, Raes *Appetite* 58 (2012) 847–851

24. An Open Trial of an ABBI for Weight Loss, Foreman, Butryn, Hoffman, Herbert, 2009
25. Teaching Acceptance and Mindfulness to Improve the Lives of the Obese: A Preliminary Test of a Theoretical Model, Lillis, Hayes, Bunting, Masuda, 2009, *ann. behav. med.* (2009) 37:58–69
26. Development of a novel MCBT for stress-eating: A comparative pilot study, Corsica J, Hood MM, Katterman S, Kleinman B, Ivan I. *Eat Behav.* 2014 Aug 21;15(4):694-699. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.002.
27. Pilot study: MEAL: Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a MBI for people with obesity, Dalen, Smithb, Shelleyb, Sloanb, Leahighb, Begayb, 2010, *Complementary Therapies in Medicine* (2010) 18, 260—264
28. A Mindful Eating Group Intervention for Obese Women: A Mixed Methods Feasibility Study, Kidd , Heifner Graor, Murrock, 2013
30. Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females, Ouwens MA, Schiffer AA, Visser LI, Raeijmaekers NJ, Nyklíček I. *Appetite.* 2014 Dec 3;87C:62-67. doi: 10.1016/j.appet.2014.11.030.
29. Exploratory RCT of a MB weight loss intervention for women Tapper, Shaw, Ilsley, Hill, Bond, Moore, 2008, *Appetite* 52 (2009) 396–404
31. Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior, Jordan, Wang, Donatoni, Meier, 2014, *Personality and Individual Differences* 68 (2014) 107–111
32. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. Lillis J, Kendra KE. *J Contextual Behav Sci.* 2014 Jan;3(1):1-7.