



Psykologtidsskriftet

ORIGINALARTIKKEL

Behandlingsmodell med kognitiv atferdsterapi ved overspisingslidelse og fedme hos voksne: en pilotstudie

Jan Egil Hopsø¹, Åsne Ask Hyldmo ², Olga Veia² & Miriam K. Gustafsson ^{3,4}

¹ Poliklinikk for spiseforstyrrelser, Nidelv DPS Tiller, St. Olavs Hospital

² Fedmepoliklinikken, Kirurgisk klinikk, St. Olavs Hospital

³ ALIS og SamLIS Midt, Trondheim kommune

⁴ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Publisert: 17.12.2025

Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

KONTAKT: jan.egil.hopso@stolav.no

Abstract



Treatment model with cognitive behavioural therapy for binge eating disorder in adults with obesity: A pilot study

Background and Aim: Binge-eating disorder (BED) is among the most common eating disorders, its prevalence increasing with degree of obesity. In Norway, treatment options for this group are limited. This project aimed to test a comprehensive treatment model that includes cognitive behavioural therapy for eating disorders (CBT-E) for BED and obesity. The current study explores the clinical utility of the model.

Method and Results: Adults with obesity and suspected BED were referred from The Obesity Clinic at St. Olavs Hospital psychiatric outpatient clinic, where they were assessed for inclusion in cognitive behavioral therapy (CBT-E). Self-report questionnaires were completed before and after treatment. Finally, an interdisciplinary meeting was held with both parties, the patient and the GP. Clinical utility was assessed through changes in general eating disorder symptoms, binge eating, body mass index (BMI), and mental well-being before and after psychological treatment, as well as dropout rates. Six of the 30 patients included in the study (20%) dropped out. Significant improvements were observed in eating disorder symptoms and binge eating, but not in quality of life. BMI remained unchanged.

Conclusion: Despite a small sample size and the absence of a control group, the study demonstrates the clinical utility of offering a comprehensive treatment model integrated with specific psychological treatment using CBT-E for patients with BED and obesity.

Keywords: eating disorders, pilot study, binge eating disorder, obesity, cognitive behavioural therapy

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder; BED) er en av de vanligste spiseforstyrrelsene, og forekomsten stiger ved økende grad av overvekt. I Norge er behandlingstilbudene for pasientgruppen begrenset. Prosjektet hadde som mål å prøve ut en helhetlig behandlingsmodell som inkluderer kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S) ved BED og fedme. Studien undersøker den kliniske nytteverdien av modellen.

Metode og resultater: Voksne pasienter med fedme og mistenkt BED ble henvist fra Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital til en spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser, og vurdert for inklusjon til behandling. Selvrapporteringsskjemaer ble fylt ut før og etter behandling med KAT-S. Avslutningsvis ble det avholdt et tverrfaglig samarbeidsmøte med begge instanser, pasient og fastlege. Klinisk nytteverdi ble målt som endringer i generelle spiseforstyrrelsessymptomer, overspising, kroppsmasseindeks (KMI) og psykisk velvære før og etter psykologisk behandling, samt frafallsprosent. Av de 30 inkluderte pasientene falt seks fra (20 %). Signifikante endringer ble funnet for spiseforstyrrelsessymptomer og overspising, men ikke for psykisk velvære. KMI var uendret.

Konklusjon: Til tross for et lite utvalg og mangel på kontrollgruppe viser studien klinisk nytteverdi av å tilby en helhetlig behandlingsmodell integrert med en spesifikk psykologisk behandling som KAT-S for pasienter med BED og fedme.

Nøkkelord: spiseforstyrrelser, pilotstudie, overspisingslidelse, fedme, kognitiv atferdsterapi

Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder; BED) er en av de vanligste spiseforstyrrelsene (SF), og prevalensen stiger ved økt kroppsmasseindeks (KMI) (Udo & Grilo, 2018). Bortsett fra en studie av videregående elever (Dahlgren et al., 2023) finnes så vidt vi vet, ingen nyere norske prevalensstudier av voksenbefolkningen. Internasjonale estimater viser en livstidsprevalens på 0.6–1.8 % for kvinner og 0.3–0.7 % for menn (Keski-Rahkonen, 2021). BED er ikke egen diagnose i diagnosekodeverket ICD-10 (International Classification of Diseases), men blir introdusert som diagnosekategori i Norge med innføringen av ICD-11 (Helsedirektoratet, 2024). I DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) defineres BED ved gjentatte episoder med inntak av store mengder mat på kort tid, ledsaget av tap av kontroll og fravær av kompenserende atferd (American Psychiatric Association, 2013).



Lidelsen forekommer ofte sammen med fedme, som øker risikoen for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdom og enkelte kreftformer (Udo & Grilo, 2019; World Health Organization, 2024). BED er også assosiert med psykososiale problemer som redusert livskvalitet og forhøyet stressnivå (Agh et al., 2016) samt psykiske lidelser (Udo & Grilo, 2019). I nevnte studie av Udo og Grilo (2019) oppfylte 93.8 % av pasientene med BED kriterier for minst én psykisk lidelse i løpet av livet, herunder stemningslidelser, angstlidelser, ruslidelser og personlighetsforstyrrelser. I tillegg er BED knyttet til økte helsetjenestebehov og samfunnsøkonomiske kostnader, siden lidelsen ofte opptrer sammen med overvekt og fedme (Agh et al., 2016; Streatfeild et al., 2021). Helsedirektoratet anbefaler psykoterapi rettet mot BED, men ingen spesifikk behandlingsmodell, samt selvhjelp (Helsedirektoratet, 2017). Internasjonalt er behandlingsmodellen kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S) ofte anbefalt (Crone et al., 2023; Fairburn, 2008; Hilbert et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020). Studier har vist at KAT-S har god effekt ved BED (Hilbert et al., 2019), men behandlingen har i liten grad ført til vektnedgang (Grilo et al., 2011). Det pågår en faglig diskusjon om hvorvidt restriktiv spising (*dietary restraint*) og vektnedgang bør inngå i behandlingen av pasienter med samtidig BED og fedme (Balantekin & Hayes, 2025).

Til tross for at BED er assosiert med somatiske, psykososiale og psykiske problemer, er det fortsatt begrenset tilgang på psykologisk behandling i Norge (Helmikstøl, 2021). Brukerorganisasjoner som Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) peker også på manglende tilbud for personer med BED. Det står i kontrast til de etablerte behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten for anoreksi og bulimi. (Helsedirektoratet, 2015).

Prosjektets overordnede mål var å prøve ut en helhetlig behandlingsmodell for pasienter som hadde samtidig fedme og BED. Modellen inkluderte tverrfaglig samarbeid mellom somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten, kombinert med psykologisk behandling rettet mot BED.

Hovedformålet med pilotstudien var å undersøke den kliniske nytteverdien av behandlingsmodellen målt som endringer av generelle SF-symptomer, overspising, KMI og psykisk velvære før og etter psykologisk behandling med KAT-S, samt frafallsprosent.

Metode

Design

Studien er en åpen pilot uten kontrollgruppe med kartlegging før (pre) og etter (post) behandling.

Deltakere og rekruttering

Deltakere til studien ble rekruttert fra Fedmepoliklinikken ved Kirurgisk klinikk, St. Olavs Hospital i perioden september 2019 til september 2022. Ved mistanke om BED ble pasienter som ønsket det, henvist til Poliklinikk for spiseforstyrrelser ved Nidelv DPS, St. Olavs Hospital for utredning og vurdering av inklusjon i studien. Inklusjonskriterier: fedme ($KMI \geq 30$), BED, forstår og snakker norsk, alder 18–50 år. Eksklusjonskriterier: graviditet, pasienten avviser veiing i behandlingen, pasienten avviser nødvendige somatiske undersøkelser, aktivt misbruk av alkohol eller narkotiske stoffer, andre somatiske/fysiske, ytre eller psykologiske forhold eller tilstander som gjør det vanskelig å følge opp behandling. BED-diagnosen ble stilt på bakgrunn av klinisk intervju med vurdering opp mot kriterier for BED i DSM-5. Kriterier for BED i DSM-5 er oppgitt i Supplement (PDF). KAT-S for BED ble gjennomført ved et DPS for å undersøke klinisk nytteverdi i en realistisk kontekst. Pasienter ved DPS har ofte komorbiditet, men vårt fokus var å vurdere KAT-S i møte med den aktuelle pasientpopulasjonen. Det ble derfor ikke gjort en strukturert kartlegging av komorbide psykiske lidelser, og det foreligger heller ikke data på hvor mange som tidligere hadde mottatt behandling for det. Bruk av medikamentell behandling for fedme ble ikke kartlagt, siden det ved prosjektstart var lite utbredt. Basert på tidligere pilotstudier valgte vi å inkludere 30 pasienter som fikk behandling for BED (Allison et al., 2010; Stice et al., 2000; Zandberg & Wilson, 2013). For å oppnå inklusjonsmålet ble til sammen 49 pasienter henvist fra Fedmepoliklinikken til Poliklinikk for spiseforstyrrelser med

tanke på vurdering for inklusjon. Nitten pasienter (38.8 %) ble ekskludert eller ønsket ikke å delta. Årsakene til frafallet ble ikke systematisk kartlagt.



Behandlingsintervensjonen

KAT-S ble benyttet som psykologisk behandlingsintervensjon (Fairburn, 2008), og ble utført i et individuelt format. I samsvar med NICE-retningslinjen kunne behandlingen variere fra 16 til 20 timer (NICE, 2020). To psykologspesialister og en spesialist i psykiatri gjennomførte utredning og behandling. Alle hadde opplæring i bruk av KAT-S-manualen. Ved endt psykologisk behandling hadde pasienten, pasientens fastlege, behandler ved Fedmepoliklinikken og terapeuten ved Nidelv DPS et samarbeidsmøte. Der ble det gjort en klinisk evaluering av det psykologiske behandlingsforløpet og vurdering av behov for videre oppfølging.

Målevariabler og prosedyre

Pasientene fylte ut ulike selvrapporteringsskjema før og etter KAT-S-behandlingen. Skjemaene ble besvart hjemme via tilsendt SMS-lenke på telefon. Somatiske mål ble planlagt innhentet før oppstart og ved avslutning. Kroppsmasseindeks (KMI) ble beregnet ut fra vekt, målt på DPS ved oppstart og avslutning av behandling, og høyde (kg/m^2). Demografiske data ble innhentet fra journal.

Frafall

I studien ble deltakere som avsluttet behandlingen på eget initiativ etter å ha deltatt på minst en poliklinisk behandlingstime etter inklusjon, definert som «drop-outs». Dersom $< 50\%$ av deltakerne avslutter behandlingen, vurderes behandlingsmodellen å ha nytteverdi (Fassino et al., 2009).

Instrumenter

Følgende endringsmål fra selvrapporteringsskjemaer ble brukt:

Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 (EDE-Q 6.0) (Fairburn & Beglin, 2008) er et selvrapporteringsinstrument som kartlegger atferdssymptomer og kognitive symptomer på SF i løpet av de siste fire ukene. Det anbefales å bruke dette ved utredning av SF (Helsedirektoratet, 2017). Rø et al. har brukt norske data og beregnet cut-off-skår for de med $\text{KMI} \geq 30$ til 3.26 (Rø et al., 2015). I denne artikkelen presenteres endringsmål fra EDE-Q 6.0 Global, som er basert på fire subskalaer:

restriksjon, bekymring for spising, bekymring for figur og bekymring for vekt (Fairburn & Beglin, 2008). I tillegg presenterer vi endringer i antall overspisingsepisoder pre/post.



Binge Eating Scale (BES) kartlegger alvorlighetsgraden av overspising blant overvektige. Skjemaet har 16 spørsmål om overspisingsatferd og følelser/kognisjoner (Gormally et al., 1982). Totalskår kategoriseres slik: ingen til minimal overspising 0–17, moderat overspising 18–26 og alvorlig overspising 27–46.

5-item WHO Well-Being Index (WHO-5) er et spørreskjema som kartlegger subjektivt psykisk velvære (Topp et al., 2015). Skjemaet består av fem positivt ladede spørsmål knyttet til de to siste ukene, og som skåres fra 0 (aldri) til 5 (hele tiden). Ved å gange med fire gjøres totalsummen om til prosent. I en dansk populasjonsstudie er gjennomsnittlig skår rundt 70 (Bech et al., 2003). Ved screening for depresjon brukes en WHO-5-skår på ≤ 50 som grenseverdi (Topp et al., 2015).

Etiske forhold

Skriftlig samtykke til deltakelse og til at datamateriale fra studien kan benyttes i aidentifisert form, ble innhentet fra pasientene ved inklusjon. Identifiserbart materiale med koblingsnøkkel til aidentifisert data ble lagret på sikkert lagringsområde i henhold til prosedyrer ved St. Olavs Hospital. Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst, referansenummer: 32332.

Statistiske analyser

Vi estimerte endringen fra pre- til postmåling ved hjelp av en lineær blandet effektmodell, med én utfallsvariabel om gangen som avhengig variabel, tid (post pre) som kovariat og pasient som tilfeldig effekt. Med blandet effektmodell inkluderes data fra alle individene i beregningene, også de som mangler data på ett eller flere tidspunkt (Lydersen, 2022). Normalfordelingen av residualene ble bekreftet ved visuell vurdering av QQ-plott. SPSS versjon 29.0.1.0 ble benyttet.

Resultater



Demografiske data

Demografiske data for populasjonen som ble inkludert til behandling, kommer frem av tabell 1.

Gjennomsnittlig alder var 33.6 ± 8 , det var 27 (90 %) kvinner og tre (10 %) menn. Tre pasienter (10 %) hadde mottatt behandling for SF tidligere.

Tabell 1

Demografiske data for populasjonen ved inklusjon

	Total (N = 30)
Alder (år)	33.6 ± 8.0
Kjønn	
Mann	3 (10.0)
Kvinne	27 (90.0)
Sivil status	
Gift/samboer	17 (56.7)
Bor alene	9 (30.0)
Bor med barn	12 (40.0)
Utdanningsnivå*	
Grunnskole	2 (6.7)
Grunnskole + VGS	10 (33.3)
Bachelor og tilsvarende	8 (26.7)
Master / høyere utdanning	6 (20.0)
Jobb	
Ansatt/egenforetak	24 (80.0)
Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger – 100 %	6 (20.0)
Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger – under 100 %	2 (6.7)
Sykemeldt	5 (16.7)
Arbeidsledig	4 (13.3)
Student	2 (6.7)
Røyker*	1 (3.3)
Selvrapportert varighet på SF**	
Under 1 år	0 (0.0)
1–3 år	1 (3.3)

	Total (<i>N</i> = 30)
3–5 år	2 (6.7)
Over 5 år	25 (83.3)
Tidligere behandling SF	3 (10.0)
Psykofarmaka	9 (30.0)

Merknad. Kontinuerlig variabel er oppgitt i gjennomsnitt (*M*) ± standardavvik (*SD*). Kategoriske variabler er oppgitt i antall (*n*) og prosent (%).

*Mangler opplysninger fra fire pasienter.

**Mangler opplysninger fra to pasienter.

Gjennomføring av KAT-S og frafall

Seks av de 30 pasientene som ble inkludert, falt fra før fullført behandling, noe som gir en frafallsrate på 20 %. Fire av de som falt fra, uttrykte manglende tiltro til at behandlingen kunne hjelpe dem, mens to falt fra av andre årsaker.

For de 24 gjenstående pasientene var gjennomsnittlig antall behandlingstimer 18. Det ble unntaksvis gjort tilpasninger med noe avvik fra manualen, for eksempel grunnet komorbiditet.

Etter endt BED-behandling fortsatte fire pasienter i psykologisk behandling. Nevropsykologiske utfordringer, stemningslidelse og personlighetsproblematikk var problemstillinger som bidro til anbefaling om videre oppfølging.

Endring i symptomer og KMI

Endringer pre/postregistrert ved selvrapporteringsskjemaer fremgår av tabell 2. Det var en statistisk signifikant reduksjon i symptomer på SF målt med EDE-Q Global. Signifikant reduksjon ble også funnet for grad av overspising målt med BES, samt for antall overspisingsepisoder med og uten tap av kontroll og for overspisingsdager med kontrolltap. Endringen i subjektivt psykisk velvære målt med WHO-5 var ikke signifikant. Gjennomsnittlig KMI ved oppstart var 43.3 (*SD* 5.8, *n* = 30), laveste 30.0 og høyeste 55.4. Det var tilnærmet ingen endring i KMI ved avslutning (44.1 (*SD* 5.5, *n* = 24)).

Tabell 2

Generelle SF-symptomer, grad av overspising og psykisk velvære før og etter behandling



	Før			Etter			Endring		
	N	M	SD	N	M	SD	Estimat	P-verdi	95 % KI
EDE-Q 6.0 Global	30	3.7	0.8	23	2.5	1.1	-1.1	<.001	-1.5 til 0.8
BES	30	32.6	5.5	23	16.4	6.7	-15.8	<.001	-18.5 til 13.1
Overspisings-episoder*	29	18.4	9.5	22	3.9	4.0	-14.5	<.001	-18.0 til -10.9
Overspisings-episoder m/kontrolltap**	28	13.6	9.5	22	2.5	3.1	-10.9	<.001	-14.5 til -7.3
Overspisings-dager m/kontrolltap***	28	13.3	8.8	22	3.5	4.9	-9.7	<.001	-13.1 til -6.2
WHO-5	28	8.6	3.9	23	10.8	5.0	2.1	.030	0.2 til 4.0

Merknad. Endringsestimatet er basert på analyser ved hjelp av en lineær blandet effektmodell. Forkortelser: M = gjennomsnitt;

SD = standardavvik; n = antall; EDE-Q 6.0 = Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0; BES = Binge Eating Scale;

WHO-5 = 5-item World Health Organization Well-Being Index.

*Spørsmål 13 på EDE-Q. Antall episoder med overspising siste 28 dager.

**Spørsmål 14 på EDE-Q. Antall episoder med overspising og opplevd kontrolltap siste 28 dager.

***Spørsmål 15 på EDE-Q. Antall dager med overspising og opplevd kontrolltap siste 28 dager.

Diskusjon

Så langt vi kjenner til, presenterer vi den første pilotstudien i Norge som har undersøkt bruk og klinisk nytteverdi av KAT-S i spesialisthelsetjenesten som del av en helhetlig behandlingsmodell for BED. Av 30 inkluderte pasienter fullførte 24 (80 %) behandlingen. Bortsett fra selvrapportert psykisk velvære var det en signifikant reduksjon av generelle SF-symptomer og rapportert overspising pre/post den psykologiske behandlingen. KMI var uendret.

Frafallsrate på tvers av psykiatriske diagnoser ligger typisk på 20–30 % (Carpallo-González et al., 2023). For pasienter med spiseforstyrrelser fant Linardon et al. en frafallsrate på 24 % på tvers av ulike SF-diagnoser (Linardon et al., 2018), mens en spansk studie som sammenlignet BED og BN fant en frafallsprosent på over 30 % for pasienter med BED sammenlignet med 15 % for de med BN (Agüera et al., 2013). I vår studie fant vi et frafall på 20 %, noe som er lavere enn det Agüera et al. fant i sin studie. Det er uvisst hva den lave frafallsprosenten skyldes. Vi tenker imidlertid at

god informasjon om at behandlingen ikke ville fokusere på vektnedgang, var viktig. I den spanske studien diskuterte forfatterne om behandlingens fraværende fokus på vektnedgang og mangel på vektreduksjon hadde innvirkning på frafallsraten (Agüera et al., 2013).



Reduksjon av SF-symptomer, inkludert overspisingsfrekvens, samsvarer med forskningen som er gjort på psykoterapi for BED (Hilbert et al., 2019). KAT-S for BED er en vektneøytral behandling med fokus på symptomkontroll og vektstabilisering fremfor vektreduksjon, og en uendret KMI er forventet. Slanking og restriksjoner anses som mulige triggere for tilbakefall, og det anbefales å gi psykologisk behandling før en vurderer en eventuell vektnedgang (Berkman et al., 2015; Fairburn, 2008). Som beskrevet i innledningen er det en pågående diskusjon rundt temaet, og enkelte studier utfordrer synet på restriktiv spising som en trigger for overspising ved BED (Balantekin & Hayes, 2025; Giel et al., 2022; Grilo & Pittman, 2024). Forskning på glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) blir også relevant i denne sammenhengen. Hormonet er involvert i regulering av glukosekonsentrasjonen i blodet, og studier indikerer lovende resultater på reduksjon av overspising og fedme (Chao et al., 2019; Richards et al., 2023). Imidlertid trengs det mer forskning på temaet (Balantekin et al., 2024). Det er fortsatt usikkert hva som er optimal behandling for pasienter med BED og fedme (Giel et al., 2022).

Uendret KMI kan ha sammenheng med økt grad av kontroll over spising, med tilhørende vektstabilisering. Å forhindre forverring av fedme vil være hensiktsmessig tatt i betraktning de helserelaterte problemene som er assosiert med fedme og BED (Udo & Grilo, 2019). Hensikten med det tverrfaglige samarbeidsmøtet etter endt behandling var å gjøre opp status og evaluere sammen med pasienten. Målet var å vurdere om det var oppnådd tilstrekkelig kontroll over spisingen og symptomene, og om et kontrollert fokus på vektreduksjon var aktuelt for de som ønsket det eller hadde behov for det. Tiltak som livsstilsendring og medikamentell eller kirurgisk behandling av fedme kunne drøftes i møtet. Vi har ingen systematisk oversikt over pasientenes videre forløp. Dette ville vært interessant å undersøke i fremtidige studier, også om de pasientene som har fått behandling for BED, får redusert behov for psykologisk eller somatisk helsehjelp i fremtiden.

I studien var kun tre (10 %) pasienter menn. Forekomststudier indikerer jevnere kjønnsfordeling ved BED enn ved AN og BN (Udo & Grilo, 2018). Vi vet ikke om den lave prosentandelen menn gjenspeiler antakelsen om at menn med spiseforstyrrelse generelt ikke blir fanget opp av helsevesenet (Rø, 2020), eller at menn med BED er signifikant mindre hjelpesøkende

enn kvinner (Keski-Rahkonen, 2021). I fremtidig forskning blir det viktig å drøfte hvordan en skal klare å fange opp menn.



Ved inklusjon rapporterte pasientene lavt psykisk velvære (WHO-5). Som vist i tidligere studier har pasienter med BED generelt redusert livskvalitet sammenlignet med personer uten spiseforstyrrelser (Agh et al., 2016). Endringene på WHO-5 pre/post var ikke signifikante. Det er sannsynlig at både BED og fedme påvirker psykisk velvære og livskvalitet, også i vår studie, der KMI var høy og uendret ($KMI > 40$ = fedme grad III). Tidligere funn viser sammenheng mellom økende fedmegrad og redusert livskvalitet (Stephenson et al., 2021).

Da dette er en pilotstudie, har den sine begrensninger. Vi har ingen kontrollgruppe, noe som gjør at vi ikke uten videre kan anta at endringene pre/post skyldes behandlingen. For å kunne vite mer om effekten av selve behandlingen vil det i fremtidige prosjekter kreves en randomisert kontrollert studie (RCT).

Vi har ikke systematisk oversikt over de 19 pasientene som ikke ble inkludert. Vi vet at flere av disse ikke oppfylte inklusjonskriteriene, blant annet manglende oppfyllelse av diagnosekriteriene for BED eller de ble ekskludert i henhold til kriterier for eksklusjon. I fremtidige prosjekter kan det være fordelaktig å systematisere slik informasjon på en bedre måte.

Konklusjon

Resultatene, både når det gjelder frafall og symptomreduksjon, tyder på at det kan ha verdi å tilby pasienter med BED en behandlingsmodell som inkluderer psykologisk behandling med KAT-S i spesialisthelsetjenesten. Vi håper studien kan gi grobunn for videre prosjekter og forskning som på sikt kan styrke det offentlige behandlingstilbudet til pasientgruppen.

Takksigelse

Stian Lydersen, professor i medisinsk statistikk, bidro til gjennomføringen av analysene med en lineær blandet effektmodell.

Referanser



- Ágh, T., Kovacs, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Voko, Z. & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s405190160264-x>
- Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Islam, M. A., Granero, R., Vicente, E., Peñas-Lledó, E., Arcelus, J., Sánchez, I., Menchon, J. M. & Fernández-Aranda, F. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, 285. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-285>
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., Moore, R. H., O'Reardon, J. P. & Stunkard, A. J. (2010). Cognitive behavior therapy for night eating syndrome: a pilot study. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 91–106. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.1.91>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balantekin, K. N. & Hayes, J. F. (2025). Unpacking the Controversies of Weight Loss and Dietary Restraint With Binge-Eating Disorder: Commentary on Grilo and Pittman. *International Journal of Eating Disorders*, 58(2), 314–316. <https://doi.org/10.1002/eat.24342>
- Balantekin, K. N., Kretz, M. J. & Mietlicki-Baase, E. G. (2024). The emerging role of glucagon-like peptide 1 in binge eating. *Journal of Endocrinology*, 262(1). <https://doi.org/10.1530/joe-23-0405>
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M. & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 85–91. <https://doi.org/10.1002/mpr.145>
- Berkman, N. D., Brownley, K. A., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Morgan, L. C., Bann, C. M., Wallace, I. F. & Bulik, C. M. (2015). AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. *I Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder* (Rapport nr. 15(16)-EHC030-EF). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Carpallo-González, M., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C. & Cano-Vindel, A. (2023). Symptoms of emotional disorders and sociodemographic factors as moderators of dropout

- in psychological treatment: A meta-review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), 100–379. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100379>
- Chao, A. M., Wadden, T. A., Walsh, O. A., Gruber, K. A., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I. & Tronieri, J. S. (2019). Effects of Liraglutide and Behavioral Weight Loss on Food Cravings, Eating Behaviors, and Eating Disorder Psychopathology. *Obesity (Silver Spring)*, 27(12), 2005–2010. <https://doi.org/10.1002/oby.22653>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S.-H. & Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Dahlgren, C. L., Reneflot, A., Brunborg, C., Wennersberg, A. L. & Wisting, L. (2023). Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *International Journal of Eating Disorders*, 56(11), 2062–2073. <https://doi.org/10.1002/eat.24032>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). I C. G. Fairburn (Red.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (s. 309–313). Guilford Press.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-9-67>
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U. & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R. & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with



- binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675–685. <https://doi.org/10.1037/a0025049>
- Grilo, C. M. & Pittman, B. (2024). Exploring Dietary Restraint as a Mediator of Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments on Outcomes for Patients With Binge-Eating Disorder With Obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 57(12), 2475–2481. <https://doi.org/10.1002/eat.24288>
- Helmikstøl, Ø. (2021). De forsømte pasientene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 556–562. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsømte-pasientene>
- Helsedirektoratet. (2015, 2. november). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2024, 29. januar). *Norges arbeid med overgang til ICD-11*. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/norges-arbeid-med-overgang-til-icd-11>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423–437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000750>
- Linardon, J., Hindle, A. & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381–391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Lydersen, S. (2022). Analyse av longitudinelle data. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 142(5). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0740>



- National Institute for Health and Care Excellence. (2020, 16. desember). *Eating disorders: recognition and treatment*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568394/>
- Richards, J., Bang, N., Ratliff, E. L., Paszkowiak, M. A., Khorgami, Z., Khalsa, S. S. & Simmons, W. K. (2023). Successful treatment of binge eating disorder with the GLP-1 agonist semaglutide: A retrospective cohort study. *Obesity Pillars*, 7, 100 080. <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2023.100080>
- Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser – forståelse og behandling* (s. 43–52). Fagbokforlaget.
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>
- Stephenson, J., Smith, C. M., Kearns, B., Haywood, A. & Bissell, P. (2021). The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health*, 21(1), 1990. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 206–217. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200003\)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D)
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S. & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 851–868. <https://doi.org/10.1002/eat.23486>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Udo, T. & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>



- Udo, T. & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 42–50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>
- World Health Organization. (2024, 1. mars). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zandberg, L. J. & Wilson, G. T. (2013). Train-the-trainer: implementation of cognitive behavioural guided self-help for recurrent binge eating in a naturalistic setting. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 230–237. <https://doi.org/10.1002/erv.2210>

