

Kognitiv terapi som behandlingsmetod mot övervikt och fetma

- en litteraturstudie

Emilia Erkheikki

Luleå tekniska universitet

C- uppsats

Psykologi

Institutionen för Arbetsvetenskap

Avdelningen för Teknisk Psykologi

Abstract

The world health organization considers overweight and obesity to be one of the biggest global health problems in modern times. Research shows that conventional obesity treatments are insufficient because they only produce temporary weight loss in participants. Cognitive therapy has become an alternative to conventional obesity treatments. The aim of this thesis is to examine through a literature review whether cognitive therapy is efficient in the treatment of overweight and obesity in a long term perspective. The question raised was: Do participants treated with cognitive therapy for overweight and obesity succeed in maintaining their weight loss at least one year after the end of treatment? The results in three of the studies show that cognitive therapy was more efficient than other kinds of treatments. However, in two of the studies a majority of the participants in the cognitive treatment regained some of their lost weight between the 12 and the 18 month follow-ups, while in the fourth cognitive therapy turned out to be insufficient in a long term perspective.

Keywords: Overweight, obesity & cognitive therapy.

Sammanfattning

Världshälsoorganisationen klassar övervikt och fetma som ett av det största globala hälsoproblemen i modern tid. Forskning visar att den konventionella fetmabehandlingen är otillräcklig eftersom den enbart leder till tillfällig viktninskning. Kognitiv terapi har vuxit fram som ett alternativ till den konventionella fetmabehandlingen. Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturoversikt undersöka om kognitiv terapi fungerar som behandlingsmetod mot övervikt och fetma ur ett långsiktigt perspektiv. Den frågeställning som formulerades i anknytning till syftet var: Har deltagare som behandlats för övervikt och fetma med hjälp av kognitiv terapi lyckats behålla sin reducerade vikt vid uppföljning minst ett år efter avslutad behandling? Resultaten visar att kognitiv terapi i tre av studierna var mer effektiv på lång sikt i jämförelse med andra behandlingsformer. I två av studierna var det dock en majoritet av deltagarna i den kognitiva gruppen som ökade lite i vikt mellan uppföljningarna 12 och 18 månader senare, medan den fjärde studien visade att kognitiv terapi fungerade otillfredsställande på lång sikt.

Nyckelord: Övervikt, fetma & kognitiv terapi.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
Genetikens roll	1
Stress och fetma	1
Kompensatoriskt ätbeteende	2
Vanliga behandlingsmetoder mot fetma	2
Rådgivningsmetoden	2
Kirurgisk behandling.....	2
Medicinsk behandling.....	2
Olika terapiformer	3
Vad anses vara framgångsrik viktnedgång?.....	3
Syfte och frågeställning	3
TEORETISK REFERENSRAM.....	4
Kognitiv teori.....	4
Kognitiva strukturer eller scheman	4
Livsregler	4
Automatiska tankar	4
Kognitiv terapi	4
METOD	6
Litteratursökning	6
Avgränsning	6
RESULTAT	7
Studie 1: A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months of the end of treatment. A randomized controlled trial. (Stahre & Hällström, 2005)	7
Studie 2: A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with 18-month follow-up. (Stahre, Tärnell, Håkansson, & Hällström, 2007)	8
Studie 3: Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity (Werrij, Jansen, Mulkens, Elgersma, Ament, & Hospers, 2009)	9
Studie 4: Cognitive behavioural therapy for obesity: One-year follow-up in a clinical setting. (Melchionda, 2003)	10
DISKUSSION.....	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion.....	14
Framtida forskning.....	15
REFERENSER	16
BILAGA	

Inledning

Idag är hetsen kring vikt och utseende större än någonsin. Bantningsmetoder med löften om snabb viktnedgång pryder många tidningsomslag, men inte i syfte att hindra fetmans utbredning, utan för att sälja lösnummer. Debatten om fetma och bantning pågår ständigt i media och kan knappast ha undgått någon. I motsats till vad många tror är det inte bara rika länder som drabbas av fetma, utan även många länder i tredje världen. Tankarna förs många gånger till USA när det talas om fetma, men faktum är att det finns andra länder som har drabbats hårdare. Ett exempel är enligt Agerberg (2007) öriket Tonga i Söderhavet där två av tre vuxna lider av fetma, vilket är dubbelt så många i jämförelse med USA. Samtidigt som de flesta idag har kunskap om vad som är nyttigt respektive onyttigt att äta samt vilka risker fetma medför fortsätter problemet att öka (Agerberg, 2007). Världshälsoorganisationen (2000) klassar övervikt och fetma som ett av det största globala hälsoproblemen i modern tid. Enligt deras definitioner anses en individ lida av övervikt vid ett kroppsmasseindex (body mass index) på minst 25 kg/m² och fetma vid ett kroppsmasseindex på minst 30 kg/m². BMI räknas ut genom att kroppsvikt i kilogram divideras med kvadraten av kroppslängden i meter (World Health Organization, [WHO] 2010). Risken för hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och hjärtinfarkt ökar avsevärt vid fetma. Exempelvis har diabetes typ två i 90 procent av fallen direkt samband med fetma. Med fetmaepidemin följer således en epidemi av sjukdomar (Agerberg, 2007). Det är inte enbart den ökade risken för sjukdomar som gör fetma till ett allvarligt hälsoproblem, utan även den ökade risken för psykisk ohälsa. Hur kan vi förklara att så många människor äter onyttigt, trots att flertalet är medvetna om vilka hälsorisker det innebär? (Cooper & Fairburn, 2001).

Genetikens roll

En del av förklaringen till den ökade fetman kan ha att göra med vår genetiska uppsättning. Människan har en inbyggd drivkraft att äta när det finns mat tillgänglig. För våra förfäder var det avgörande för överlevnaden att äta större mängder när tillfälle gavs för att på så vis klara av perioder av svält. Idag finns mat i överflöd i stora delar av världen och denna drivkraft har ironiskt nog förvandlats till ett problem. Vår genetiska uppsättning har med andra ord inte hunnit ikapp de drastiska förändringar som vår miljö genomgått (Agerberg, 2007).

Vilken vikt en människa har beror både på hans/hennes genetiska uppsättning och den miljö han/hon lever i. Ungefär 70 procent av vikten kan hänföras till genetiken. Detta innebär dock inte att människor med en viss genetisk uppsättning utvecklar fetma oavsett livsstil, utan det handlar om en genetisk sårbarhet att drabbas av fetma. Individer som har sunda matvanor och är någorlunda fysiskt aktiva bör inte utveckla fetma trots en genetisk sårbarhet (Hwang, Lundberg, Rönnberg, & Smedler, 2007).

Stress och fetma

Enligt Stahre (2007) är det knappast en slump att både utmattningsdepression och fetma har ökat under de senaste åren. Många gånger är både utmattningsdepression och fetma symtom på andra bakomliggande problem. Hur en individ reagerar inför en situation beror på vilket förhållningssätt han/hon har. Förhållningssättet leder till att vissa känslor uppstår inom individen som i sin tur påverkar hans/hennes beteende. Människor kan med andra ord reagera helt olika på samma situation på grund av olikheter i förhållningssätt. Exempelvis kan en individ reagera på en stressframkallande situation genom att drabbas av utmattningsdepression medan en annan kan reagera på samma situation genom att förlora kontroll över sitt ätbeteende. En vanlig skillnad i behandling av båda symtomen är dock att den som drabbats av

utmattningsdepression behandlas för det bakomliggande problemet (exempelvis stress), medan den som förlorat kontroll över sitt ätande behandlas för exempelvis övervikt (Stahre, 2007).

Idag finns det även bevis för att stress kan ge upphov till fetma och i synnerhet till den skadliga bukfetman. En förklaring är att stress leder till ökad utsöndring av kortisol som stimulerar ett fettlagrande enzym. Forskare har också upptäckt att stressade individer tenderar att ha mer bukfetma. Det fungerar även på samma sätt med individer som lider av depression och ångest (Stahre, 2007).

Kompensatoriskt ätbeteende

Stahre (2007) använder begreppet kompensatoriskt ätbeteende för att beskriva situationer där ätandet blir en strategi för att bemästra olika känsloreaktioner. Ätandet används som ett sätt att döva känslor och undvika att hantera den situation som gav upphov till känsloreaktionen. Ätbeteendet fungerar som en metod för att fly undan vardagsbekymmer, för att avleda tankar av oro och ångest eller till och med för att hantera starkt positiva känslor. Detta beteende är något som för många passerar obemärkt förbi. För andra skapar det dock ett beroende som blir till ett problem när de upplever otillfredsställelse med vikten eller när vikten utgör en allvarlig hälsorisk. Dessutom skapar det många gånger ett psykiskt lidande eftersom oförmåga att kontrollera ätbeteendet i sin tur skapar ny oro och ångest. Det blir en ond cirkel som är svår att bryta (Stahre, 2007).

Vanliga behandlingsmetoder mot fetma

Rådgivningsmetoden

Den konventionella fetmabehandlingen är den så kallade rådgivningsmetoden, som innebär att individer får hjälp i form av rådgivning om kost och motion. Detta är tyvärr en behandlingsmetod som har visat sig vara högst otillräcklig. De flesta som söker hjälp är medvetna om hur de bör äta och att motion spelar en stor roll för viktning. Således är informationen i sig inte tillräcklig. Svårigheten ligger i att skapa en bestående beteendeförändring hos dessa individer. Därför har experter inom området i allt större utsträckning börjat överge rådgivningsmetoden för att istället betona behandlingar som fokuserar på beteendeförändring. Forskare menar att det är viktigt att vid behandling betona fetmans psykologiska konsekvenser (Liao, 2000).

Kirurgisk behandling

Denna behandlingsmetod är främst ett alternativ för kraftigt överviktiga människor, oftast med ett BMI på minst 40 kg/m². Efter ett kirurgiskt ingrepp förlorar patienten mycket i vikt och viktnedgången fortsätter i regel en kort tid efter ingreppet. Det har visat sig att patienter som genomgår kirurgisk behandling mot övervikt tenderar att behålla viktnedgången även på längre sikt (Cooper & Fairburn, 2001).

Medicinsk behandling

Patienter som genomgår medicinsk behandling mot övervikt förlorar vanligen omkring 5 till 10 procent av sin initiala vikt medan behandlingen pågår. Studier har dock visat att denna viktnedgång inte är bestående. Patienterna återfår i de flesta fall all vikt efter avslutad behandling. För att resultaten skall bli bestående krävs att medicineringen fortsätter på obestämd tid. Det finns dock flera risker med detta. Till exempel vet forskare för lite om vilka biverkningar som i längden kan uppstå vid medicinering mot övervikt. Det finns inte heller några studier som visar hur väl medicinering under längre perioder fungerar för att hjälpa patienter att bibehålla sin viktnedgång (Cooper & Fairburn, 2001).

Olika terapiformer

Beteendeterapi är en av de första terapiformerna som växte fram som ett alternativ till den konventionella fetmabehandlingen (Liao, 2000). Denna terapiform handlar om att individen skall finna och lära sig nya förhållningssätt som är mer funktionella i hans/hennes liv. Samma sak gäller inom den kognitiva terapin och den kognitiva beteendeterapin som också är två aktuella behandlingsmetoder mot fetma. Inom dessa terapiformer bildar terapeuten och individen ett team vars uppgift är att medvetandegöra och förändra de tankar och förhållningssätt som vidmakthåller individens problem. I samtliga tre terapiformer läggs tonvikten på individens nuvarande livssituation (Hwang et al., 2007). På frågan om vad som är skillnaden mellan kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi menar Sanders & Wills (2005) att det inte finns något enkelt eller tydligt svar. Det finns inga distinkta skillnader mellan dessa terapiformer eftersom kognitiva terapeuter använder inslag av beteendeterapi och beteendeterapeuter använder inslag av kognitiv terapi i behandlingen. Att det ändå finns två olika namn kan enligt Sanders & Wills (2005) ha en historisk förklaring. Kognitiv beteendeterapi är nämligen en sammanslagning av beteende- respektive kognitiv terapi.

Vad anses vara framgångsrik viktnedgång?

UK Royal College of Physicians refererad av Cooper & Fairburn (2001) definierar framgångsrik viktnedgång som mer än 5 % av initial kroppsvikt. De anser vidare att en viktnedgång på 10 % av initial vikt bör vara ett mål vid behandling. Enligt forskning leder denna viktnedgång till många fysiska hälsovinster som förbättrat kolesterolvärde och blodtryck och dessa hälsovinster består så länge det inte sker en viktökning. Målet med behandlingar mot övervikt och fetma bör således vara att få varje individ att minska mellan 5 till 10 % av sin initiala vikt samt att få dem att behålla denna viktnedgång på längre sikt. Detta är ett nytt synsätt i jämförelse med tidigare då målet ofta har varit, eller fortfarande är, ytterligare viktnedgång (Cooper & Fairburn, 2001).

Syfte och frågeställning

Detta examensarbete syftar till att genom en litteraturöversikt undersöka om kognitiv terapi fungerar som behandlingsmetod mot övervikt och fetma ur ett långsiktigt perspektiv.

Den frågeställning som formulerades i anknytning till syftet är:

- Har deltagare som behandlats för övervikt eller fetma med hjälp av kognitiv terapi lyckats behålla sin reducerade vikt vid uppföljning minst ett år efter avslutad behandling?

Teoretisk referensram

Kognitiv teori

Ett viktigt begrepp inom den kognitiva teorin är begreppet kognition. Ordet kognition kommer från latinets ord "cognoscere" som betyder "att kunna", "att få kunskap" (Perris, 1996). Kognitioner innefattar perception (varseblivning), fantasier, mentala bilder, verbala tankar, minnen, resonemang, problemlösning, uppmärksamhet samt begreppsbildning. Kognitioner kan sägas vara allt det som pågår i en människas hjärna. En del av dessa kognitioner pågår på ett förmedvetet plan, som till exempel mentala bilder och fantasier. Andra kognitioner är vi mer medvetna om, som till exempel verbala tankar (Kåver, 2006).

Inom den kognitiva terapin talas det om tre sorters tänkande som pågår på olika medvetandenivåer (Kåver, 2006):

Kognitiva strukturer eller scheman

Vissa kognitioner är mer varaktiga och oföränderliga än andra. Ett exempel på detta är det som kallas kognitiva strukturer eller scheman och som utgör kärnan i det kognitiva systemet. Kognitiva strukturer utgörs av all kunskap och erfarenhet en individ har om sig själv och omvärlden (Perris, 1996). Det handlar om djupt liggande sanningar och antaganden hos en individ som är svåra att medvetandegöra och verbalisera. Dessa strukturer genomsyrar hela personen och kommer att påverka hur han/hon uppfattar alla situationer som uppstår i livet. En del strukturer kan vara kulturellt betingade medan andra är personliga och unika för varje individ (Perris, 1996). Alla människor tolkar situationer mot bakgrund av sina kognitiva strukturer, vilket innebär att olika individer kan tolka samma situation på helt olika sätt (Kåver, 2006). Människor är med andra ord inte passiva varelser som enbart registrerar händelser, utan vi tolkar och lägger in olika innebörder i dessa. Alla kognitiva strukturer eller scheman som en individ har kan sägas utgöra hans/hennes identitet (Perris, 1996).

Livsregler

Livsregler handlar om hur en individ har lärt sig att han/hon bör bete sig i olika situationer. Det berör moral, etik, religion, vett och etikett samt uppfostran. Livsreglerna är många gånger strax under tröskeln för medvetande och innefattar ofta tankar om "måste", "borde" och "om... så". Det kan exempelvis vara tankar om att "om jag blir smalare så blir jag lyckligare" eller "jag borde anstränga mig mer". Livsregler går att härleda till det som kallas automatiska tankar (Kåver, 2006).

Automatiska tankar

Automatiska tankar är de mest medvetna tankarna av de tre sorterna. Det är tankar som snabbt och automatiskt dyker upp inom en individ och som är relativt ytliga. De är inte formulerade med någon eftertanke, utan kan handla om fragmentariska tankar som "hjälp!", "dåligt", "skönt", "nej!" och så vidare. Automatiska tankar brukar också liknas vid en inre dialog som individen för med sig själv (Kåver, 2006).

Kognitiv terapi

Beck refererad av Sanders & Wills (2005) menade att tankeprocesser både påverkar och påverkas av känslomässiga problem som ångest och oro. I den kognitiva terapin är huvudmålet således att modifiera negativa tankeprocesser. Kognition, emotion och beteende utgjorde, och utgör fortfarande, kärnan i kognitiv terapi (Sanders & Wills, 2005).

Den ursprungliga modellen av kognitiv terapi innehåller tre element; samarbetsrelation mellan individ och terapeut, en vetenskaplig och empirisk metod samt en "sparsam" form av terapi. Beck refererad av Sanders & Wills (2005) menade att terapin skall kännetecknas av värme, empati och genuinitet. Beck refererad av Sanders & Wills (2005) ansåg dock att detta inte i sig var tillräckligt för att uppnå tillfredsställande resultat i terapin, utan dessutom skall terapin karakteriseras av förtroende, god relation och samarbete. Terapeuten och individen skall bilda ett team för att tillsammans kunna identifiera individens negativa kognitiva processer och sedan modifiera dessa. Att kognitiv terapi är en vetenskaplig och empirisk metod handlar om att individens problem först utvärderas genom ett samarbete mellan individ och terapeut. Utvärderingen handlar om att förstå individens symtom och de faktorer som bidrar till symtomen. Utvärdering ligger sedan till grund för att bestämma i vilken riktning terapin bör fortsätta. Ordet "sparsam" handlar här om att få ut största möjliga fördel med så lite ansträngning som möjligt. I terapin handlar det mer specifikt om att arbetet påbörjas på symtomnivå och avancerar till en djupare nivå när detta blir nödvändigt. Den djupare nivån handlar om en individs kognitiva strukturer eller scheman. Terapeuter bör således inleda arbetet vid den mest tillgängliga nivån av kognition, vilket är automatiska tankar och därefter gå vidare till en djupare nivå (kognitiva strukturer eller scheman) (Sanders, & Wills, 2005).

Kognitiv terapi karakteriseras av att den är strukturerad, aktiv, humanistisk, tidsbegränsad, insiktsfrämjande och följs upp med så kallade booster sessions (uppföljningsträffar) (Perris, 1996).

Att terapin är strukturerad innebär att terapeuten och individen i förväg har kommit överens om hur terapisessionerna skall utformas genom att lägga upp ett program. Båda parterna ansvarar för att hålla sig till programmet under terapin. Avvikelser från programmet kan förekomma och det är vanligt att nya program skapas allteftersom terapin fortskrider. Den strukturerade formen innebär även att det i förväg är överenskommet med vilka mellanrum sessionerna skall äga rum (Perris, 1996).

Begreppet aktiv betyder att både individen och terapeuten skall vara aktiva under sessionerna. Som tidigare nämnts samarbetar parterna för att identifiera individens problem. Det är vanligt att individen får uppgifter av terapeuten som skall lösas mellan terapitillfällena. Resultatet av uppgifterna diskuteras då vid nästa session (Perris, 1996). Uppgifterna syftar till att skapa en länk mellan terapisituationen och individens verklighet. Det är viktigt att behandlingseffekten även syns i individens vardag och uppgifterna syftar till att applicera det individen lär sig i terapin till situationer i livet. Uppgifterna kan utformas på en mängd olika sätt. Exempelvis kan individen få i uppgift att föra dagbok över hans/hennes problem, att samla information kring konsekvenser av problemen, att träna olika tekniker som lärs ut under terapin eller att utföra olika beteendexperiment. Individer med ätstörningar kan till exempel samla in information om konsekvenser av ätbeteendet. Individer med social fobi kan till exempel med hjälp av ett beteendexperiment utsätta sig för en situation som han/hon upplever som obehaglig och så vidare (Kåver, 2006).

Att terapin karakteriseras av en humanistisk syn innebär att terapeuten ser på individen som en unik människa som själv kan påverka sitt öde. Detta synsätt innebär således att terapin blir unikt utformad för varje individ. Terapin är vidare insiktsfrämjande och det handlar om att individen skall komma till insikt om sina kognitiva processer. Individen skall se en koppling mellan hans/hennes tankar, känslor och beteende. Avslutningsvis är det vanligt att individen och terapeuten träffas för så kallade booster sessions (uppföljningsträffar) efter avslutad terapi. Dessa sessioner äger vanligtvis rum några månader efter att terapin avslutats och syftar till att underlätta övergången från regelbunden terapi till ingen terapi alls (Perris, 1996).

Metod

Litteratursökning

För att söka bakgrundsfakta till arbetet användes Luleå universitetsbiblioteks databas Lucia. De sökord som användes var övervikt, fetma och kognitiv terapi. Ett antal relevanta böcker påträffades. För den inledande litteratursökningen användes databasen PsycINFO (CSA) och sökorden som användes var obesity och cognitive treatment.

För att hitta relevanta artiklar till arbetet användes databasen PsycINFO (CSA) och sökorden bestod av overweight, obesity, cognitive treatment och follow-up. När en relevant artikel hittades följdes artikelns referenslista upp i syfte att hitta fler artiklar.

Inkluderingskriterierna bestod av att deltagarna skulle ha ett BMI på minst 25 kg/m² och vara 18 år eller äldre, dessutom skulle en uppföljning ha genomförts minst ett år efter avslutad behandling. Slutligen valdes fyra relevanta artiklar ut för att besvara arbetets syfte (Bilaga).

Avgränsning

Med övervikt avses i detta arbete ett kroppsmasseindex (BMI) på minst 25 kg/m² och med fetma ett BMI på minst 30 kg/m² (WHO, 2010). Arbetet har vidare avgränsats genom att enbart omfatta studier där deltagarna består av vuxna, det vill säga individer som är minst 18 år. För att kunna fastställa om behandlingsformen fungerar ur ett långsiktigt perspektiv har arbetet ytterligare avgränsats till att bara beröra studier där en uppföljning genomförts minst ett år efter avslutad behandling.

Resultat

Studie 1: A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial (Stahre & Hällström, 2005).

Huvudsyftet med denna studie var att utvärdera den långsiktiga effekten av ett kortvarigt kognitivt program som behandlingsmetod mot fetma. Ytterligare ett syfte var att undersöka hur hetsättningsstörning, binge eating disorder, påverkar behandlingsresultatet. Det sistnämnda syftet är dock inte relevant för detta arbete.

Totalt tillfrågades 132 överviktiga kvinnor om de ville delta i studien. Kvinnorna var uppskrivna på en väntelista för behandling mot fetma vid Huddinge sjukhus. Hälften av kvinnorna (66 st.) blev slumpmässigt fördelade till behandlingsgruppen och den andra hälften (66 st.) utgjorde kontrollgrupp, vilka fortsatte att vara uppskrivna på väntelista för behandling. Det fanns tre kriterier som gjorde att deltagare uteslöts från studien: deltagare med tecken på en aktiv tumörsjukdom, graviditet eller deltagare med tecken på en psykossjukdom. Antalet deltagare som valde att medverka i studien och som inte uppfyllde några exkluderingskriterier var 105 överviktiga kvinnor, varav 62 tillhörde behandlingsgruppen och 43 kontrollgruppen. Grupperna delades in i sex behandlingsgrupper och tre kontrollgrupper.

Deltagarna i behandlingsgruppen vägdes i början av studien, direkt efter avslutad behandling samt 6, 12 och 18 månader senare. Kontrollgruppen vägdes vid samma tidpunkter med undantag från vägning direkt efter avslutad behandling.

Deltagarna i behandlingsgruppen deltog i ett kognitivt program och ett program om näringslära. Det kognitiva programmet följde en manual utvecklad av Stahre (2002) där deltagarna behandlades med kognitiv terapi i grupp. Behandlingen ägde rum en gång i veckan under 10 veckor och varje lektionstillfälle varade tre timmar och den totala behandlingen var således 30 timmar. Varje lektion i det kognitiva programmet var uppdelat i fyra block som kallades A, B, C och D;

- *Block A - frågeformulär:* i detta block besvarade deltagarna frågor som berörde situationer under den gångna veckan som hade påverkat deras ätbeteende. Frågeformuläret delades ut i början av varje lektion och block A avslutades alltid med en gruppdiskussion kring frågeformuläret.
- *Block B - föregående lektions hemuppgift:* en gruppdiskussion hölls kring den hemuppgift som varje deltagare utfört mellan lektionstillfällena.
- *Block C - aktuellt tema för lektionen:* varje lektion behandlade ett eget tema som var hämtat ur området för kognitiv psykologi. Först erhöll deltagarna fakta om temat och sedan fördes gruppdiskussioner kring detta. För varje tema presenterades först den bakomliggande teorin och sedan gavs konkreta exempel på denna teori. Alla teman var relaterade till ätbeteende.
- *Block D - ny hemuppgift:* deltagarna fick information om den hemuppgift de skulle utföra fram till nästa lektion. Syftet med hemuppgifterna var att deltagarna skulle utöva sina nya kunskaper om ätbeteende i sitt vardagsliv.

I slutet av varje lektion åt deltagarna en måltid som var hämtad ur programmet om näringslära. Deltagarna turades om att förbereda måltiden hemma innan varje lektion.

Programmet om näringslära handlade om att deltagarna i behandlingsgruppen fick sätta samman sin egen diet som skulle innehålla 1200-1300 kalorier per dag. Individuella variationer i dieten uppmuntrades och det fanns ingen mat som var förbjuden att inkludera. Det var även accepterat att deltagarna vid speciella tillfällen avvek från dieten. I början av programmet fick deltagarna väga all mat i syfte att undvika funderingar kring om mängden mat var för lite eller för mycket. Detta syftade i sin tur till att få deltagarna att fokusera mer på bakomliggande orsaker till ätbeteendet snarare än ätandet i sig.

Av totalt 62 deltagare som påbörjade behandling var det 57 som valde att fullfölja hela behandlingen. För dessa 57 deltagare var medelvärdet för viktninskning efter avslutad behandling 8,3 kg. Vid uppföljningen 12 månader senare var det 40 deltagare ur behandlingsgruppen som deltog och medelvärdet för viktninskning var vid denna tidpunkt 10,7 kg. Trettiofyra deltagare från behandlingsgruppen deltog vid uppföljningen 18 månader senare och medelvärdet av viktninskning var då 10,4 kg. Vid denna uppföljning var det 14 deltagare som hade fortsatt att minska i vikt och 20 deltagare som hade ökat i vikt i jämförelse med vägningen efter 12 månader. Trettioen deltagare från kontrollgruppen deltog vid uppföljningen 18 månader senare och medelvärdet visade en viktuppgång på 2,3 kg.

Vid början av denna studie fanns ingen signifikant viktskillnad mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Viktskillnaden var dock signifikant mellan grupperna vid samtliga uppföljningar.

Eftersom majoriteten av deltagarna fullföljde behandlingen tyder det på att behandlingsformen accepterades av de flesta. Enligt författarna bör resultatet av behandlingen ses som lyckat med hänsyn till att ett fåtal deltagare avbröt behandlingen, att antalet deltagare vid uppföljningarna var relativt högt samt att flertalet deltagare lyckades behålla minst fem procents viktninskning vid uppföljning 18 månader senare.

Studie 2: A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up (Stahre, Tärnell, Håkansson, & Hällström, 2007).

Artikeln utgår ifrån den ovan beskrivna studien genomförd av Stahre & Hällström (2005) där deltagare genomgick ett kognitivt behandlingsprogram mot fetma. I denna studie användes samma kognitiva program som i studien av Stahre & Hällström (2005) med undantag för en liten förändring. I föregående program avslutades varje lektion med att deltagarna åt en måltid tillsammans, vilket inte ingick i denna studie. Måltiden var det enda som ändrades i programmet.

Huvudsyftet med denna studie var att utvärdera den långsiktiga effekten av ett kognitivt behandlingsprogram mot fetma. Den långsiktiga effekten syftade på viktninskning 18 månader efter avslutad behandling. I denna studie fick en kontrollgrupp en annan typ av aktiv behandling under samma tidsperiod som den kognitiva behandlingen pågick. Ytterligare ett syfte var att visa i vilken utsträckning de båda behandlingsprogrammen gav programspecifik kunskap till deltagarna. Det sistnämnda syftet är dock inte relevant för detta arbete.

För att värva deltagare till studien genomfördes en enkätundersökning rörande hälsa bland anställda inom barnomsorgen, där 97 kvinnor som led av fetma identifierades. Dessa 97 kvinnor blev ombudda att delta i ett hälsoprogram. Alla deltagare erhöll muntlig och skriftlig

information om kost och motion samt vilka hälsofördelar som följer av en viktnedgång. Två år senare blev de som fortfarande var anställda samt hade ett BMI över 30 kg/m² (94 st) tillfrågade om de ville delta i en studie som involverade två viktreduceringsprogram. Femtiofyra kvinnor deltog frivilligt i studien, 27 blev slumpmässigt fördelade till det kognitiva behandlingsprogrammet och resterande 27 till ett viktreduceringsprogram som bestod av diet, stresshantering och fysisk aktivitet. Den senare gruppen fungerade som en kontrollgrupp. Kontrollgruppens behandling motsvarar den behandling mot fetma som vanligtvis används inom vården i Sverige.

Respektive program delades in i två undergrupper. Alla grupper påbörjade behandlingen samtidigt. Alla deltagare vägdes direkt efter avslutad behandling samt 6, 12 och 18 månader senare.

Det kognitiva programmet följde samma manual som i studien av Stahre & Hällström (2005), där lektionerna indelades i fyra block (se sidan 8). Kontrollprogrammet syftade till att uppnå beteendeförändringar kring kostvanor, stresshantering samt fysisk aktivitet. Programmet bestod av lektioner, gruppdiskussioner och praktiska övningar som leddes av experter. Båda programmen löpte över 10 veckor med en session i veckan som omfattade två timmar och den totala behandlingstiden var således 20 timmar.

Totalt elva deltagare i det kognitiva programmet samt en deltagare i kontrollgruppen hoppade av innan påbörjad behandling. Av de 16 deltagare som började den kognitiva behandlingen var det enbart en deltagare som inte fullföljde de 10 veckorna. För de 26 deltagare som påbörjade behandling i kontrollgruppen var det 20 som fullföljde de 10 veckorna. I den kognitiva gruppen var det 13 deltagare som fullföljde vägningen efter 18 månader och deras medelvikt vid början av behandlingen var 95,1 kg. I kontrollgruppen fullföljde 16 deltagare vägningen efter 18 månader och deras medelvikt vid början av behandlingen var 91,5 kg. Medelvikten efter avslutad behandling var 86,5 i den kognitiva gruppen (en viktninskning på 8,6 kg) och 90,8 för kontrollgruppen (en viktninskning på 0,7 kg). Viktninskningen efter 18 månader var 5,9 kg för den kognitiva gruppen och kontrollgruppen hade en viktökning på 0,3 kg. Vid denna uppföljning var det en deltagare ur den kognitiva gruppen och 10 ur kontrollgruppen som vägde mer än före terapin. Viktskillnaden mellan grupperna var signifikant vid alla uppföljningar.

Enligt författarna var två svagheter i denna studie att deltagarna var relativt få samt att alla deltagare var kvinnor. Ytterligare en svaghet var att många deltagare i den kognitiva gruppen valde att avbryta sin medverkan i studien innan behandlingen hade påbörjats. Således blev antalet deltagare i det kognitiva behandlingsprogrammet färre än i kontrollgruppen. Författarna anser att denna studie stödjer resultatet i den föregående studien av Stahre & Hällström (2005) som visade att det kognitiva programmet är effektivt med avseende på långsiktigt bibehållande av viktninskning. Med hänsyn till att många deltagare ökade lite i vikt mellan uppföljningen 12 och 18 månader senare diskuterar författarna att det kan vara av värde att erbjuda så kallad booster treatment ett år efter avslutad behandling.

Studie 3: Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity (Werrij, Jansen, Mulken, Elgersma, Ament, & Hospers, 2009).

Denna studie utgår från fyra hypoteser av vilken en är relevant för detta arbete. Hypotes 4: deltagare i den kognitiva gruppen som får lära sig om kognitiva verktyg kommer att behålla sin viktninskning samt beteendemässiga och psykologiska vinster bättre än deltagare i motionsgruppen. Huruvida deltagare i den kognitiva gruppen lyckas behålla sin viktninskning bättre än deltagare i motionsgruppen är det relevanta för detta arbete.

Deltagare till studien rekryterades vid den lokala vårdcentralen i Maastricht samt via reklam i den lokala tidningen. De som hade ett BMI över 27 kg/m² och var mellan 18–65 år var aktuella för studien. De kriterier som gjorde att deltagare exkluderades var medverkan i ett annat viktminskningsprogram, annan form av terapeutisk eller psykiatrisk behandling, oförmåga att utöva fysisk aktivitet eller graviditet. Det slutgiltiga stickprovet bestod av 200 överviktiga individer varav en majoritet var kvinnor. Deltagarna blev slumpmässigt fördelade till en av två möjliga gruppbehandlingar. Den ena gruppen behandlades med diet i kombination med kognitiv terapi och den andra med diet i kombination med fysisk aktivitet. Den senare utgjorde kontrollgrupp. Uppföljning ägde rum ett år efter avslutad behandling. Båda grupperna behandlades under 10 veckor (2 timmar vid varje tillfälle). Grupperna bestod av maximalt 12 personer. Varje behandlingstillfälle för alla grupper bestod av två delar, där den första var gemensam för alla och handlade om kost och diet. Den andra delen skiljde sig åt mellan den kognitiva gruppen och kontrollgruppen. Den kognitiva gruppen genomgick kognitiv terapi och kontrollgruppen utövade fysisk aktivitet. Den kognitiva terapin gick ut på att identifiera och modifiera deltagarnas dysfunktionella kognitioner, negativa scheman samt negativa automatiska tankar. Under behandlingen tilldelades deltagarna hemuppgifter som utfördes mellan sessionerna. Den fysiska aktiviteten bestod av en timmes lågintensiv träning. I båda behandlingarna vägdes samtliga deltagare vid varje sessionstillfälle.

Fyrtiotvå deltagare avslutade behandlingen innan den hann fullföljas. Fler avslutade behandlingen i kontrollgruppen än i den kognitiva gruppen. Resultatet av hypotes fyra visade att det inte fanns några kortsiktiga skillnader mellan grupperna. Däremot lyckades deltagarna i den kognitiva gruppen bättre med att behålla sin viktminskning på lång sikt.

Huvudresultatet i studien är att kognitiv terapi i kombination med diet är associerat med långsiktig bibehållande av viktminskning. Det intressanta med studien är att det aktuella stickprovet bestod av deltagare som inte led av en ätstörning och som inte hade sökt hjälp genom psykoterapi. Deltagarna var överviktiga eller led av fetma och sökte hjälp för att lyckas gå ner i vikt. Att kognitiv terapi är fördelaktig i det långa loppet för personer som är överviktiga men som inte lider av en ätstörning är ett nytt fynd. Detta öppnar upp ett nytt perspektiv för behandling av överviktiga och feta som inte är förknippat med ätstörning.

Studie 4: Cognitive behavioural therapy for obesity: One-year follow-up in a clinical setting (Melchionda, Besteghi, Domizio, Pasqui, Nuccitelli, & Migliorini, et al., 2003).

Syftet med studien var att undersöka hur deltagarna på lång sikt reagerar på behandling med kognitiv beteendeterapi mot fetma.

Mellan åren 1997–2000 tillfrågades omkring 1200 personer om de ville delta i denna studie genom att få behandling mot fetma med hjälp av kognitiv beteendeterapi. Dessa personer hade sökt hjälp för övervikt och fetma vid ett sjukhus som specialiserade sig inom området. Samtliga personer bjöds in till en konferens där programmet beskrevs i detalj. Totalt 1068 personer valde att delta i studien varav en majoritet var kvinnor. Av dessa klassades 182 som överviktiga (BMI 25–29.9), 407 som klass I fetma (BMI 30–34.9), 281 som klass II fetma (35–39.9) samt 198 som klass III fetma (BMI ≥ 40).

I början av studien genomgick deltagarna ett antal undersökningar för att fastställa om någon led av sjukdomar associerade med fetma (exempelvis diabetes). Deltagarna undersöktes för att fastställa om ätstörningar förekom hos någon och en dietist kartlade samtliga deltagares

kostvanor. Avslutningsvis intervjuades varje deltagare av en psykiatriker och deltagare som uppvisade en psykiatrisk sjukdom uteslöts ur studien.

Mot bakgrund av vad som framkom i undersökningarna blev varje deltagare sedan placerad i en av tre möjliga behandlingsgrupper. Samtliga gruppers behandling grundade sig på kognitiv beteendeterapi med olika inriktningar. En av behandlingarna var ett 14 veckor långt "LEARN" program som 672 deltagare genomgick. Det andra programmet var ett 16 veckor långt "MOB" (morbidly obese) program där 259 deltagare som led av klass III fetma eller klass II fetma i kombination med en allvarlig sjukdom behandlades. Det sista programmet bestod av ett 20 veckors "BINGE" (binge eating) program där 137 deltagare som led av hetsättningsstörning behandlades.

LEARN-programmet löpte över 14 veckor och deltagarna träffades en gång per vecka. Programmet leddes av dietister och läkare och varje grupp bestod av 8-12 deltagare. Under de första två sessionerna lärde sig deltagarna olika problemlösningstrategier samt att identifiera och hantera dysfunktionella kognitioner. Deltagarna fick ingen speciell diet att följa utan istället erbjöds möjligheten att tillsammans med dietisterna utforma en individuell diet. Vid slutet av varje session tilldelades deltagarna en hemuppgift som handlade om kosthållning. Föregående veckas hemuppgift diskuterades alltid vid början av varje session.

De deltagare som led av klass III fetma eller klass II fetma i kombination med en allvarlig sjukdom behandlades med ett så kallat MOB (morbidly obese) program. Detta program bestod av fyra sessioner där deltagarna fick en speciell diet (800-1200 kalorier per dag) att följa. Deltagarna hölls under strikt kontroll av läkare. Efter de fyra första sessionerna påbörjade deltagarna LEARN-programmet som beskrevs ovan.

De deltagare som vid undersökningarna diagnostiserades med hetsättningsstörning (binge eating disorder) fick börja ett BINGE-program. Programmet bestod av åtta sessioner som leddes av psykologer med särskild utbildning kring ätstörningar. Under sessionerna fick deltagarna identifiera situationer som framkallar hetsätning, lära sig att kontrollera sitt ätbeteende, lära sig alternativa problemlösningstrategier, identifiera och hantera dysfunktionella tankar samt att förhindra återfall. Efter BINGE-programmet påbörjade deltagarna LEARN-programmet som beskrevs ovan.

Uppföljningar genomfördes 1, 3, 6 samt 12 månader efter avslutad behandling för att fastställa om deltagarna hade lyckats behålla sin viktminskning. Vid dessa uppföljningar gavs deltagarna möjligheten att ta upp eventuella svårigheter eller problem som uppstått efter behandlingen. Syftet med detta var att förhindra att deltagarna skulle avbryta sin medverkan i studien.

Antalet deltagare som valde att avbryta behandlingen var hög. Vid slutet av behandlingarna var det 98 deltagare i LEARN-programmet, 33 i MOB-programmet samt 23 i BINGE-programmet som valde att avbryta. I BINGE-programmet var det enbart 11 % av deltagarna som medverkade vid samtliga uppföljningar. Siffran var 30 % i LEARN-programmet och 34 % i MOB-programmet. Av de totalt 914 deltagare som fullföljde behandling var det 200 deltagare som förlorade 10 % eller mer av sin initiala vikt. De deltagare som förlorade minst 10 % av sin initiala vikt var mer benägna att delta vid uppföljningarna i jämförelse med övriga deltagare. En stor andel av de deltagare som inte närvarade vid uppföljningarna bestod av deltagare från BINGE-programmet. Ytterligare 129 deltagare lyckades förlora 10 % eller mer av sin initiala vikt under uppföljningarna. Av dessa 129 deltagare var 98 från LEARN-programmet, 13 från MOB-programmet och 18 från BINGE-programmet. Sammanfattningsvis lyckades 36 % av de deltagare som fullföljde behandling förlora 10 % eller mer av sin initiala vikt.

Författarna till denna studie menar att resultatet kan ses som nedslående. Många deltagare hoppade av studien och tappade helt kontakt med sjukhuset. Dessutom var det en minoritet av deltagarna som förlorade 10 % eller mer av sin initiala vikt. Det finns dock ett antal aspekter av studien som enligt författarna bör diskuteras. För det första var detta inte en kontrollerad studie i det avseendet att det inte vidtogs speciellt många åtgärder för att öka deltagarnas medgörighet och motivation. Deltagarna befann sig på ett verkligt sjukhus med begränsade resurser. För det andra har det inte genomförts någon verklighetsbaserad studie med medicinsk eller kirurgisk behandling mot fetma som går att jämföra med denna studie. Vid medicinsk eller kirurgisk behandling är deltagarnas motivation i regel högre på grund av att de ofta erhåller ekonomisk ersättning för sitt deltagande. I synnerhet vid kirurgiska ingrepp är det en nödvändighet att deltagarna håller kontakt med sjukhuset efteråt. För det tredje antog författarna i denna studie att de som inte fortsatte att hålla kontakt med sjukhuset hade valt att avbryta behandlingen. Det kan dock finnas andra anledningar till att vissa deltagare inte fullföljde sin medverkan i studien. För det fjärde är resultaten i denna studie bättre än i studier där deltagarna enbart följer en diet. Studier som handlar om viktnedgång genom diet visar att majoriteten av deltagarna återfår sin vikt kort tid efter avslutad behandling. Avslutningsvis är viktnedgång inte det enda målet vid behandling med kognitiv beteendeterapi. Andra viktiga mål är till exempel att få deltagarna att förändra sin livsstil och öka sin livskvalitet.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med arbetet var att undersöka om kognitiv terapi fungerar som behandlingsmetod mot övervikt och fetma ur ett långsiktigt perspektiv. Den frågeställning som formulerades i anknytning till syftet var: Har deltagare som har behandlats för övervikt och fetma med hjälp av kognitiv terapi lyckats behålla sin reducerade vikt vid uppföljning minst ett år efter avslutad behandling?

Resultatet i tre av studierna visade att deltagare som hade behandlats med kognitiv terapi lyckades bättre med att behålla sin viktnedgång i jämförelse med deltagare som utgjorde kontrollgrupp. I studierna jämfördes dock inte kognitiv terapi med samma kontrollbehandlingar. I studie 1 erhöll deltagarna i kontrollgruppen ingen behandling alls, i studie 2 behandlades kontrollgruppen med diet, stresshantering samt fysisk aktivitet och i studie 3 enbart med fysisk aktivitet. Att kognitiv terapi jämfördes med olika behandlingsformer verkar dock inte spela någon roll eftersom resultatet i samtliga tre studier ändå visade att kognitiv terapi var effektivare än kontrollbehandlingarna.

Enligt Perris (1996) kännetecknas kognitiv terapi av att den är *strukturerad, aktiv, humanistisk, tidsbegränsad, insiktsfrämjande* och följs upp med *booster sessions*. I samtliga fyra studier var den kognitiva terapin strukturerad i den bemärkelsen att det i förväg var fastställt när och med vilka mellanrum terapisesionerna ägde rum. Varje enskild deltagare hade dock ingen möjlighet att påverka detta eftersom terapin genomfördes i grupp. Det kan diskuteras att möjligheten för individen att påverka upplägget av terapin är mindre vid gruppterapi än vid individuell terapi. Vidare syftade den kognitiva terapin i samtliga studier till att göra varje deltagare aktiv genom gruppdiskussioner och hemuppgifter. Det humanistiska synsättet i terapin innebär enligt Perris (1996) att terapeuten ser på individen som unik och kapabel till att påverka sitt eget öde. Detta synsätt innebär, i sin tur, att terapin skall utformas efter individens unika behov. I gruppterapi kan det vara svårare att uppnå detta eftersom det finns flera individer att ta hänsyn till. I samtliga fyra studier fick deltagarna hjälp för att bli mer medvetna om hur tankar, känslor och beteende (exempelvis ätbeteende) hänger ihop. I studie 1 och 2 gjordes detta genom att deltagarna vid början av varje session fick svara på ett frågeformulär kring situationer under veckan som hade påverkat deras ätbeteende. I studie 3 och 4 fick deltagarna identifiera och hantera dysfunktionella kognitioner som bidrog till deras ätbeteende. I ingen av de fyra studierna genomfördes booster sessions efter avslutad terapi.

Det skiljde sig åt hur deltagarna i de olika studierna rekryterades. I studie 1 och 4 hade deltagarna själv sökt hjälp mot fetma och i studie 2 och 3 rekryterades deltagarna på annat sätt. Det hade kunnat diskuteras att deltagarna i studie 1 och 4 skulle ha varit mer motiverade eftersom de själva sökte hjälp. Studie 4 hade dock många avhoppare och det var en minoritet av de deltagare som fullföljde sin medverkan som fortsatte att gå ner i vikt under uppföljningarna. Dessa olikheter i studierna påverkar således inte heller resultatet.

Studie 4 är den enda av de utvalda studierna som inte hade någon kontrollgrupp och där deltagarna inte blev slumpmässigt fördelade till en behandlingsform. Författarna i studie 4 menade att resultatet av studien kunde betraktas som nedslående. Dock var den studien mest verklighetstrogen av de utvalda studierna eftersom deltagarna behandlades på ett vanligt sjukhus med begränsade resurser. Det vidtogs dessutom inte speciellt många åtgärder för att öka deltagarnas motivation att fullfölja sin medverkan. Att resultaten blev sämre än i de övriga

studierna kan således bero på dessa faktorer. Det kan diskuteras om studie 4 bäst demonstrerar hur kognitiv terapi fungerar i verkligheten, men det är dock svårt att dra några slutsatser kring detta då det bara handlar om en enda studie.

I studie 1 var det en majoritet av deltagarna från den kognitiva gruppen som medverkade vid uppföljningen 18 månader senare som hade ökat i vikt i jämförelse med vägningsen efter 12 månader. Även i studie 2 var det många från den kognitiva gruppen som ökade lite i vikt mellan dessa uppföljningar. Det kan således diskuteras om kognitiv terapi i själva verket var effektiv på lång sikt. Visserligen visade resultatet att deltagarna i de kognitiva grupperna lyckades bättre än kontrollgrupperna med att behålla sin viktminskning. Detta behöver dock inte betyda att resultatet av de kognitiva behandlingarna bör ses som tillfredsställande. I studie 3 och 4 redovisades inte huruvida deltagarna i de kognitiva grupperna ökade i vikt mellan uppföljningarna. Däremot lyckades deltagarna i den kognitiva gruppen i studie 3 bättre än kontrollgruppen med att behålla sin viktminskning. I studie 4 var det en minoritet av deltagarna som förlorade 10 % eller mer av sin initiala vikt.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det var svårt att uppnå syftet och besvara frågeställningen i detta arbete. Det går inte att svara på om kognitiv terapi fungerar som behandlingsmetod mot fetma ur ett långsiktigt perspektiv eftersom arbetet enbart omfattar ett fåtal studier.

Metoddiskussion

Av de studier som valdes ut till detta arbete genomfördes i studie 1 och 2 den sista uppföljningen 18 månader efter avslutad behandling och i studie 3 och 4 12 månader efter avslutad behandling. Det kan diskuteras kring hur väl dessa uppföljningar egentligen visar huruvida kognitiv terapi mot fetma fungerar ur ett långsiktigt perspektiv. Det hade varit att föredra att studier med uppföljning långt senare än 18 månader hade ingått i arbetet. Under sökningen påträffades dock inga studier som både uppfyllde de inkluderingskriterier som formulerades under metoddelen och som hade genomfört en uppföljning senare än 18 månader efter avslutad behandling. Risken med att ha för många exkluderingskriterier är att intressanta studier förbises.

En svaghet med detta arbete är att resultatet enbart omfattar ett fåtal studier. Ytterligare en svaghet utgörs av att deltagarna i studie 1 och 2 enbart bestod av kvinnor och att i studie 3 och 4 var en majoritet av deltagarna kvinnor. Dessa två faktorer gör det svårt att dra några generella slutsatser av resultatet. Den externa validiteten kan således bedömas som låg.

Det var svårt att besvara frågeställningen i detta arbete eftersom de olika studierna redovisar behandlingsresultaten på olika sätt. Som tidigare nämnts redovisade inte studie 3 och 4 huruvida deltagarna i de kognitiva grupperna ökade i vikt mellan uppföljningarna. Detta redovisades däremot i studie 1 och 2. Det hade underlättat om samtliga studier hade redogjort för detta för att lättare kunna jämföra resultaten.

Eftersom resultatet enbart omfattar vetenskapliga artiklar som har genomgått granskning kan detta arbete anses vara reliabelt.

Framtida forskning

I framtiden skulle det vara av värde att genomföra mer omfattande undersökningar som inkluderar fler studier för att skapa en tydligare bild av hur framgångsrik kognitiv terapi är som behandlingsmetod mot fetma. Med utgångspunkt i att en del deltagare tenderar att öka i vikt en tid efter avslutad behandling med kognitiv terapi skulle det vara angeläget att studera om booster treatment (uppföljningsträffar) kan förhindra detta.

Referenser

- Agerberg, M. (2007). *Ormen i paradiset: om den globala fetmaepidemin*. Stockholm: Prisma.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499-511. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00065-6
- Hwang, P., Lundberg, I., Rönnberg, J., & Smedler, A. C. (2007). *Vår tids psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Liao, K. L. (2000). Cognitive-behavioural approaches and weight management: an overview. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 120(1), 27-30.
- Melchionda, N., Besteghi, L., Domizio, S.D., Pasqui, F., Nuccitelli, C., Migliorini, S. et al. (2003). Cognitive behavioural therapy for obesity: One-year follow-up in a clinical setting. *Eating and weight disorders*, 8(3), 188-193.
- Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sanders, D., & Wills, F. (2005). *Cognitive therapy – an introduction*. London: Sage Publications.
- Stahre, L. (2007). *Kognitiv behandling vid övervikt och fetma*. Lund: Studentlitteratur.
- Stahre, L. (2002). *Kognitiv behandling vid övervikt och hetsätning: ny syn på övervikt och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Stahre, L., & Hällström, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating and weight disorders*, 10(1), 51-58.
- Stahre, L., Tärnell, B., Håkansson, C., & Hällström, T. (2007). A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with 18-month follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 48-55. doi:10.1007/BF02999227
- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulken, S., Elgersma H. J., Ament, A., & Hospers, H. J. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 315-324. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.12.011
- World health organization. (2010). *BMI classification*. Hämtad från http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- World health organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Hämtad från http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf

Bilaga

Översikt av utvalda artiklar.

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat	Diskussion
<p>Titel: A short-term cognitive group treatment gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. Författare: Stahre, L., & Hällström, T. Tidsskrift: Eating and weight disorders. Årtal: 2005.</p>	Kognitivt perspektiv.	Huvudsyftet med denna studie var att utvärdera den långsiktiga effektiviteten av ett kortvarigt kognitivt program som behandlingsmetod mot fetma.	Randomiserad kontrollstudie	För behandlingsgruppen var medelvärdet av viktminskning vid avslutad behandling -8,3 kg och vid uppföljningen 18 månader senare -10,4 kg. För kontrollgruppen var medelvärdet vid uppföljningen 18 månader senare +2,3 kg.	Behandlingsformen accepterades av de flesta deltagare. Resultatet bör enligt författarna ses som lyckat.
<p>Titel: A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with 18-month follow-up Författare: Stahre, L., Tärnell, B., Håkansson, C., & Hällström, T. Tidsskrift: International journal of behavioural</p>	Kognitivt perspektiv.	Huvudsyftet med denna studie var att utvärdera den långsiktiga effekten av ett kognitivt behandlingsprogram mot fetma.	Randomiserad kontrollstudie	Viktminskningen efter 18 månader var 5,9 kg för den kognitiva gruppen och kontrollgruppen hade en viktökning på 0,3 kg.	Enligt författarna stödjer denna studie resultatet i den föregående studien av Stahre & Hällström (2005) som visade att det kognitiva programmet är effektivt med avseende på långsiktigt behållande av viktminskning. Eftersom

medicine. Årtal: 2007.					många deltagare ökade i vikt mellan uppföljningarna 12 och 18 månader senare diskuterar författarna att det kan vara av värde att erbjuda så kallad booster treatment ett år efter avslutad behandling
Titel: Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. Författare: Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma H. J., Ament, A., & Hospers, H. J. Tidsskrift: Journal of Psychosomatic Research. Årtal: 2009	Kognitivt perspektiv.	Syftet var att undersöka om följande hypotes stämmer; att deltagare i den kognitiva gruppen får lära sig om kognitiva verktyg kommer att leda till att de behåller sin viktninskning samt beteendemässiga och psykologiska vinster bättre än deltagare i motionsgruppen.	Randomiserad kontrollstudie	Resultatet visade att det inte fanns några kortsiktiga skillnader mellan grupperna. Däremot lyckades deltagarna i den kognitiva gruppen bättre med att behålla sin viktninskning på lång sikt.	Kognitiv terapi i kombination med diet är associerat med långsiktig behållande av viktninskning . Att kognitiv terapi är fördelaktig i det långa loppet för personer som är överviktiga men som inte lider av en ätstörning är ett nytt fynd.
Titel: Cognitive behavioural therapy for obesity: One-year follow-up in a clinical setting.	Kognitivt perspektiv.	Syftet med studien var att undersöka hur deltagarna på lång sikt reagerar på behandling med kognitiv	Verklighetsbaserad studie	36 % av de 914 deltagare som fullföljde behandling förlorade 10 % eller mer av sin initiala vikt.	Resultatet kan ses som nedslående. Dock var detta inte en kontrollerad studie, vilket kan ha

Författare: Melchionda, N., Besteghi, L., Domizio, S. D., Pasqui, F., Nuccitelli, C., & Migliorini, S., et al. Tidsskrift: Eating and weight disorders. Årtal: 2003.		beteende- terapi mot fetma.			påverkat resultatet. Resultatet är lyckat vid jämförelse med studier där deltagarna enbart behandlats med diet.
--	--	-----------------------------------	--	--	--