



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

KBT-baserad korttidsintervention i grupp för viktnedgång

Lena Seger

Psykoterapeutexamensuppsats 2010

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Gardar Viborg

Abstract

Seven women with obesity were treated with CBT based strategies for weight loss and weight loss maintenance respectively. Methods included psychological success strategies for weight loss developed by Judith Beck. The intervention consisted of ten sessions.

Results were measured by differences in percentage weight loss and BMI, and scores obtained from TFEQ-21 (Three-Factor Eating Questionnaire). Level of exercise and regularity of meals were also measured.

Results: Five of the subjects reached a medically satisfying weight loss of 5-10%. One member reached a weight loss of 1% and one member had not lost weight by the end of the intervention. None of the participants gained weight. TFEQ results indicate a change in increased control over eating behaviour, all had regular meals, and all exercised to an extent considered minimal for achieving and maintaining physical health.

Implications of the results including implementing a short-term intervention on this population are discussed.

Key words: weight reduction, CBT, cognitive behavioural therapy, obesity, weight loss, weight maintenance

Förord

Ungefär hälften av alla vuxna personer i västvärlden företar sig minst en gång under sin livstid en kur eller försök till livsstilsförändring i syfte att gå ner i vikt. Framgångsrik viktnedgång är dock ovanligt. Ännu mer sällsynt är att personer som faktiskt lyckats bli smala eller normalviktiga håller sig kvar på det målet.

Den största skillnaden mellan de som lyckas gå ner i vikt och vidmakthålla sin viktnedgång, och i sällsynta fall uppnå resten av sitt liv som smal eller normalviktig efter att ha varit överviktig, är att de lägger om vanor för livet. Den förändring som åstadkoms måste fortsättningsvis underhållas livet ut.

Föreliggande studie är den direkta utvärderingen av ett KBT-baserat program i grupp för viktnedgång och varaktig livsstilsförändring. Den utgör på inget vis ett ställningstagande för den i västvärlden utbredda utseendefixeringen eller åldrandefobin. Det finns heller ingen avsikt att med denna korta intervention bekräfta att det, till problemen kring alla de faktorer som leder till respektive försvårar alla åtgärdsalternativ, finns en ”quick fix”.

Ett stort tack vill jag främst rikta till alla medlemmar i studiegruppen, min handledare psykolog Per Jonsson, leg dietist Martina Jansson, leg sjukgymnast Caroline Fender samt psykolog Jan Karlsson vid Göteborgs Universitet för att ha fått använda frågeformuläret TFEQ.

Innehållsförteckning

Introduktion och teori	1
<i>Inledning och syfte</i>	1
<i>Förekomst av fetma, komorbiditet och kostnader</i>	1
<i>Diagnosticering och klassificering</i>	3
Psykologiska orsaker till fetma.....	4
<i>Personlighet</i>	4
<i>Perception av hunger</i>	4
<i>Reglering av obehag eller det fungerar att äta</i>	5
<i>Missuppfattningar och mönster av disinhibition och rigid kontroll</i>	5
<i>Kognitiv återhållsamhet</i>	6
<i>Kognitiva förvrängningar</i>	6
<i>Målsättning och fokus</i>	7
<i>Förnekande</i>	7
<i>Självkänsla, livskvalitet och kroppsbild</i>	7
<i>Stimuluskontrollen</i>	7
Andra problem för viktnedgång.....	7
<i>Attityder, sociala och kulturella värderingar</i>	8
Svårigheter att vidmakthålla viktnedgång	9
<i>Temporärt arbete</i>	9
<i>Primära och sekundära mål</i>	9
<i>Kroppsbild</i>	10
<i>Dikotomt tänkande</i>	10
Underlättande faktorer för viktnedgång och vidmakthållande av densamma	10
<i>Registret National Weight Control Registry (NWCR)</i>	10
Behandlingsmöjligheter förutom kognitiv beteendeterapi.....	11
<i>Obesitaskirurgi</i>	11
<i>Farmakologiska alternativ</i>	11
<i>Kostrådgivning och lågkaloridiet</i>	12

<i>Motion</i>	12
<i>Kombinationen kostrådgivning, motion och beteendeterapi</i>	12
<i>Viktväktarna och andra kommersiella program</i>	12
Jämförelse mellan KBT-program för viktnedgång	13
<i>Kortfattad historik – beteendeterapeutiska interventioner</i>	13
<i>Stahres program Övervikt handlar om känslor</i>	13
<i>Cooper & Fairburns program CBT for Obesity</i>	13
<i>Programmet LIWE</i>	14
<i>Beck Diet for Life</i>	14
<i>Andra framgångsrika program</i>	14
<i>Indirekta interventioner vid fetmaproblematik</i>	15
<i>Vad är ett bra resultat respektive bra behandling</i>	15
<i>Fördelar med behandling i grupp</i>	16
<i>Syfte</i>	16
Hypoteser	16
Metod	16
<i>Demografi och beskrivning av studiegruppen</i>	16
<i>Rekrytering och inkluderingskriterier</i>	17
<i>Behandlingsmetod och procedur</i>	18
<i>Programmet i kronologisk ordning</i>	19
<i>Instrument och använda utfallsmått</i>	22
<i>BMI</i>	22
<i>TFEQ</i>	23
Resultat	23
<i>Statistisk analys</i>	26
<i>Bortfall av deltagare och data</i>	26
Diskussion.....	26
<i>Metoden</i>	26
<i>Programmets hållning</i>	27

<i>Inre validitet</i>	27
<i>Möjliga alternativa förklaringar till uppnådda förändringar</i>	27
<i>Yttre validitet</i>	27
<i>Begreppsvaliditet</i>	28
<i>Bortfallsanalys</i>	28
<i>Frånvarohantering</i>	28
<i>Studiens begränsningar</i>	29
<i>Etik</i>	29
<i>Fortsatt utveckling</i>	30
Referenser	31

KBT-baserad korttidsintervention i grupp för viktnedgång

Introduktion och teori

Inledning och syfte. Ungefär hälften av alla vuxna personer i västvärlden företar sig minst en gång under sin livstid ett försök till livsstilsförändring i syfte att gå ner i vikt. Framgångsrik viktnedgång som vidmakthålls, vilket i medicinska termer betyder 5-10% av ursprungsvikten under minst ett års tid, är dock ovanligt. Ännu mer sällsynt är att överviktiga personer faktiskt lyckas bli smala eller normalviktiga respektive håller den vikten. Det allra viktigaste för att lyckas är att lägga om vanor för livet.

I föreliggande arbetes teoriavsnitt belyses först förekomst av fetma. Därefter följer en genomgång av företrädesvis psykologiska svårigheter som grund för fenomenet fetma och slutligen ett avsnitt om huvudsakligen psykologisk behandling. Empiriavsnittet utgörs av en studie på sju kvinnor med fetma som behandlats med KBT-baserad korttidsintervention. Syftet med undersökningen har varit att pröva om Judith Becks program (Beck, 2008) för behandling av övervikt är tillämpligt i gruppform vid fetma i kombination med psykoedukation om framgångsrika faktorer för viktnedgång och vidmakthållande. De omedelbara resultaten, det vill säga korttidsuppföljningen, av interventionen redovisas i denna studie.

Förekomst av fetma, komorbiditet och kostnader. En av västvärldens största farsoter är fetma (obesitas), som definieras av ett BMI (Body Mass Index) över 30 kg/m², som cirka 500 000 individer i Sverige lider av (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002). I USA är prevalensen av fetma ungefär en tredjedel av alla vuxna individer (Baskin, Ard, Franklin & Allison, 2005). Ökningen av fetma sprider sig även i utvecklingsländer (Prentice, 2006). Fetma respektive övervikt utgör konsekvenserna av en miljö där vi erbjuds möjligheter till att passivt transportera oss, sysselsättningar som kräver minimal energiåtgång i kombination med en lättillgänglig, energirik och mycket varierad flora av födoämnen (Rolls, 1981). Utöver detta anger svårigheterna med viktminskning också för att de flesta också, genetiskt sett, är predisponerade för att lättare ansamla och bevara fettdepåer än att ta från dessa reserver (Neel, 1998). Förekomst av övervikt och fetma inbegriper ett tydligt samband med individens samhällsliga etablering (Wadman, 2008). Fetma predisponerar för ett närmast oräkneligt antal följsjukdomar. Som exempel kan ges diabetes typ-II, hjärt-kärlsjukdomar inklusive högt blodtryck, inkontinens, psykosociala problem, sömnapné, social stigmatisering (Aronne, 2002) och kognitiva svårigheter (Cserjesi, Luminet, Poncelet & Lenard, 2009). De direkta vårdkostnaderna till följd av fetma antas årligen uppgå till c:a 3 miljarder kronor (SBU,

2002). De indirekta utgifterna i form av till exempel sjukpenning och sjukersättning beräknas vara minst lika höga (ibid). Omräknat kan man säga att om en individ under en ungefärlig halv livslängd (cirka fyrtio års tid) lever med fetma, blir kostnaden för den offentliga budgeten cirka 500 000 kronor. Trots dessa många och på alla nivåer kostsamma följder fortsätter fetman att breda ut sig och effektiva behandlingar, annat än på mycket kort sikt, är sällsynt förekommande (Edlund & Zethelius, 2009). Sjukvården ger 1–2 % av alla personer med fetma behandling (Östman, Britton & Jonsson, 2004). Efter rökning är övervikt nummer två på listan av de dödsorsakande fenomen som går att förebygga (Edlund & Ghaderi, 2008). Orsakerna till fetma kan vara biologiska, genetiska, sociala, psykologiska, etniska (Guldstrand, 2009) och farmakologiska (Virk, Schwartz & Jindal, 2004).

Diagnosticering och klassificering. Kroppsvikt kan delas in i flera olika nivåer och fetma delas in efter dess vikt och farlighet för hälsan. Det finns flera antropometriska mått, Body Mass Index (BMI, se nedan under avsnitt Metod för förtydligande och definition), midja/höftmått samt midjemått. Nedan visas vikt enligt den hittills vanligast använda klassificeringen; BMI indelat efter hälsorisk.

Tabell 1. Klassifikation av övervikt och fetma samt grad av risk för ohälsa (Aronne, 2002):

Klassifikation	(eventuell annan benämning)	BMI (kg/m ²)	Hälsorisk
Undervikt		< 18,5	Riskerna varierar beroende på orsak till undervikten
Normalvikt		18,5 – 24,9	Normal risk
Övervikt		25 – 29,9	Lätt ökad
Fetma	Obesitas/kraftig övervikt	≥30	Måttligt till mycket ökad
Fetma klass I	Fetma	30,0 – 34,9	Måttligt ökad, ökad risk
Fetma klass II	Kraftig/svår fetma	35,0 – 39,9	Hög, kraftigt ökad risk
Fetma klass III	Extrem fetma	≥40	Mycket hög, extrem riskökning

I ICD-10 finns diagnosgruppen E65-E68 ”Fetma och andra övernäringstillstånd” där E står för att fetma ingår i kapitlet över ”Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar” (WHO, 2009). Marcus och Wilde (2009) konkluderar, efter att ha gjort en genomgång och sammanställning av de senaste tio årens publikationer i ämnet

mental störning som orsak till obesitas, att sjukdomen inte uppfyller kriterier för att tas med som en form av psykisk störning, eller symtom på underliggande dito, i DSM-V.

Psykologiska orsaker till fetma

Obesa personer utgör en inbördes mycket heterogen grupp, precis som normalviktiga (Marcus & Wilde, 2009). Nedan beskrivs karakteristika som kan finnas i olika hög grad eller inte existera alls hos den enskilda individen. Som beskrivs inledningsvis finns det styr- och reglermekanismer vad gäller fettinlagring och hunger på många nivåer: neurala, hormonella, genetiska såväl som epigenetiska, psykologiska och sociala (Guldstrand, 2009). Prevalensen av fetma är generellt sett större hos kvinnor än hos män (Lovejoy & Sainsbury, 2009). Ur överlevnadssynpunkt är det nödvändigt att vår upplevelse av att äta är belönande för att vi ska utföra handlingen igen. Genetiskt tycks det dock finnas en individuell sårbarhet och hypersensitivitet i hjärnans belöningsystem hos vissa personer med fetma (Hetherington, 2007). Denna arousal tycks särskilt utvecklade hos personer med komorbid hetsättningsstörning (Geliebter et al., 2006). Oavsett hereditära faktorer har kontraproduktiva beteendefaktorer större betydelse för utveckling av fetma (Palme 1981; Ingvar & Eldh, 2010). Nedanstående beskrivning har begränsats huvudsakligen till flertalet av de psykologiska orsaksfaktorerna bakom fetma.

Personlighet. Lykouras (2008) menar att fastän det inte existerar en "fet" personlighet så finns det personlighetsdrag som skiljer ut vissa personer med fetma från normalpopulationen. Dessa kan vara lägre självkänsla, lägre impuls kontroll, dependentia respektive passiv-aggressiva drag, somatisering och förnekande av problem. Tänkandet är ofta dikotomt samt präglas av katastrofiering. Samarbetsnivån och självdisciplinen är ofta låg och oförmåga att se självet som autonomt och integrerat kan förekomma (Elfhag & Morey, 2008).

Perception av hunger. Hunger är ett inlärt fenomen, från starten ett primitivt fysiskt odifferentierat obehag för att via omgivningen skapa betydelsen hunger (Hebb, 1949). Schachter (1971) påpekar att "vi måste *tolka* interna signaler som hungersignaler precis som vi måste tolka inifrån kommande signaler som emotionell upphetsning".

Personer med fetma som känner signaler på sug, begär eller hunger kan uppleva detta som en viktig markör att äta oavsett om de ätit för en timme sedan eller inom kort kommer att äta en måltid. Palme (1981) indelar problemet i "äkta" respektive "falsk" hunger. Känsligheten för yttre stimuli som prassel av godispåse, doft av mat och exponering för TV-

reklam är större medan det omvända förhållandet gäller interoceptiva signaler. Känsligheten för och färdigheten att kunna differentiera inifrån kroppen kommande stimuli är lägre.

Reglering av obehag eller det fungerar att äta. Följderna av att inte kunna differentiera extero- såväl som interoceptiva triggers från varandra samt en gemensam tolkning av obehag som alltför ofta indikerar hunger, alternativt aldrig indikerar hunger, utgör sårbarhet och lägre förmåga till kontroll. När personen upplever negativ affekt av någon form tolkas det som hunger och att äta fungerar i det korta loppet som spänningslösande (Bruch, 1973). För den överviktiga med mindre diskriminerad affekthantering kan även glädje och upphetsning vara incitament eftersom individen då kan vilja "fira" det aktuella tillståndet eller situationen.

Eftersom känsligheten och toleransen är låg för olika obehag, samt därtill en tolkning av obehag som farliga och skadliga, blir det viktigt att hitta ett sätt att hantera och lindra obehaget. Inte sällan utvecklas ett undvikandebeteende för dessa signaler och säkerhetsbeteenden som att till exempel alltid se till att ha något ätbart till hands blir viktigt (Beck, 2007a).

Personens handlingsfrihet begränsas således genom rigiditet i copingförmåga utvecklas och vidmakthålls vilket i sin tur bidrar till att sänkt förmåga att utstå känslomässigt obehag vidmakthålls. Stahre (2007) upptäckte, under det att hon arbetade med individer i stresshanteringsgrupper, att de ofta gick ned i vikt som en bieffekt av att hantera sin stress.

Missuppfattningar och mönster av disinhibition och rigid kognitiv kontroll. Samtidigt som mat och ätande blir sättet att hantera många svårigheter på, skapas oönskade biverkningar genom de många hälsofarliga och negativa sociala faktorerna som följer av utvecklingen av övervikt och fetma. Personen blir lidande och hämmad av en alltför stor kroppshydda och stor mängd inlagrat fett. För att hantera detta startar den första (av många) bantningskuror. En spiral med ett inte ovanligt förekommande mönster av bantning omväxlande med rekyl-effekten disinhibition initieras. Föreställningen att viktnedgång innebär att helt avhålla sig från att äta och särskilt att äta viss förbjuden mat gör att individen visserligen tappar i vikt men inte den vikten som hon hade önskat utan i stället har kroppen tömts på vatten och glykogen (Beck, 2007a). Efter att ha hållit igen energimässigt och uttömt både kroppens reserver till fysiologisk svält, samt fått låg uthållighet inträder trötthet, hunger och irritabilitet och individen riskerar att falla in i ett tillstånd av mer eller mindre ohämmat ätande (Stunkard, 1976). Därtill medför deprivationen större upptagenhet av tankar på mat och ätande (Boon, Stroebe & Schut, 2002). Konsekvensen av det blir inte sällan att individen går upp både det hon gick ner och dessutom lägger på sig ytterligare något kilogram. Om detta beteende fort-

sätter under lång tid så kommer inte bara vikten att öka, trots alla goda föresatser och sannolikt plågsamma regimer, utan också ”set-point” (Sherry, 1981) vilket är en slags fysiologisk reglering eller termostat för det intervall där mängden kroppsfett bestäms. Risker är också stor att kroppen ställer in sig på svält och motreglerar på så vis viktne-
dgång genom att sänka förbränningsnivån. En ond cirkel med stor risk för hjälplöshet och hopplöshet i sin önskan att kunna nå sina mål utvecklas.

Kognitiv återhållsamhet. Kognitiv återhållsamhet, eller kognitiv kontroll över impulser, är den ena faktorn i både ovanstående och nedanstående beskrivna förhållningssätt, där den andra utgörs av disinhibition. Kognitiv återhållsamhets yttersta konsekvens är perfektionism och kan i dessa sammanhang ses vid självinducerad svält såsom vid anorexia nervosa och dess yttersta konsekvens för disinhibition utgörs av hetsätning. Herman och Mack (1975) myntade begreppen kognitiv återhållsamhet respektive latent feta om personer som är kroniska bantare oavsett kroppsvolym. Kognitiv återhållsamhet innebär hög grad av medvetenhet om och upptagenhet av mat och ätande samt antas koexistera med vikt under ”set-point” för individen och innebär således ett fysiologiskt tillstånd av deprivation. Att karakteriseras som en person med hög grad av kognitiv återhållsamhet kan innebära risk för överätning när personen utsätts för vissa externa stimuli (Knight & Boland, 1989). Kognitiv återhållsamhet är dock samtidigt nödvändigt för att kunna gå ner i vikt och hålla den lägre vikten över tid (Wing & Klem, 2002). Fenomenet kognitiv återhållsamhet ses även bland många andra kroniska sjukdomar som beroendesjukdomar och diabetes (Stewart & Chambers, 2000; Grilo, Shiffman & Wing, 1993).

Kognitiva förvrängningar. Kanske den vanligaste kognitiva förvrängningen är dikotomt tänkande. Herman och Polivy (Mook, 2004) har i upprepade experiment visat på vanligt förekommande följd av detta tänkande och beteende och myntat uttrycket ”what-the-hell effect”. Detta innebär att individen, ofta på morgonen, bestämmer sig för att ”idag ska jag hålla igen” vilket betyder allt från att inte äta alls till att absolut inte äta ”förbjuden mat” (vilket innebär olika typer av energirik mat). Om individen råkar bryta denna regel kan det hända att alla hämningar släpps för resten av den dagen. Hos en normalviktig person fungerar oftare det omvända genom reglering så att en större måltid kompenseras med ett mindre energiintag vid nästa tillfälle. Dubbelbindande kognitiva förvrängningar samexisterar, t.ex.: ”För att må bra måste jag äta” parallellt med ”För att vara lycklig måste jag vara smal”. Maten och ätandet är både den pålitliga, tillgängliga ”vännen” och fienden.

Målsättning och fokus. Anledningar till att tillståndet tenderar att bli kroniskt, trots att det även funnits lyckade bantningsförsök, kan vara en förväntan eller ett krav, på att viktnedgången måste gå snabbt. Målen som sätts upp är oftast orealistiska och perfektionistiska genom exempelvis villkorsantagandet ”om jag inte går ner 10 kg på en månad är det ingen idé att ens börja”. Men för att bevara förbränningsnivå genom maximal muskelmassa, förhindra ökning av ”set-point”, minska fettlagren och erhålla en viktne­dgång som är hållbar krävs en viktne­dgång om 0,5-1 kg i veckan (Abraham & Llewellyn-Jones, 1992).

Förnekande. Mer eller mindre medvetna former av förnekande förekommer (Lykouras, 2008). Självlurendrejeri och dissociation kan förekomma genom att äta medan man tänker på annat, är distraherad eller tänker aktivt på annat för att försäkra för sig själva i stunden att det som stoppas i munnen inte räknas. Andra exempel är att blunda eller tala om för sig själv att om ”ingen ser det så räknas det inte” eller att fokusera på orättvisan och överdriften att andra kan äta hur mycket de vill.

Självkänsla, livskvalitet och kroppsbild. Självkänslan hos personer med fetma är i allmänhet lägre, eller betydligt lägre, än hos normalviktiga (Klausen & Nilsson, 2009). Kroppsbilden påverkas ofta och på grund av att den ofta är sänkt innebär det sämre livskvalitet. Undvikande beteenden förekommer i många situationer som att väga sig, se sig i spegeln, handla mat och kläder (Pelletier & Dion, 2007). Kroppens utseende tillskrivs ofta irrationella aspekter och personliga karakteristika som intelligens och möjlighet att uppnå lycka.

Stimuluskontrollen. Vissa personer med övervikt eller fetma kan äta oavsett tid, plats och sysselsättning. Var hon än befinner sig och oavsett betingelser som tid på dygnet kan utgöra etablerande omständighet. Personer med övervikt använder sig i mindre grad av regler för när, var och hur man ska äta. Detta bidrar till exempel till ätande tillsammans med andra aktiviteter och platser, till exempel vid datorn, i bilen eller att man äter direkt ur förpackningar samt utan regelbundenhet över dagen.

Andra problem för viktne­dgång

”Bästa resultat erhålles vid obesitas genom en kombination av restriktion av energiintaget och ökad fysisk aktivitet, vilken är den terapi och prevention som förordas” (sidan 291, Björntorp, 2002).

Ovanstående citat utgör exempel på den föreställning som råder kring lämpliga åtgärder vid fetma. Den illustrerar det förenklade synsättet att tillhandahålla vissa logistiska fenomen

såsom tillgänglighet av friskvårdslokaler, vissa ekonomiska incitament som friskvårdsbidrag samt kostrådgivning så kommer fetman att minska. I dessa tankegångar saknas hänsyn till att se andra delar hos individen som grad av motivation, autonomi, kontroll, grupptillhörighet och värderingar (Ogden & Flanagan, 2008).

Attityder, sociala och kulturella värderingar angående fetma och övervikt. Eftersom det många gånger råder en förenklad syn på hur man ska komma tillrätta med övervikts- och fetmaproblemet skapar detta stereotypa fördomar om individerna bakom. Många undersökningar pekar på en utbredd intolerans mot personer med övervikt eller fetma (Carels & Musher-Eizenman, 2010). Flera undersökningar visar även att detta gäller de flesta grupper av vårdgivare (Puhl & Brownell, 2003). Stunkard (1976) menar att personer med fetma ofta tillskrivs minst två brister, dels i form av dålig karaktär som ofta även anges som orsak till övervikten, dels utseendemässigt.

I vår civiliserade kultur ser vi det som värdefullt och belönar personer som lyckats uppnå kroppsutseende med minimala fettlager och synliga muskler. Attributionen av positiva personliga egenskaper och attraktionen till dessa människor är större (Ghaderi & Parling 2009). Dessa stränga sociala normer och värderingar kring övervikt och fetma tjänar dock till att vara en vidmakthållande faktor för problemet (Lykouras, 2008).

Socialt följer en stigmatisering av personer med fetma som inte sällan lider av social ångest, tar färre initiativ, får färre inviter, sämre arbetsmarknadsförutsättningar, riskerar kränkande särbehandling och kritik. Inte sällan är den överviktiges närmaste i den sociala omgivningen som intar en stigmatiserande ohjälpsam attityd (Puhl, Moss-Racusin, Schwartz & Brownell, 2008).

Sammanfattningsvis kan alltså ett av flera problem till fetma vara att vi letar efter orsakerna delvis på fel ställen och lägger skulden på offret (Frank, 2005). Metoderna för att komma till rätta med övervikt och fetma är oräkneliga, riktade mot individen, med alltifrån seriösa alternativ med multiprofessionellt stöd från sjukvårdens sida till totalt verkningslösa kosttillskott som i sin tur beror på att kunskapen har relativt liten utbredning både hos probleminnehavarna som sjukvården (Ingvar & Eldh, 2010; Carr, 2005).

Tron på att orsakerna är felaktig kosthållning och för lite fysisk aktivitet, sätter prägel på vad, hur respektive vem som tar eller ges uppdraget att behandla problemet. Rätt diet i kombination med träning tycks lösningen vara. Även om detta givetvis inbegriper en stor del

av sanningen är den uppenbarligen inte tillräcklig och detta ger ett fält fritt för massiv exponering och löften om snabba resultat från en bantningsindustri med stora kommersiella intressen (Garrow, 2000).

Svårigheter att vidmakthålla viktnedgång

Viktuppgång är Akilleshälen efter all farmakologisk och beteendemodifierande behandling vid fetma (Wadden & Osei, 2002; Cooper & Fairburn, 2001). Personer som genomgått intervention, på egen hand eller via något slags stöd, tenderar att i de allra flesta fallen att gå upp i vikt igen (Wilson, 1994). Motiven till detta är flerfaldiga och faller inom samtliga de områden som angavs för orsakerna till övervikt och fetmautveckling i sig. Biologiskt har kroppen ett försvar mot viktnedgång som bl a styrs av inställd andel kroppsfett via ökad set-point, ökat antal fettceller och olika endokrina aktiviteter för fysiskt vidmakthållande av fetma. Detta är dock endast en av anledningarna till att det för vissa kan vara mycket svårt att både gå ner till och hålla den låga idealvikten utan avsevärda ansträngningar. Nedan följer ett urval av försvårande psykologiska faktorer.

Temporärt arbete. Inte sällan råder en tro på att man genom viktnedgången blivit ”vaccinerad” och att man kan slappna av och inte längre behöva tänka på att monitorera sina beteenden för att hålla vikten (Beck, 2007a). Tvärtom krävs motivation resten av livet för att hålla fast vid sina till del uppbyggda vanor som kanske inte automatiserats. Palme (1988) uttrycker att livet efter lyckad viktnedgång och vidmakthållande blir att ”banta hela livet”.

Primära och sekundära mål. Besvikelse ses ofta över att inte ha uppnått sina ”primära mål” (Cooper & Fairburn, 2001). De primära målen distingeras av att de är uppnåeliga utan vikt-nedgång. Det kan vara att motionera, känna större grad av självkänsla, delta i sociala evenemang, söka arbete mm. Orealistiska förväntningar på vad livet som smal eller normalviktig ska ge dem, på hur kroppen kommer att se ut efter viktnedgång samt syn på arbetet efter vikt-nedgången finns. Den naiva föreställningen att ”när jag gått ner i vikt är problemen borta” råder (Frank, 2005).

Cooper & Fairburn (2001) menar att det är viktigt att se själva viktnedgången som sekundär. I önskan om att gå ner i vikt finns outtalade önskemål om lycka, skönhet och framgång. Eftersom förväntningarna på vad en smal kropp kan åstadkomma i sig ofta är fantastiska, i kombination med de uteblivna vinsterna, ger många överviktiga upp alla försök till vidmakthållande.

Kroppsbild. Viktuppgång kan även bero på personens negativa kroppsbild. En mångfald forskare har funnit samma fenomen, till exempel skriver Bruch (1973) att ”överviktiga personer skyller ofta sina svårigheter på att de är tjocka och hoppas på att problemen försvinner efter att de gått ner i vikt”. Hon har myntat begreppet ”thin fat people” som innebär att personen som lyckats gå ner i vikt fortfarande bär samma last inombords; olösta problem, konflikter och överdrivna förväntningar. Det är inte ovanligt att man låtit livet stå på ”paus” i väntan på att normalvikten infinner sig (Ghaderi & Parling, 2010). När livet inte visar sig så enkelt som man hoppats på ger man upp ansträngningarna och börjar äta obegränsat igen.

Dikotomt tänkande. Det dikotoma tänkandet sätter krokben för vidmakthållandet således och det blir svårt att motivera sig för att stanna eftersom man inte fått ”full pott” vad gäller sekundära mål. Undersökningar av behandlingar med läkemedel visar samma trend där personer som behandlas mot fetma kommer till en platå kan avbryta medicineringen i föreställningen att ”den inte verkar längre”. Därefter är viktuppgången ett faktum.

Underlättande faktorer för viktnedgång och vidmakthållande av densamma

Trots svårigheter med vidmakthållandet finns möjligheter till framgång och de tre viktigaste beteendefaktorerna för att hålla vikten efter viktnedgång är att hålla fast vid en hög nivå av fysisk aktivitet, äta en kost som är hälsosam och fettfattig samt att aktivt övervaka kroppens vikt (Cooper & Fairburn, 2001).

Elfhag och Rössner (2004) konstaterar i en sammanställning att framgångsfaktorer för att vidmakthålla viktnedgång är: större initial viktnedgång, att uppnå ett av individen bestämt mål, leva ett fysiskt aktivt liv, hälsosamma regelbundna måltider inklusive frukost, kontroll över överätande och självmonitorering av beteenden. Vidmakthållande associeras vidare med en inre motivation att gå ner i vikt, socialt stöd, bättre copingstrategier och förmåga att hantera livets stress, self-efficacy, autonomi, högre grad av ansvarsfullhet i livet och överhuvudtaget större psykologisk styrka och stabilitet.

Registret National Weight Control Registry (NWCR). National Weight Control Registry (NWCR) startades 1994 av Hill och Wing (Hill, Wyatt, Phelan & Wing, 2005) och har till dags dato genererat cirka 30 artiklar om framgångsrik viktnedgång och vidmakthållande av densamma. Registret innehåller data på cirka 5000 personer som lyckats gå ner ett minimum om drygt 10 kg (30 pounds) och hålla fast vid den vikten under minst ett års tid. Villkoret för att få vara kvar i registret är att vikten hålls stabil (med 2 kg:s marginal) efter ovanstående

angivna viktnedgång. Cirka 20% klarar att vidmakthålla en viktnedgång av den storleken. Ännu färre torde således lyckas bli dels normalviktig, dels underhålla det för resten av livet.

Att väga sig ofta, fortsätta föra matdagbok emellanåt, ge sig en timme motion varje dag, äta frukost, äta regelbundet och inta fiberrik kost med lågt fettinnehåll samt föra ett mer aktivt liv än genomsnittet för befolkningen utgör framgångsfaktorer. Vidmakthållandet har också visat sig kräva med tiden allt färre strategier så att de åtgärder som ger stöd åt den önskade vikten uppfattas som mer automatiserade och uppskattade (Wyatt, Phelan, Wing & Hill, 2005; Grieve & Vander Weg, 2003). Om orsaken till viktnedgången varit medicinsk, till skillnad mot exempelvis estetisk, har detta fortsatt att vara en stark motiverande faktor för personerna och underlättat vidmakthållandet (Gorin, Phelan, Hill & Wing, 2004).

Behandlingsmöjligheter förutom kognitiv beteendeterapi

Nedan anges en mycket kort sammanställning av bredden av olika aktuella behandlingsalternativ som finns vid fetma och effektivitet hos desamma. För en mer uttömmande beskrivning hänvisas till exempel till Edlund & Zethelius utmärkta samling "Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi" (2008).

Obesitaskirurgi. Obesitaskirurgi är den mest effektiva metoden, sett ur såväl kort- som långsiktigt perspektiv, för att gå ner i vikt (Wren & Feher, 2010). Efter ingreppet, som är irreversibelt, får personen äta till ett energivärde av cirka 100–200 kcal per måltid, 5–6 gånger per dag. Födan måste vara socker- och fettsnål annars uppstår "dumpingsymtom" som liknar panikångest, till exempel hjärtklappning, illamående och skakningar. Personen måste livet ut supplementera med olika vitaminer och mineraler.

Denna behandlingsform har kritiserats för att den inte tar hänsyn till den biopsykosociala etiologin bakom fetma. Terre (2010) kommenterar att "det finns fortfarande ingen kirurgisk åtgärd mot de psykosociala faktorer som en gång ledde till övervikten". Omedelbart visas en stegring i psykisk hälsolivå, till exempel grad av depression och ångest, för att efter en tid återgå till baseline (Waters et al., 1991). Flera fall av självmord har även rapporterats efter interventionen "trots lyckat resultat av ingreppet" (Omalu et al., 2005).

Farmakologiska alternativ. I skrivande stund finns ett läkemedel med specifik rekommendation att användas för viktnedgång; Orlistat eller produktnamnen Alli eller Xenical. Genom intag av Orlistat minskas kroppens fettupptag med 25-30% i en måltid som därmed inte absorberas, används eller lagras som energi. Det är rekommenderat att användas som ett

tillägg till andra livsstilsförbättrande åtgärder. Fettsnål kosthållning underlättar för att det ska fungera och för att det inte ska ge alltför stora biverkningar som härrör företrädesvis från matsmältningssystemet. Det farmakologiska alternativet fungerar så länge det tas och långtidsbruk kan på grund av preparatets riktade verkan (t.ex. diarréer) vara svårt att tolerera (Östman, Britton & Jonsson, 2004).

Kostrådgivning och lågkaloridiet. Kostrådgivning, det vill säga råd att dra ner på totalt fett- respektive energiintag kan leda till viktförlust om 3-10 kg under det första året efter rådgivning. Långtidseffekter är osäkra (ibid). Alternativet VLCD (Very Low Calorie Diet) som ibland ges på specialistkliniker består av näringsberikade men energisnåla drycker som dagligen ger 400-800 kcal/dygn. Varianten LCD (Low Calorie Diet) ger 800-1200 kcal/dygn och har visat sig ge lika bra resultat (Öhrvall, 2009). Patienten ska stå på denna diet under kort tid och under reglerade former och metoden används ofta för att sätta igång ett längre arbete eller för preoperativt ändamål. Bieffekter kan bland annat bestå av gallvägsbesvär.

Motion. Bland många kända positiva följder av att regelbundet motionera är att det bidrar till viktreduktion genom ökad energiåtgång, förebygger viktuppgång, medverkar till bibehållen muskelmassa och därmed metabol nivå samt fungerar aptitsänkande. Vidare bidrar motion till att stämning respektive smärtröskel höjs samt förbättrar stresstoleransen (Forslund, 2009). Motion som enda intervention är sällan eller aldrig tillräcklig för viktneidgång (Mannix et al., 2005).

Kombinationen kostrådgivning, motion och beteendeterapi. Kostrådgivning och motion med adderad beteendeterapi ger bättre effekter tillsammans än de två förstnämnda strategierna var för sig. Dock krävs det att patienterna erbjuds behandling under lång tid, dvs under flera års tid (se ovan).

Viktväktarna och andra kommersiella program. Resultaten av de kommersiella programmen, där Viktväktarna är den största aktören, är att ungefär 20% av de som lyckas gå ner i vikt behålla en viktnedgång om c:a 10% (Östman, Britton & Jonsson, 2004).

Jämförelse mellan KBT-program för viktnedgång

Kortfattad historik – beteendeterapeutiska interventioner. Det troligen första dokumenterade beteendeterapeutiska programmet mot övervikt genomfördes i början av 60-talet av Ferster, Nurnberger och Levitt (Stuart, 1967) i avsikt att visa att det psykoanalytiska antagandet om insikt eller omedvetna motiv inte behövde klarläggas (Nurnberger & Zimmerman, 1970) för att nå viktnedgång. I den studien gjordes en noggrann kartläggning eller beteendeanalys med motsatt intervention för att kontrollera att studieobjekten uppgivit rätt mängd energi. Den motsatta interventionen bestod således av att försökspersonerna fick öka sitt energiintag med så stor andel, givet det de angav i baseline, att de gick upp 0,5 – 1 kg på en vecka. Sedan lades ett program med beteendemodifierande interventioner inbegripandes bl a stimuluskontroll och aversiva inre verbala uttalanden om att äta för mycket.

Stahres program Övervikt handlar om känslor. Stahre (2005; 2007) har utformat ett 9-steps-program som sammanfattningsvis går ut på att ifrågasätta och byta negativa livsregler och tankemönster, stärka självbild, lära sig kunna sätta gränser och se hur man själv bidrar eller skapar sina problem, sund kommunikation och leva enligt de långsiktiga målen. Detta program, går ut på att ge patienterna färdigheter först, i likhet med Judith Becks innan patienterna börjar ta itu med sitt ätbeteende inklusive ökar sin rörelsemängd. Anmärkningsvärt är att programmet med sin korta tid om 10 veckor har visat sig ha både positiva kort- som långtidseffekter (ibid).

Cooper & Fairburns program CBT for Obesity. Cooper & Fairburns program är individinriktat, 24–30 sessioner långt och innefattar tre faser: a) att identifiera och modifiera orealistiska viktmål, b) hantera bekymmer med kroppsbilden och c) lyfta upp de ”primära målen”. Programmet är indelat i nio moduler som i kronologisk ordning handlar om start av behandling, viktnedgång, genomgång av hinder mot viktnedgång, nutrition, fysisk aktivitet, kroppsbild, viktmål, primära mål samt vidmakthållande av viktnedgång. Ett uttalat syfte redan från början är att lära ut vidmakthållandestrategier, oavsett om patienten har nått sin målvikt eller ej när det är dags att introducera den modulen.

Primära mål definieras som mål patienten hoppas uppnå som resultat av viktnedgång. Dessa kan inkludera utseende, ökat självförtroende, ökad interpersonell funktion samt förbättrad kondition. Dessa mål tas upp, går igenom och problemlöses för att se om det går att uppnå dem på andra sätt än via viktnedgång (Cooper & Fairburn, 2001).

Programmet LIWE. Ett program med utbredd användning i Sverige är LIWE-programmet (Lifestyles Interventions for Weight Management) är 24 sessioner långt och fokuserar på aktiv beteende- och livsstilsförändring i vardagen (Edlund & Zethelius, 2009b). Utöver gruppssessionerna ingår även 3 individuella sessioner samt högst sex booster-sessioner i uppföljande syfte. Kontrakt skrivs och behandlingen avbryts efter två på varandra uteblivna sessioner.

Beck Diet for Life. Judith Becks program The Complete Beck Diet for Life (Beck, 2008) är en vidareutveckling av Beck Diet Solution (Beck, 2007a). Programmet handlar om att ifrågasätta och ge alternativ till de olika maladaptiva föreställningar och beteenden som vidmakthåller problemet. Programmet lär ut hantering av dessa kognitiva förvrängningar, utöva experiment för att uppnå impuls kontroll, hålla motivationen levande, utarbeta nya positiva erfarenheter och hjälpsamma tankar samt motarbeta säkerhets- och undvikandebeteenden (Beck, 2007a-b; 2008). Programmet består i sin helhet av fem stadier. Stadium ett består av framgångsstrategier för att hantera känslor, tankar och beteenden på ett proaktivt sätt för vikt nedgång (se beskrivning under rubrikerna *Behandlingsmetod och procedur* respektive *Programmet i kronologisk ordning* i denna uppsats). Stadium två består av detaljer om mat och energimängd. Stadium tre handlar om hur man kan hantera utmanande situationer som restaurangbesök och andra sociala sammanhang. Vid stadium fyra antas det att man kommit så långt i sin vikt nedgång att man tangerar vidmakthållande och behöver strategier för ett flexibelt ätande. Stadium fem, slutligen, består av frågor kring motivation och hur den kontinuerligt och förhoppningsvis för resten av livet hålls aktuell. En viktig poäng med programmet är att färdigheter för att klara utmanande situationer ska läras in först, innan personen förändrar kosthållning och mängden motion. Syftet är att kunna hantera alla de fällor och känslor som är relaterade till övervikt, viktminskning och vidmakthållande. Avsikten med programmet är att alla former av beteenden relaterade till vikt och ätbeteende behöver sättas under kontroll först för att maximera chanserna till lyckad vikt nedgång samt vidmakthållande av densamma.

Becks program är utformat som självhjälpshandböcker och har, enligt författarens kännedom, ännu inte prövats genom kontrollerad studie vare sig i grupp- eller individformat. Beck beskriver användningen av programmet i litteraturen och i delar på programmets officiella hemsida.

Andra framgångsrika program. Sbrocco, Nedegaard, Stone och Lewis (1999) visade i en studie där man randomiserat två grupper av kvinnor till antingen traditionellt beteende-

terapeutiskt program (TBT, traditional behavior treatment) eller ett program där personernas egna val styrde (BCT, behavioral choice treatment). I det senare programmet råddes de att äta till en mängd av 1800 kcal/dag och i det förstnämnda skulle de hålla sig till 1200 kcal/dag. I båda programmen understöddes motion. Övriga interventioner i det sistnämnda programmet var att öka självkänsla och acceptans. Resultaten är det enda i sitt slag eftersom den grupp som fick BCT faktiskt fortsatte att gå ner långsamt i vikt efter genomförd intervention.

Program med långtidsupplägg är mycket sällsynta. Björvell och Rössner (1985) genomförde dock ett fyra år långt program med en stor grupp personer med allvarlig fetma med beteendemodifikation, träning, kostråd samt ”akut” behandling eller repetition till de deltagare som fick ett tillfälligt bakslag. Resultaten visade på stor framgång och att det är möjligt att vidmakthålla större delen eller det mesta av viktnedgången efter avslutat program.

Indirekta interventioner vid fetma. Flera studier har gjorts där man gett rådet till patienterna eller gruppmedlemmarna att sluta banta och i stället se till att öka sin livskvalitet på flera sätt, bl a genom hälso- och livsstilsfrämjande interventioner som motion men även kropps- respektive självbilsmodifierande (Foster, 2005). Dessa ansatser har kritiserats för att alltför mycket likna sedvanliga livsstilsmodifierande program (ibid).

Nya försök har även gjorts att försöka förmå patienter att öka acceptans av kropp och vikt och leva ett bra liv utifrån de förutsättningar och den kropp de har (Forman, Butryn, Hoffman & Herbert, 2009).

Vad är ett bra resultat respektive bra behandling? För att sänka blodsockernivå, kolesterol i blod, blodtryck och andra parametrar på fysiskt förbättrad hälsa räcker en viktning om 5-10% (Östman, Britton & Jonsson, 2004). Ur medicinsk synpunkt är det ett tillräckligt bra resultat. Ur den behandlades perspektiv är detta dock oftast helt oacceptabelt (Cooper & Fairburn, 2001).

Loper och Lutes (2005) menar att fetmabehandling kräver en multidisciplinär hållning som bäst ges i ett sammansatt vikthanteringsprogram där livsstilsmodifikation och utbildning utgör hörnstenarna i och att behandlingen löper över lång tid samt inbegriper lång tids uppföljning ungefär som vid diabetes, högt blodtryck och astma. SBU (2004) konstaterar i sin rapport angående förebyggande insatser mot fetma där 31 studier granskats att problemet kräver ”betydande insatser” för att lyckas.

Fördelar med behandling i grupp. Fördelarna med gruppbehandling är bland annat vikarie-
rande inläring eller modellinläring. Medlemmarna kan få distans, dela glädje, framgångar
och frustration med varandra. Dessutom sker normalisering och igenkänning (Palme, 1981;
Radomile, 2004). Överviktiga är, som nämnts tidigare, även en grupp som utsätts för social
stigmatisering varför ensamhet och oförståelse om problemet är vanligt. Dessutom tillförs
genom gruppen flera förändringsmekanismer som optimism, tillhörighet, gruppbaserat
lärande, minskad självfokusering och gruppsammanhållning (Bieling, McCabe & Antony,
2006).

Syfte. Studiens syfte är att se om personer med fetma kan implementera strategier från
stadium ett (för beskrivning se uppsatsens metodavsnitt) av Judith Becks program för
viktnedgång. För att optimera framgång, öka motivation och realistiskt perspektiv får
medlemmarna psykoedukation och kunskap om kost, motion och vidmakthållandestrategier
att tillämpa efter viktnedgång.

Hypoteser

1. Deltagarna kommer att gå ner i vikt under gruppens existens och denna intervention.
Detta kommer att visa sig via BMI och vikt i kg. Tidigare forskning visar att möjlig
viktnedgång är 5-10% av startvikten (Cooper & Fairburn, 2001). I praktiken kan det
resultera i 6,5 – 14,5 kg:s viktnedgång.
2. Deltagarna kommer att via frågeformuläret TFEQ visa sänkning på skalan
disinhibition/hungerkänslighet, ökning på skalan som anger grad av kognitiv återhåll-
samhet och minskning på skalan för emotionellt ätande.
3. Deltagarna kommer att uppvisa ökad regelbundenhet vad gäller måltidsfördelning per
dag samt ökad mängd motion.

Metod

Demografisk beskrivning. Undersökningsgruppen bestod av 7 kvinnor mellan 23 till 60 års
ålder. Medelåldern var 38,5 år. Sex av dessa var gifta/samboende. De hade mellan 29,1 – 37,5
i BMI kg/m² (medelvärde 33,7). Samsjuklighet fanns hos tre deltagare (SLE, ALS, RA,
KOL, hypertoni). Samtliga angav hälsoskäl som det största motivet till viktnedgång. Samtliga
var icke-rökare. Ingen åt på nätterna eller hetsåt. Samtliga angav god sömn. Fem av delta-
garna hade tidigare varit föremål för psykologisk intervention med anledning av ångest-

och/eller depressionsbesvär. Två av dem använde psykofarmaka mot depression (Anafranil respektive Mirtazapin). Ingen tog någon form av läkemedel i avseende att sänka aptiten eller motverka fettupptag. Fem av deltagarna hade högskoleutbildning eller var universitetsstudierande och de övriga två hade gymnasium som högsta kompetens.

Rekrytering och inklusionskriterier. Informationsblad lades först ut i cirka hälften av Malmö vårdcentralers väntrum så att såväl patienter som vårdpersonal kunde få förstahandsinformation. Vårdcentralerna var spridda vad gällde demografiska aspekter och bostadsområden. Dessutom lämnades information till Primärvårdens samtliga kuratorer, psykologer (inkl. MBHV) och dietister i Malmö. Detta genererade sexton svar till för ändamålet anordnad e-postadress. De som anmälde intresse fick först ett frågeformulär att besvara via e-post.

Eftersom antalet personer som anmälde sig via rekryteringsarbetet i Primärvården var litet sattes även information om behandlingen upp på anslagstavlor tillhörande Malmö Högskola. Därifrån anlände dock inga svar.

Kriterier för att bli uttagen till gruppbehandling var:

- a) Om personen tidigare hade försökt att flera gånger gå ner i vikt genom att minska sitt energiintag och ökat motionen men inte lyckats fullfölja sina intentioner eller vidmakthålla vid uppnått resultat.
- b) Om personen flera gånger tidigare hade gått ned i vikt men inte lyckats hålla den vikten.
- c) Villighet att lägga ner minst en timme om dagen på programmet inklusive motion.
- d) Liten, eller låg grad av samsjuklighet. Ett krav var att de inte skulle ha någon ätstörning. Önskvärt var även att de inte skulle vara nattätare.
- e) Ej psykos, bipolär sjukdom eller pågående kris.
- f) Ej diabetes eller thyreoideasjukdom.

Under intervjun bedömdes kliniskt patientens skäl och motivationsgrad gällande vikt-nedgång. Motivationsgrad bestämdes av kriterierna att vara villig att avsätta tid, huruvida det fanns stöd eller motstånd socialt (företrädesvis make/sambo), hur de såg på att delta i gruppverksamhet, någorlunda grad av realism vad gällde vad de kunde förvänta sig i vikt-nedgångshastighet samt att utstå vägning redan under intervjutillfället. Nödvändigt för att accepteras som gruppmedlem var också att de medgav delar av sitt beteende som orsaker till övervikten, främst överätning.

Totalt anmälde sig 16 personer. Sju av dessa uteslöts. Tre personer kunde inte avsätta tillräckligt med tid, en hade aldrig tidigare försökt gå ner i vikt genom ändrad kostregim eller ökad fysisk aktivitet, en hade diabetes och två personer bedömdes inte kunna ta det egenansvar som krävdes. Gruppen startade med nio deltagare.

HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) användes för att kontrollera för om eventuell allvarligare grad av ångest eller depression förelåg. Det är ett 14 frågor långt frågeformulär som utvecklades av Zigmond och Snaith (1983). Det anger graden av ångest och depression och frågorna är fördelade så att halva formuläret består av påståenden som gäller ångest och den andra halvan av påståenden som gäller depression. Två cut-offgränser finns och de ligger vid 7-10 poäng för mild till måttlig ångest/depression respektive från 11 poäng för ångeststörning eller depression av den grad att patienten bedöms vara i behov av läkarvård. Ingen av dem uppfyllde depressiva besvär som bedömdes försvårande för behandling (genomsnitt 4,7 poäng, range 0-9), däremot lättare ångestbesvär (8,1 poäng, range 4-14).

Samtliga deltagare lämnade skriftligt medgivande till att deras avidentifierade data, som var av betydelse för studien, fick användas.

Behandlingsmetod och procedur. Behandlingsdelen bestod av tio gruppsessioner à två timmar, med vägning i halvtids paus, varav de första sex sessionerna med en veckas mellanrum medan de fyra därpå följande sessionerna följde med två-tre veckors mellanrum. Betoningen låg mest åt det psykoedukativa hållet och mestadelen av ansvaret lades på deltagarna att övervaka sina beteenden. Kunskap och information om vidmakthållandearbetet efter viktnedgång genomgicks i slutet av programmet. Progress följdes med vägning varje gång då samma våg användes, samma tid och i inomhuskäddor utan skor. Gruppdeltagarna fick handouts på allt undervisningsmaterial samt blanketter att fylla i när experiment utfördes och instruktioner för genomförande av olika övningar. Hemuppgifterna gick noggrant igenom under varje session samt följdes upp under därpå följande session. Psykoedukationen som ingick i programmet finns angiven i teoridelen i denna uppsats. Samtliga nedanstående uppgifter och experiment är från stadium ett och finns angivna i Judith Becks ”The Complete Beck Diet For Life” (2008). Utöver ovanstående gavs deltagarna också stort utrymme att dela med sig, dels av hemuppgifterna och hur de löst dem, samt dela andra erfarenheter med varandra som rörde viktnedgång. Dessa utbyten genom samtal i grupp har inte systematiserats och kommer därför inte att redovisas som resultat i denna uppsats. Sessionerna spelades inte in på videoband/DVD eller på ljudfil/kassettband. När hinder uppstod för deltagarna kunde

möjliga problemlösningsprocesser vara a) andra deltagares erfarenheter, b) andra deltagares förslag till lösningar, c) att använda kognitiv omstrukturering, d) rådgivning, psykoedukation och kunskapsförmedling, e) upprepa moment som gåtts igenom tidigare under kursen som behövde konsolideras.

Programmet i kronologisk ordning

Gång 1:

- Introduktion om KBT och psykoedukation om hur och vad en framgångsrik person gjort respektive gör för att gå ner i vikt och hålla övervikten borta (var god se lista på vad evidensen säger om hur personer lyckats gå ner i vikt samt hålla det borta under rubriken Registret National Weight Control Registry) .
- Deltagarna fick skriva lista över motiven för viktnedgång samt strategier för att motivera sig själv att genomföra denna (livslånga) process. Förslag på strategier de kunde använda var att sätta upp påminnelser, skriva meddelanden till sig själva på mobilen eller mejl eller andra sätt de kunde fundera ut för att påminna sig om motiven.
- De fick även skriva ner kortsiktiga delmål och hur de skulle belöna sig själva så fort de uppnått varje delmål.
- Ge sig själv beröm var den uppgift de skulle bevara på olika sätt, till exempel noteringar i pärm eller låda.
- Den tredje uppgiften var att de hemma skulle öva på att äta långsamt, medan de satt ner och var medvetet närvarande vid sina måltider. De fick öva på att halvera en måltid i två delar. Den ena halvan skulle de äta så fort de kunde samt under maximal distraktion (TV, tidning eller annat) medan den andra skulle intas långsamt medan de satt ner och utan distraktion.
- Under denna gång får de komprimerade riktlinjer för ätande, det vill säga regelbundenhet 5-6 gånger/dag fördelat på tre huvudmål och två till tre mellanmål samt råd om vad de behöver äta mycket respektive mindre av. Detta ansågs nödvändigt för att vända trenden hos flera i gruppen som inte åt frukost samt förhindra eventuella missförstånd om viktnedgång som lika med svält.

Gång 2:

- Psykoedukation om skillnader mellan normalviktiga och överviktiga vad gäller känslighet eller sårbarhet för (sensitisering) olika stimuli eller triggars samt upplevelse av hunger och sug (se introduktionsdelen i denna uppsats).
- Information om ”set-point” och att man riskerar att höja den för varje gång man går ner i vikt alltför snabbt och sen går upp i vikt igen samt lägger på sig ytterligare vikt (se introduktionsdelen i denna uppsats).
- Skillnaden mellan hjälpsamma och saboterande tankar och skriva dem på coping-cards (flash-cards). Exempel: ”Det är orättvist att jag inte kan äta vad som helst. Andra kan äta hur mycket de vill.” En hjälpsam tanke kan då vara: ”Jag har varit orättvis mot mig själv länge genom att äta hur mycket jag vill. Dessutom kan jag jämföra mig med andra personer som begränsar sig och tänker på sin hälsa i stället.”
- Sex olika övningar eller strategier gicks igenom för att utöva kontroll över hunger, sug och att äta av andra skäl än för att till största delen tillgodose energibehovet. Beteendexperimenten består av att bevisa för sig själv att a) kunna lämna mat på tallriken och i stället slänga den b) kunna låta bli att äta av känslomässiga skäl och till exempel använda en annan strategi för emotionell hantering, c) veta att mättnad slår till genom att vänta cirka tjugo minuter, d) att man kan överkomma sug genom att låta suget komma men inte agera på det, samt e) att hunger inte behöver akuta åtgärder som bevisas genom att individen hoppar över en måltid och väntar till nästa. Beteendexperimenten var planerade att utföras tillsammans med responsprevention så som Judith Beck föreskriver. Med responsprevention menas att de skulle ägna sig åt något annat i stället för att äta. Till exempel hushållssysslor, höja stämning med musik, ringa någon, planera eller vad som helst som de valde själva. Gruppmedlemmarna gavs förslaget att de skulle välja två av uppgifterna. De flesta valde dock att genomföra samtliga övningar.

Gång 3:

- Psykoedukation om dikotomt tänkande (jmf ”what-the-hell effect”) (se introduktionsdelen i denna uppsats).
- Från Judith Becks program informerades om att öva sig i att äta ohälsosam mat som gruppdeltagaren och att hantera misstag, det vill säga förhindra överätning direkt i stunden i stället för ett dikotomt, reaktivt svar som skulle ha kunnat innebära stora mängder energirik mat respektive godis.
- Strategin som gruppmedlemmarna fick öva på var att helst äta oplanerat endast den måltiden eller avsluta den osunda måltiden genast. Det går att återigen följa planen genast utan att skjuta det till nästa dag.

Gång 4:

- För att gruppdeltagarna skulle få första hands information om lämplig kost, fördelning över dagen samt anledningar till att man bör äta regelbundet engagerades en legitimerad dietist. Gruppen fick information om lämplig kostsammansättning och energiintag. Information om regelbundenhet och hur man kuperar blodsockersvängningar och därmed minimerar överätning, sug och hunger på biologisk grund (se även kortfattad information om detta i teoridelen). Denna information finns att hämta på Livsmedelsverkets hemsida.

Gång 5:

- Vikten av motion samt fördelar med och mängd för att optimera viktnedgång samt reducera stress och som ett sätt att höja sinnesstämning, lett av legitimerad sjukgymnast (se även kortfattad information om motionens fördelar i teoridelen).

Gång 6:

- Planering inför ett uppehåll på tre veckor. Frågor och tips från gruppleddaren för stimulans att hålla motivationen levande samt utöva kontroll över sitt ätbeteende. Gruppdeltagarna fick handout från (Cooper, Fairburn & Hawker, 2004) om hur man sätter gränser i socialt utmanande situationer, fest och högtider.

Gång 7:

- Om vidmakthållandets svåra konst. Gruppmedlemmarna gavs repetition från session ett. Vi gick igenom alla de styrfaktorer, främst psykologiska men även miljömässiga, som sammantaget bidrar till svårigheterna att hålla en viktning över lång tid. Samtlig information om vidmakthållande finns i denna uppsats teoridel.
- Utöver detta repeterades och genomgicks strategier de tidigare lärt sig.

Gång 8:

- Här gavs möjlighet till utökad diskussion om svårigheter, bakslag och motivation. Påminnelser om att använda de strategier de fick öva på under gångerna 1 till och med 3. Medlemmarna fick bestämma huvudinnehållet för de två sista gångerna.

Gång 9:

- Affektreglering och stresshantering genom presentation av flera mindfulnessövningar. Repetition och hemuppgifter. Konsolidering.

Gång 10:

- Se gång 9. Vi fortsatte med mindfulnessövningar. Avslutning och utvärdering i TFEQ, regelbundenhet ätande och motion.

Instrument och använda utfallsmått. De instrument och använda utfallsmått som använts i studien är BMI (Body Mass Index), vikt och TFEQ-21 (Three-Factor Eating Questionnaire).

BMI. BMI är förkortning för Body Mass Index, kroppsmasseindex. BMI anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen $BMI = \text{kroppsvikt (kg)} / (\text{kroppslängd} * \text{kroppslängd (m)})$. För en person med en viss längd ökar BMI med ökande vikt. Det finns i litteraturen lite olika gränsvärden för vad som skall räknas som övervikt men i tabell 2 ges en översikt över de vanligast förekommande BMI-gränsvärdena för vuxna människor.

Tabell 2. Gränsvärden för BMI enligt WHO 1985.

Viktclasser	Män	Kvinnor
Underviktiga	<20	<18,6
Normalviktiga	20,0-25,0	18,6-23,8
Överviktiga	25,0-30,0	23,8-28,6
Fetma	>30	>28,6

TFEQ. TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire) utvecklades av Stunkard och Messick (1985). Frågeformuläret fångar hungerintensitet, och grad av mönstret ”disinhibition-återhållsamhet”. Detta mönster antas ha stor betydelse för vidmakthållande av övervikten (Stunkard, 1976), bland annat eftersom det triggar igång biologiska stress- och överlevnadsmekanismer som kan ge ett närmast oemotståndligt sug och hunger hos individen.

Formuläret består av de tre skalorna hunger och disinhibition (ohämmat ätande), som indikerar samt känslighet för hunger respektive grad av hungerupplevelse, kognitiv återhållsamhet (kontroll) och emotionellt ätande. Frågorna är till antalet 21. Det har prövats i många studier (Allison, Kalinsky & Gorman 1992; Karlsson, Persson, Sjöström & Sullivan 2000) och visat god test-retest reliabilitet och diskriminant validitet (Cronbachs alpha 0.70-0.90). Instrumentet används i forskningssammanhang både vad gäller övervikt såväl som ätstörningar. Skalan disinhibition har visat sig korrelera med grad av impulsivitet (Yeomans, Leitch och Mobini, 2008).

Resultat

Resultaten, i tabell 3, visar att på gruppnivå uppnåddes en nedgång från genomsnittliga 92,03 (SD= 12,73) kg till 86,63 kg (SD=14,65, $p>0,01$) vilket ger procentuell viktne-
dgång om 5,94 %. BMI visar att hela gruppen i genomsnitt gått ner två enheter i medelvärde, från 33,7 till 31,7 ($p>0,05$). Detta är en acceptabel nivå för att förbättra fysisk hälsa. Spridningen är högre vid behandlingens avslutning eftersom fem av medlemmarna lyckades gå ner i vikt medan två av dem knappt gick ner alls. Ingen gruppmedlem gick upp i vikt. Generellt visar TFEQ att de på gruppnivå gått från ett ätbeteende kännetecknat av lägre kontroll till ett mer

medvetet och återhållsamt. Samtliga sju lade om sina måltider och åt regelbundet samt motionerade de rekommenderade trettio minuterna varje dag.

I tabell 3 visas resultaten angående regelbunden måltidshållning och motion. Samtliga förbättrade från oregelbundet förlagda måltider (0%) till regelbundna dito (100%, $p > 0,001$). Drygt hälften av medlemmarna i gruppen motionerade redan de för hälsan gynnsamma trettio minuterna vid starten av behandlingen (57,14%) och en ökning hade skett vid slutet så att samtliga medlemmar hade lyckats uppnå den nivån (100%) som dock inte är en statistiskt signifikant skillnad.

Resultaten från de tre delskalorna på TFEQ har såsom manualen föreskriver räknats om till överskådliga VAS-poäng (0-100) och visas i tabell 4. Resultaten på TFEQ visar att gruppens ätbeteende ändrades så att de tenderade att uppleva mindre grad av hungerkänslighet och disinhibition, från 69,50(SD=16,33) vid första mättillfället till 63,00(14,90) vid andra mättillfället. Benägenheten att äta vid emotionellt obehag sjönk likaså, från 70,88 (SD=19,66) till 62,57(20,21). Dessa värden är dock inte signifikanta. Signifikant större skillnad märks däremot på skalan som visar kognitiv återhållsamhet över ätbeteendet som ändrades från 49,25(SD=10,78) till 79,14(SD=08,65, $p > 0,001$).

Tabell 3.

Genomsnittliga skillnader i vikt, BMI, motion/dag, samt regelbundenhet måltider före respektive efter interventionen.

Mått	Måttillfälle ett (SD)	Måttillfälle två (SD) och eventuell signifikansnivå	Paired T-test (Two-tailed)
Vikt i kg	92,03(12,73)	86,63(14,65)**	0,008
BMI kg/m ²	33,69(03,09)	31,75(04,22)*	0,034
Motion 30 min/dag - % av gruppen	57,14(53,45)	100,00(00,00)	NS
Regelbundet ätande - % av gruppen	00,00(00,00)	100,00(00,00)***	0,000

Tabell 4.

Genomsnittliga värden för ätbeteende mätt med frågeformuläret TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire) före respektive efter gruppinterventionen. Högre värden indikerar större förekomst av beteendet.

Mått	Måttillfälle ett VAS 0 – 100 (SD)	Måttillfälle två VAS 0 – 100 (SD)	Paired T-test Sign. 2-tailed
Hungerintensitet/Okontrollerat ätande	69,50(16,33)	63,00(14,90)	NS
Kognitiv återhållsamhet	49,25(10,78)	79,14(08,65)***	0,000
Emotionellt ätande	70,88(19,66)	62,57(20,21)	NS

Statistisk analys. Medelvärden, standardavvikelser och T-test har beräknats med hjälp av SPSS 17.0.

Bortfall deltagare och data. Vid starten av behandlingen, det vill säga session ett, var de nio medlemmar. En av dessa var en man och han deltog endast den första gången. Kontakt togs via telefon och e-postmeddelande med mannen utan att få respons. Således finns ingen information om orsakerna till detta bortfall. Från session två till och med fem deltog oftast de resterande åtta medlemmarna. Data från den person som uteblev fem gånger har uteslutits ur analysen. Anledningen till hennes frånvaro var svårigheter att prioritera arbetet med viktning. Under behandlingens gång var två gruppmedlemmar borta till följd av sjukdom vid sina frånvarotillfällen, en person till följd av semester vid ett tillfälle och en person till följd av att det kolliderade med ett utbildningstillfälle. Data från instrumenten och utfallsmåtten BMI, vikt, TFEQ, regelbundenhet måltider och motion är kompletta.

Diskussion

Metoden. Resultaten pekar på att metoden hade avsedd effekt, genom viktning på 5-10%, för fem av deltagarna. Av de övriga två deltagarna gick en ner i vikt, dock ej ur medicinsk synvinkel till acceptabel nivå. BMI visar att hela gruppen i genomsnitt gått ner två enheter i medelvärde, från 33,7 till 31,7 ($p > 0,05$). Ingen av medlemmarna gick upp i vikt. Inga oönskade bieffekter noterades. TFEQ visar att gruppen gått ner något vad gäller faktorerna intensitet i hunger/disinhiberat ätande respektive emotionellt ätande. Skalan för kognitiv återhållsamhet visar att de håller sina strategier mycket mer i sitt medvetande nu vilket inte är ovanligt efter den här typen av behandling (Björvell, Rössner & Stunkard, 1986). Detta kan tolkas både som positivt och negativt eftersom det, om det upplevs som alltför ansträngande, riskerar att gå över i dess motsats, disinhibition. Tekniker som underlättade ett moderat intag av dels mat, men också av "förbjudna" matvaror som godis, pizza eller andra energirika livsmedel har förhoppningsvis hjälpt personerna att hålla ett jämnare energiintag utan att sabotera med överätning. Metoden kan också ha gett individerna ett mer realistiskt sätt att hantera alla former av mat respektive mängden mat (Herman & Polivy, 1984). Att ge gruppmedlemmarna dessa färdigheter först, innan de startar med manipulation av energiintag och öka rörelsemängd, kan således fungera positivt. Det ger även större betydelse åt arbetet med viktning som svårt och kräver ett livslångt åtagande.

Grupprocesser togs inte upp eller synliggjordes. Däremot poängterades de psykologiska konkurrerande processerna mellan att äta eller hålla igen på energiintaget. Samtliga sessioner

inleddes med genomgång av hemuppgifter samt avslutades på samma vis. Repetition och sammanfattningar förekom ofta, dels beroende på att de flesta av deltagarna uppvisade frånvaro vid minst ett tillfälle, dels av pedagogiska och inlärningspsykologiska skäl.

Programmets hållning. Beck (2008) menar att det är lämpligast att lära in färdigheter i sin egen takt och vara säker på att kunna dem innan man laborerar med energiintag och rörelsemängd. Det förstnämnda hölls väl i programmet, det vill säga att medlemmarna var fria att i stor grad själva välja flera av de olika interventionerna. Oftast tillfrågades de vilka uppgifter eller experiment de var intresserade av att utföra till nästa gång. Detta lär också stämma med tidigare forskning som konstaterar att mängden uppgifter och svårighetsgrad kan vara negativt korrelerat till resultat (Stunkard, 1981). Cooper och medarbetare (2003) menar också i samma anda om enkelheten att en kaloriguide som inte är alltför detaljerad är att föredra om inte patienten ska ge upp ansträngningarna.

Inre validitet. Becks metod har inte uttryckligen avsetts till gruppbehandling. Trots detta ses påtaglig effekt hos fem av deltagarna genom ett tillfredsställande resultat på 5-10%:s vikt-nedgång. En styrka har varit att använda mätmetoderna BMI, vikt i kg och TFEQ eftersom de varit objektiva mått. Svaghet i mätningar ses genom självrapportering vad gäller måltidsregelbundenheten och mängden motion.

Möjliga alternativa förklaringar till uppnådda förändringar. Förväntans- respektive effekt av nyhet eller avbrott är sannolikt bidragande till resultatet. Effekter nås sannolikt av ett intresserat grupp- respektive ledarstöd och att få berätta om sina hemuppgifter samt hur och om man utfört dem. Vi vet inte om det är gruppsammankomsterna i sig som bidrar till vikt-nedgång och att det kan vara en av anledningarna till att så få håller vikten respektive misslyckas att gå ner i efter avslutad intervention. Det är högst sannolikt att enbart det faktum att de samlades kring det gemensamma ämnet vikt-nedgång utgjorde en stark etablerande omständighet för att de skulle lyckas. Enbart att bli tvungen att utsätta sig för den skamfyllda akten att väga sig kan ha haft den största effekten. (Dock vore det i så fall troligare att Viktväktarna hade haft större framgångar.) Själva ”settingen” har en exekutiv funktion och det är oklart hur väl medlemmarna har internaliserat och bildat en inifrån kommande motivations- respektive kontrollfunktion.

Yttre validitet. Gruppstorleken samt att det inte fanns någon jämförelsegrupp är en stor begränsning och det blir svårt att generalisera utanför just denna grupps ramar. Likaså försvårar populationens urval som till 75% bestod av högskoleutbildade kvinnor. Sannolikt var

rekryteringen biased eftersom samtliga medlemmar fick information på något vis via Primärvården och var således samtliga vård sökande eller hade någon kontakt inom vården. Värdet av denna typ av interventioner har kommenterats kort och kärnfullt i uttalandet ”erfarenheten visar sig att korta behandlingsmetoder i allmänhet är meningslösa” (Palme, 1988) och vidare att ”en tvåårig behandlingsperiod med fortsatt uppföljning en gång/mån är oftast nödvändig”. Framgångarna med Stahres studier visar dock att korttidsintervention kan fungera även på lite längre sikt (Stahre & Hällström, 2005). Det är möjligt att resultatet kan replikeras endast under liknande förutsättningar, det vill säga en väl motiverad grupp individer med möjlighet att avsätta tid, samt att de tidigare skall ha försökt gått ner i vikt endast genom ändrad kost- respektive motionsregim. Eftersom effektiv vikt nedgång kräver ett mycket stort engagemang och motiverat arbete kan denna korta behandlingsintervention endast ses som en start på ett långvarigt åtagande. En start som innebar psykoedukation samt att ha fått öva på många olika strategier de sannolikt inte hade prövat utan gruppens tillfälliga existens.

Begreppsvaliditet. Deltagarna började gå ner i vikt redan från start vilket gör det osäkert om det går att säga om de uppmätta effekterna kan sägas vara ett resultat av behandlingsmetodiken. Gruppen kan också ha haft effekt, dock inte som gruppsytryck utan gruppstöd. Vägningen vid varje session påverkade högst sannolikt några av medlemmarna. Detta samt en ökad medvetenhet och påminnelse om det arbete de höll på med kan också ha haft effekt.

Bortfallsanalys. Fyra av medlemmarna hade en till tre gånger förfall med anledning av frånvaro som sjukdom, resa, eller kortare utbildning. Den åttonde medlemmen som uteblev fem gånger kunde inte prioritera arbetet med vikt nedgång. I medeltal var närvaron för de sju medlemmarna nio gånger. Den gruppmedlem som var borta fem gånger och därmed inte räknades med i analysen studerade på en längre högskoleutbildning. Likaså var det med en av de två gruppmedlemmar som inte lyckades gå ned i vikt. Detta ger anledning att fundera över urvalet. Är det möjligt att studera och samtidigt genomföra ett så krävande arbete som medveten och planerad vikt nedgång?

Frånvarohantering. I programmet LIWE (Edlund & Zethelius, 2009b) ställs krav genom skriftligt kontrakt som tydliggör att för att nå framgång måste mycket tid och energi läggas ner och frånvaro om mer än två gånger tolereras inte eftersom det påverkar behandlingsutfallet negativt.

Eftersom många som vill och försöker gå ner i vikt vill gå ner snabbt i vikt, och dessutom ofta tror att det är möjligt, finns fördelar med korttidsinterventioner. En av dessa

fördelar är att det är lättare att uthärda program om kortare längd. Det har visat sig, trots att personer både behöver och får möjlighet att gå i behandling under ett par års tid att det är svårt för individen att hålla ut (Lunner, 2008).

Studiens begränsningar. Studien har uppenbara brister eftersom det är ett mycket litet material. Därigenom kan knappast långt gående slutsatser dras. Andra parametrar kunde ha använts (Wamsteker, Geenen & Iestra, 2005) och andra vinklar kunde ha belysts, bland annat hur kroppsbilden påverkar om och hur personer med fetma undviker olika situationer och på så vis låter livet stå på "paus" (Ghaderi & Parling, 2009). Följsamheten kan sägas ha mätts via vägning och TFEQ. Annars är det oklart eftersom inga mätningar gjordes på i vilken grad individerna utförde olika uppgifter. Personer med fetma är en synnerligen heterogen grupp och frågan är hur mycket det spelar roll för den enskilda individen i en gruppbehandling. En av de två gruppmedlemmarna som knappt gick ner i vikt får under behandlingens gång besked om att hon ska få genomgå operation (gastric by-pass). Detta har sannolikt påverkat motivationen att vara följsam och man kan fråga sig om det var rätt att inkludera denna försökspersons resultat i analysen. Hur ska sådana situationer påverkas och hanteras? Är det till fördel att gå kvar i gruppen eller borde ett kontrakt ha varit skrivet innan personen påbörjade gruppbehandlingen?

BMI är ett kritiserat mått, dels eftersom det för individer med hög andel muskelmassa inte blir ett reliabelt mått. Var någonstans kroppsfettet sitter spelar roll. Diskussioner om att använda andra mått förs och det finns gott stöd för att använda midja/höftkvoten allt mer, eller enbart midjemåttet (Seidell, 2010). Dock valdes BMI och vikten på grund av dess spridning samt att det underlättar för jämförelser studier emellan.

Det kliniska intrycket är att det är svårt att acceptera att det är ett mycket långvarigt, livslångt åtagande. Det är svårt för individerna att släppa idéerna de blivit matade med, oftast under mycket lång tid, att det är ett syndrom eller beteendeproblem som är möjligt åtgärda på kort tid.

Etik. Är det etiskt att ge en grupp kvinnor möjlighet att delta i behandling mot fetma? Med tanke på resonemangen om hur komplext och svåråtkomligt problemet med övervikt och fetma är så kan den här typen av kortsiktig intervention förefalla oetisk och lättsinnig och enbart ett försök att uppfylla psykoterapeutexamensvillkoren. Det är naturligtvis rimliga reflektioner. Meningen har inte varit att ytterligare lägga sten på börda och metakommunikativt hävda att fetma till varje pris måste hanteras som något oönskat och oacceptabelt.

Alternativen i dagens sjukvård är dock synnerligen nedslående (Östman, Britton & Jonsson, 2004).

Med anledning av att en av medlemmarna låg under 30 i BMI är det rimligt att fundera över om sjukvården ska hjälpa personer att gå ner i vikt till normal- eller smalnivå? Konsekvenser av dessa två synsätt kan bli att om man inte hjälper den lätt överviktiga kan bli att denna person kan bli reaktiv och strunta i att begränsa sitt energiintag.

Fortsatt utveckling. Problemet med övervikt och fetma kommer vi att behöva handskas med under oöverskådlig tid. Trots problemets omfattning, enorma kunskapsmassa och historik är det ingalunda någon utbredd verklig kunskap om dess orsaker och vidmakthållande. Det vittnar många faktorer om. Sbrocco et al.s (1999) studie, med det ovanliga resultatet fortsatt viktnedgång efter avslutad intervention har inte, enligt författarens kännedom, replikerats.

Fortsatta studier kan behöva fokusera på vilka som bäst kan tänkas dra nytta av denna typ av intervention. Personer med fetma är en högst heterogen grupp och eventuellt behöver den sättas in i ett tidigare skede, innan fetma hunnit utvecklats hos individer med hög grad av "self-efficacy" samt autonom, självmotiverande kognitiv stil (Teixeira, Going, Sardinha & Lohman 2005) för maximal framgång. Antalet personer som studeras måste naturligtvis vara betydligt större än det aktuella i denna studie.

Det mesta av evidensen talar emot den här typen av interventioner, av skäl angivna i föreliggande arbete. Hur problemet fetma ska angripas på andra sätt debatteras och att förebygga i stället för att behandla tycks allt viktigare (Kremers et al., 2010). Det är dock svårt att veta vilka man ska arbeta för att förebygga utvecklingen hos. Långtidsuppföljningar är nödvändiga oavsett vilken intervention som sätts in. Det har talats om att olika personlighets-egenskaper kan vara mindre utvecklade hos personer med fetma och kanske är det där som stödet bör ligga, stödjande vad gäller exempelvis uthållighet och emotionell reglering och tolerans.

Referenser

- Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1992). *Eating Disorders – The Facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Allison, D. B., Kalinsky, L. B., Gorman, B. S. (1992). A comparison of the psychometric properties of three measures of dietary restraint. *Psychological Assessment*, 4(3), 391-398.
- Aronne, L. J. (2002). Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks. *Obesity Research*, 10, 105-115.
- Baskin, M. L., Ard, J., Franklin, F., Allison, D. B. (2005). Prevalence of obesity in the United States. *Obesity Review*, 6(1), 5-7.
- Beck, J. (2007a). *The Beck Diet Solution: Train Your Brain to Think Like a Thin Person*. Birmingham, Alabama: Oxmoor House.
- Beck, J. (2007b). *Weight Loss Workbook. The Beck Diet Solution: Train Your Brain to Think Like a Thin Person*. Birmingham, Alabama: Oxmoor House.
- Beck, J. (2008). *The Complete Beck Diet for Life: The Five-Stage Program for Permanent Weight Loss*. Birmingham, Alabama: Oxmoor House.
- Bieling P. J., McCabe, R. E., Antony, M. M. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy Groups: Structure and Process*. New York: Guildford Press.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. *Journal of Psychiatric Research*, 52, 69-77.
- Björntorp, P. (2003). *Obesitas. I FYSS-Fysisk aktivitet I sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Björvell, H., Rössner, S., Stunkard, A. (1986). Obesity, Weight Loss, and Dietary Restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 727-734.
- Boon, B., Stroebe, W., Schut, H. (2002). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 1-11.10

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Carels, R. A., Musher-Eizenman, D. R. (2010). Individual differences and weight bias: Do people with an anti-fat bias have a pro-thin bias? *Body Image*, 7(2), 143-148.
- Carr, D., Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health Social Behaviour*, 46(3), 244-259.
- Catenacci, V. A., Ogden, L. G., Stuht, J., Phelan, S., Wing, R. R., Hill, J. O., Wyatt, H. R. (2008). Physical Activity Patterns in the National Weight Control Registry. *Obesity*, 16, 153-161.
- Cogan, J. C., Smith, J. P., Maine, M. D. (2009). Response to Critique of BMI Article by Cogan, Smith and Maine. *Eating Disorders*, 17, 107–108. 10
- Cooper, Z., Fairburn, C. (2001). A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behavioural Research and Therapy* 39, 499-511.
- Cooper, Z., Fairburn, C., Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity : a clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Cserjesi, R., Luminet, O., Poncelet, A. S., Lenard, L. (2009). Altered executive function in obesity. Exploration of the role of affective states on cognitive abilities. *Appetite*, 52(2), 535-539.
- Drewnoski, A. (2002). Taste, Taste Preferences and Body Weight. I Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Eds.). *Eating Disorders and Obesity-A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford.
- Edlund, K., Zethelius, B. (2009a). *Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi – Del 1*. Studentlitteratur: Lund.
- Edlund, K., Zethelius, B. (2009b). *Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi – Del 2*. Studentlitteratur: Lund.
- Edlund, K., Ghaderi, A. (2008). *Kognitiv beteendeterapi vid hetsättningsstörning och övervikt*. Studentlitteratur: Lund.

- Elfhag, K., Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9, 285–293.
- Elfhag K., Rössner S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6(1), 67-85.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., Herbert, J. D. (2009). An Open Trial of an Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 223–235.
- Forslund, A. (2009). Fysisk aktivitet och fetma. I Edlund, K., Zethelius, B. *Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi – Del 1*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Foster, G.D. (2002). Nondietering approaches. I Fairburn, C. G. Brownell, K. D. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York; London: Guilford.
- Frank, A. (2005). Barriers to Treatment. I Goldstein, D. J. (Ed.) *The Management of Eating Disorders and Obesity*. Totowa, N.J.: Humana Press, cop.
- Garrow, J. S., James, W. P. T., Ralph, A. (2000). *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Geliebter, A., Ladell, T., Logan, M., Schweider, T., Sharafi, M., Hirsch, J. (2006). Responsivity to food stimuli in obese and lean binge eaters using functional MRI. *Appetite*, 4(1), 31-35.
- Ghaderi, A., Parling, T. (2009). *Lev med din kropp. Om acceptans och självkänsla*. Natur & Kultur: Stockholm.
- Gorin, A.A., Phelan, S., Hill, J.O., Wing, R.R. (2004). Medical triggers are associated with better short- and long-term weight loss outcomes. *Preventive Medicine* 39(3), 612– 616.
- Grieve, F. G., Vander Weg, M. W. (2003). Desire to Eat High- and Low-Fat Foods Following a Low-Fat Dietary Intervention. *Journal of Nutrition & Education Behavior*, 35(2), 98-105.
- Grilo, C.M., Shiffman, S., Wing, R.R. (1993). Coping with dietary relapse crises and their aftermath. *Addictive Behaviors*, 18(1), 89-102.

- Guldstrand, M. (2009) Orsaker till fetma: genetik, patofysiologi och miljö. I Edlund, K., Zethelius, B. (red:er). *Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi – Del 1*. Lund: Studentlitteratur.
- Hebb, D. O. (1949). *Organizations of Behavior*. New York: J Wiley & Sons.
- Herman, C. P., Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), 647-661.
- Herman, P. C., Polivy J., Esses, V. M. (1984). A Boundary Model for the Regulation of Eating. I Stunkard, A. J., Stellar, E. (Eds.). *Eating and its disorders*. New York: Raven Press.
- Herman, P. C., Polivy J., Esses, V. M. (1987). The illusion of counter-regulation. *Appetite* 9(3), 161-169.
- Hetherington, M. M. (2007). Individual differences in the drive to overeat. *Nutrition Bulletin* 32(1), 14-21.
- Hill, J.O., Wyatt, H., Phelan, S., Wing, R. (2005). The National Weight Control Registry: Is it Useful in Helping Deal with Our Obesity Epidemic? *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 37(4), 206-210.
- Ingvar, M., Eldh, G. (2010). *Hjärnkoll på vikten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Karlsson, J., Persson L. O., Sjöström, L., Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity Related and Metabolic Disorders*, 24, 1715-1725.
- Klausen, A-S. , Nilsson, A. (2010). *Utvärdering av en viktbehandling baserad på kognitiv beteendeterapi – förändringar i självkänsla, affektreglering och självreglering*. Psykologexamensuppsats. Lund: Institutionen för psykologi.
- Knight, L. J., Boland, F. J. (1989). Restrained eating: An experimental disentanglement of the disinhibiting variables of perceived calories and food type. *Journal of abnormal psychology*, 98(4), 412-420.
- Kremers, S., Reubsæet, A., Martens, M., Gerards, S., Jonkers, R., Candel, M., de Weerd, I., de Vries, N. (2010). Systematic prevention of overweight and obesity in adults: a qualitative and quantitative literature analysis. *Obesity Reviews*, 11(5), 371-379.

- Lissner, L., Johansson, S.E., Quist, J., Rössner, S., Wolk, A. (2000). Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. *International Journal of Obesity Related and Metabolic Disorders*, 24, 801-805.
- Loper, J. , Lutes, R. A. (2005). Clinical Experience in a Comprehensive Weight-Management Center. I Goldstein, D. J. (Ed.) *The Management of Eating Disorders and Obesity*. Totowa, N.J.: Humana Press, cop.
- Lovejoy, J. C., Sainsbury, A. (2009). Sex differences in obesity and the regulation of energy homeostasis. *Obesity Reviews*, 10(2), 154-168.
- Lunner, K. (2009). Riskfaktorer för och prevention av hetsätningsstörning. I Edlund & Ghaderi (Red:er). *Kognitiv beteendeterapi vid hetsätningsstörning och övervikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Lykouras, L. (2008). Psychological Profile of Obese Patients. *Digestive Diseases*, 26(1), 36-39.
- Malterud, K., Tonstad, S. (2009). Preventing obesity: Challenges and pitfalls for health promotion. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 254-259
- Mannix, E. T., Steinberg, H. O., Faryna, S., Hazard, J., Engel, R. J., Busk, M. F. (2005). The Role of Physical Activity Exercise, and Nutrition in the Treatment of Obesity. I Goldstein, D. J. (Ed.) *The Management of Eating Disorders and Obesity*. Totowa, N.J.: Humana Press, cop.
- Marcus, M. D., Wilde, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739-753.
- Mook, D. (2004). *Classical Experiments in Psychology*. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Neel, J. V. (1999). The “Thrifty Genotype” in 1998. *Nutrition Reviews*, 57(5), 2-8.
- Nurnberger, J. I. Zimmerman, J. (1970). Applied analysis of human behavior: An alternative to conventional motivational inferences and unconscious determination in therapeutic programming. *Behavior Therapy*, 1(1), 59-69.
- Ogden, J., Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: A comparison of GPs and lay people. *Patient Education and Counseling*, 71, 72–78.

- Omalu, B. I., Cho, P., Shakir, A. M., Agumadu, U. H., Rozin, L., Kuller, L.H., Wecht, C. H. (2005). Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 1*, 447–449.
- Palme, G. (1981). *Övervikt kan botas*. Stockholm: Norstedts.
- Palme, G. (1988). *Övervikt – teori och behandling*. Edsbruk: Akademitryck.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C. (2007). An Examination Of General And Specific Motivational Mechanisms For The Relations Between Body Dissatisfaction And Eating Behaviors. *Journal of Social & Clinical Psychology, 26*(3), 303-334.
- Prentice, A. M. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology, 35*(1), 93-99.
- Puhl, R., Brownell, K. D. (2003). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Eating Behaviors, 4*, 53–78.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz M. B., Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research, 23*(2), 347-358.
- Radomile, R. R. (2000). Obesity. I White, J. R., Freeman, A. S. (Eds.) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and population*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rolls, B. J. (1981). Palatability and Food Preference. I Cioffi, L. A., James, W. P. T., Van Itallie, T. B. (Eds). *The body weight regulatory system: normal and disturbed mechanisms*, New York: Raven Press.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M., Lewis, E. L. (1999). Behavioral Choice Treatment Promotes Continuing Weight Loss: Preliminary Results of a Cognitive-Behavioral Decision-Based Treatment for Obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(2), 260-266.
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2002). *Fetma - problem och åtgärder - en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Seidell, J. C. (2010). Waist circumference and waist/hip ratio in relation to all-cause mortality, cancer and sleep apnea. *European Journal of Clinical Nutrition, 64*, 35-41.

- Sherry, D. (1981). Adaptive changes in body weight. I Cioffi, L. A., James, W. P. T., Van Itallie, T. B. (Eds). *The body weight regulatory system: normal and disturbed mechanisms*. New York: Raven Press.
- Stahre, L. (2007). *Övervikt handlar om känslor - handbok för dig som eftersträvar bestående viktnedgång*. Stockholm: Viva, cop.
- 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, 51-58.
- Stahre, L., Tärnell, B., Håkanson, C.-E., Hällström, T. (2007). A Randomized Controlled Trial of Two Weight-Reducing Short-Term Group Treatment Programs for Obesity With an 18-Month Follow-Up. *International Journal of Behavioural Medicine*, 14(1), 48–55.
- Stewart, S.H., Chambers, L. (2000). Relationships between drinking motives and drinking restraint. *Addictive Behaviors*, 25(2), 269-274.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behavioural Research & Therapy*, 5, 357-365.
- Stunkard, A.J. (1976). *The Pain of Obesity*. Palo Alto, Calif.: Bull.
- Stunkard, A.J. (1981). Adherence To Medical Treatment: Overview And Lessons From Behavioral Weight Control. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(3), 187-197.
- Stunkard, A. J., Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Review*, 6, 43-65.
- Terre, L., Poston II, W. S. C, Foreyt, J. P. (2005). Overview and the Future of Obesity Treatment. I Goldstein, D. J. (Ed.) *The Management of Eating Disorders and Obesity*. Totowa, N.J.: Humana Press, cop.
- Yeomans, M. R., Leitch, M., Mobini, S. (2008). Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. *Appetite*, 50, (2-3), 469-476.

- Zigmond A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.
- Wadman, C., Boström, G., Karlsson, A-S. (2008). *Health On Equal Terms? Results from the 2006 Swedish National Public Health Survey*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Waters, G. S., Pories, W. J., M. S., Meelheim, H. D. Flickinger, E. G., May, H. J. (1991). Long-term studies of mental health after the greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *American Journal of Surgery*, 161(1), 154-158.
- World Health Organization. (2009). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10*. Geneva:World Health Organization, cop.
- Virk, S., Schwartz, T. L., Jindal, S. (2004). Psychiatric medication induced obesity: an aetiologic review. *Obesity Reviews*, 5(3), 167-171.
- Wamsteker, E. W., Geenen, R., Iestra, J. (2005). Unrealistic Weight-Loss Goals among Obese Patients Are Associated with Age and Causal Attributions. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(3), 441-445.
- Wilson, G. T. (1994). Behavioral treatment of obesity: thirty years and counting. *Advanced Behavioral Research*, 16, 31-75.
- Wing, R. R., Klem, M. (2002). I Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Eds.) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York , London: Guilford.
- Wren, A.M., Feher, M. D. (2010). Medical management of the patient considering bariatric surgery. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 21(1), 3-8.
- Wyatt, H. R., Phelan, S., Wing, R. R, Hill, J. O. (2005). Lessons from patients who have successfully maintained weight loss. *Obesity Management*, 1, 56-61.
- Öhrvall, M. (2008). Fetmabehandling med lågkaloridiet. I Edlund, K., Zethelius, B. (Eds.). *Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi – Del 1*. Studentlitteratur: Lund.
- Östman, J., Britton, M.,Jonsson. E. (Eds.) (2004). *Treating and preventing obesity: an evidence based review*. Weinheim: Wiley-VCH.