

KBT-metod för fetmabehandling i primärvården

Randomiserade studier visar god viktnedgång 1,5 år efter avslutad behandling



LISBETH STAHERE, auktoriserad
socionom, doktorand, institutio-
nen för klinisk neurovetenskap,

sektion psykiatri,
Karolinska institutet, Stockholm
lisbeth.stahre@telia.com

»Genom sitt gruppformat, låga patientbortfall under behandling, korta behandlingstid och goda resultat avseende viktnedgång på sikt är metoden också kostnadseffektiv.«

Andelen feta personer i vårt land har fördubblats sedan 1990-talet och är enligt Statistiska centralbyråns senaste siffror 10,7 procent för män och 11,1 procent för kvinnor. Andelen överviktiga och feta är för män 44,0 procent och för kvinnor 51,8 procent [1]. Långsiktiga behandlingsresultat vid fetma är, förutom kirurgi, nedslående; majoriteten av deltagare i olika program för viktreduktion återupptar de flesta av sina nedbantade kilon inom 1 år efter avslutad behandling [2-4]. Dessa resultat visar på behovet av bättre fungerande behandlingsprogram vid fetma.

De otillfredsställande resultaten av fetmabehandling kan tänkas bero på de att flesta program fokuserar på ätbeteendet i stället för de psykologiska orsakerna bakom beteendet [5]. Foreyt och Goodrick påtalar stress som en av de vanligaste orsakerna till överätande. Studier som undersökt »framgångsmekanismer« i fetmabehandling lyfter fram bl a självkontroll, självkännedom och positiva bemästrandestrategier [6].

I antagandet att livsstilsförändringar kan bidra till viktnedgång och därmed reducera psykosocial och medicinsk ohälsa har Rapoport och medarbetare [7] i jämförelse mellan modifierad kognitiv beteendeterapi (KBT) och traditionell KBT visat att behandling 10 veckor (10 sessioner) med traditionell KBT i kombination med fysisk aktivitet kan ge bestående viktnedgång upp till 1 år efter avslutad behandling.

I syfte att kunna behandla fetmapatienter med psykologiska metoder utanför psykiatri har Paulsen och medarbetare efterlyst kognitiva behandlingsprogram som kan användas av andra professionella grupper än dem inom psykiatri, och de uttrycker att det finns goda skäl att anta att dietister och sjuksköterskor med särskild träning skulle kunna använda sig av därför avsedda KBT-program [8].

Mot den bakgrunden utvecklades en specialdesignad KBT-metod för användning av fetmabehandling inom primärvården. Metoden har varit föremål för två randomiserade och kontrollerade studier vid Karolinska institutet, Stockholm [9, 10]. Syftet med studierna var att utvärdera långtidseffekterna avseende viktnedgång 1,5 år efter avslutad behandling (primärt effektmått) i jämförelse mellan patienter som behandlats med det kognitiva programmet och väntelistkontroller samt mellan personer som behandlats med det kognitiva programmet och personer som deltagit i mer traditionellt behandlingsprogram.

METOD Deltagarna

Studierna har omfattat sammanlagt 159 personer. I första studien deltog 105 kvinnliga patienter, samtliga med BMI ≥ 30 , som stod på väntelistan till överviktsenheten vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm. Av 132 patienter

randomiserades 66 till det kognitiva programmet och 66 till kontrollgruppen (väntelistkontroller). Av de 66 som randomiserats till det kognitiva programmet påbörjade 62 behandlingen, medan 43 av de 66 som randomiserats till kontrollgruppen stod kvar på väntelistan som kontrollgrupp (vid tiden för studiens start var väntetiden för behandling på överviktsenheten cirka två år).

Hetsättningsstörning diagnostiserades genom intervju av 58 (55 procent) av samtliga patienter [11].

I den andra studien ingick 54 kvinnor med BMI ≥ 30 som arbetade inom kommunal barnomsorg, Huddinge kommun. Totalt 27 kvinnor randomiserades till det kognitiva programmet och 27 till ett mer traditionellt behandlingsprogram.

Samtliga personer som deltog i studierna betecknade sig som »ständiga bantare«. Alla utom en hade exempelvis deltagit i Viktväktarnas program under ett flertal perioder.

Procedur

Alla deltagare vägdes vid behandlingens början och slut samt 6, 12 och 18 månader efter avslutad behandling.

Behandlingsprogrammen

Det kognitiva programmet är en specialdesignad KBT-metod för fetmabehandling.

I studie 1 omfattade behandlingen 30 timmar fördelade på ett tillfälle i veckan under sammanlagt 10 veckor.

I studie 2 jämfördes det kognitiva programmet med ett mer traditionellt behandlingsprogram med fokus på kost, motion och beteendemodifikation. Båda dessa program omfattade 20 behandlingstimmor fördelade på ett tillfälle i veckan under sammanlagt 10 veckor.

Det kognitiva behandlingsprogrammet

Det kognitiva programmet är en utbildande behandling som

SAMMANFATTAT

En specialdesignad KBT-metod för fetmabehandling inom primärvården har i två randomiserade och kontrollerade studier visat god viktnedgång 1,5 år efter avslutad behandling.

I studierna har sammanlagt 159 kvinnor deltagit.

Medel-BMI vid behandlingens start var i första studien 40,4. I andra studien jämfördes viktresultaten mellan KBT-metoden och annan behandling. Medel-BMI vid de behandlingarnas start var 36,6.

sker i grupper om 8–12 deltagare. Metoden är framtagen för att kunna användas vid obesitasbehandling i grupp av sjuksköterskor, kuratorer och dietister inom primärvården – yrkesgrupper som traditionellt inte har någon psykoterapeutisk utbildning.

Programmet finns beskrivet i två läromedel: dels en huvudbok som vänder sig till behandlare inom primärvården, dvs sjuksköterskor, kuratorer och dietister [12], dels en arbetsbok som vänder sig till patienter [13]. Båda böckerna används parallellt i behandlingen.

Programmets syfte är att ge deltagarna 1. kunskaper om orsaker till det egna felaktiga ätbeteendet, samt 2. verktyg att påverka och förändra dessa orsaker.

1. Kunskaper om orsaker till det egna dysfunktionella ätbeteendet förväntas patienten få genom daglig användning av den strukturerade frågemanual som är en av programmets hörnstenar. Manualen bygger på att via patientens svar på frågorna ge henne vägledning att identifiera sambandet mellan vardagshändelser hemma eller på jobbet, tankar/förhållningssätt till dessa situationer och de negativa känslor som bidrar till kontrollförlust av ätbeteendet.

• Exempel på manualfrågor:

- Vad har hänt i dag? Beskriv händelser/situationer hemma och på jobbet som på olika sätt engagerat och påverkat dig under dagen.
- Hur har du tänkt kring dessa händelser? Vilka känslor har dessa händelser gett upphov till hos dig?
- Hur tror du att händelserna och de tankar och känslor dessa lett till har påverkat ditt ätbeteende i dag?

2. Med hjälp av manualens frågor och patientens svar när det gäller kartläggning av samband mellan eget förhållningssätt till vardagen och överätande ger programmets kunskapssteman (livsregler/självbild, schemamodellen, automatiska/medvetna/funktionella/dysfunktionella tankemönster) samt gruppdiskussioner patienten möjlighet att bli medveten om alternativa förhållningssätt till vardagen. Dessa kunskaper syftar till att förändra de negativa känslor som kan leda till brist på kontroll och överätande (kompensatoriskt ätbeteende).

I programmet ingår också ett traditionellt kostprogram som bygger på mat för hela familjen. Mängden mat begränsas av att deltagaren rekommenderas att väga ingående ingredienser, något som förstärker deltagarens upplevelse av kontroll över och trygghet med sitt ätande.

KBT-programmets uppläggning

Varje behandlingstillfälle har en gemensam struktur och är indelat i fyra block: A, B, C, och D. (A: vägning och frågemanual; B: genomgång av tidigare hemuppgift; C: tema; D: ny hemuppgift.)

Varje lektion representerar ett psykologiskt tema, som bl a handlar om livsregler och självbild, om sambandet mellan tankar, känslor och överätande, om dysfunktionella/funktionella tankars betydelse för ätande som kompensation för negativa känslor, om förändring av stressbeteende för livs- och ätandebalans. Tematexterna är lösningorienterade och hänger samman i en steg för steg-process, vars syfte är att bidra till deltagarnas självkänedom kring sin problematik.

Varje lektions tema diskuteras aktivt i grupperna och leder till hemuppgift som tillämpas av deltagarna mellan behandlingstillfällena.

Exempel på hemuppgift kan vara att uppmärksamma i vilken omfattning dysfunktionella tankemönster (ofta förknippade med en negativ självbild) kompenseras med att äta. En annan kan vara att identifiera hur stressiga situationer (svårigheter att sätta gränser, säga nej) kan påverka ätbeteendet negativt. En tredje hemuppgift kan innebära träningsuppgifter i syfte att se sig själv som aktör i livet – i stället för offer.

Kontrollgruppen studie 2

Kontrollprogrammets syfte var framför allt att ge deltagarna kunskaper om kostens, motionens och beteendemodifikationens betydelse för viktne gång. Programmet innehöll föreläsningar av läkare, dietister och sjukgymnaster om bl a kvinnors hälsa och livsstil, hur bibehållande av viktne gång kan uppnås och om stresshantering. Gruppdiskussioner och praktiska övningar kring olika teman ingick.

Kunskapskontrollen som genomfördes efter de båda programmets slut visade att de kunskaper som deltagarna i de två programmen redovisade skilde sig påtagligt åt.

RESULTAT

Studie 1

Medelvikten vid programstart för deltagare i det kognitiva programmet var 111,0 kg (SD 16,1; BMI 40,4) och för väntelistkontrollerna 111,1 kg (SD 15,5; BMI 39,2). Medelåldern i det kognitiva programmet var 45,4 år, i kontrollprogrammet 45,2 år.

Sammanlagt 62 personer påbörjade den kognitiva behandlingen, 57 av dem (92 procent) fullföljde den. För de 34 (60 procent) som deltog i studien 1,5 år efter avslutad behandling var viktne gången omedelbart efter avslutad behandling 8,5 kg (SD 16,1). Viktne gången ytterligare 1,5 år senare, utan någon uppföljande behandling, var 10,4 kg (SD 10,8). De patienter i kontrollgruppen som deltog i studien under samma tid (n=31, 72 procent) hade efter 1,5 år ökat 2,3 kg (SD 7,0). Viktskillnaden mellan behandlings- och kontrollgrupp var signifikant (P<0,001).

Av deltagarna i behandlingsprogrammet deltog 70,2 procent i viktkontrollen 1 år efter avslutad behandling, medan 60 procent av deltagarna deltog i 1,5-årsmätningen. På grund av bortfallet under uppföljningstiden genomfördes en s k baseline carried forward-analys, som visade att medelviktne gången för alla som startat den kognitiva behandlingen (n=62) var 5,7 kg (SD 9,5). Effektstorleken vid 18 månader (per protokoll) var 1,0; enligt intention to treat-analys 0,6.

I kontrollgruppen var viktökningen 1,6 kg (SD 6,0) enligt intention to treat-analys.

Studie 2

Medelvikten vid programstart för deltagare i det kognitiva programmet var 94,4 kg (SD 10,9), i kontrollprogrammet 93,3 (SD 14,0). Medel-BMI för deltagarna i båda programmen var 36,6. Medelåldern för dem som påbörjade det kognitiva programmet var 50,1 år (SD 7,8), för kontrollprogrammet 47,0 (SD 8,2).

Totalt 16 personer påbörjade det kognitiva programmet; 15 av dem (94 procent) fullföljde det, och 13 (87 procent) deltog i sista mätningen 1,5 år efter avslutad behandling. Viktne gången var då 5,9 kg (SD 5,4). Effektstorleken vid 18 månader (per protokoll) var 1,1; enligt intention to treat-analys 1,0.

Sammanlagt 26 personer påbörjade kontrollprogrammet, 20 av dem (77 procent) fullföljde det. Av dem deltog 16 (80 procent) i mätningen 1,5 år efter avslutad behandling. Deltagarna uppvisade då en viktökning på 0,3 kg (SD 4,3).

Intention to treat-analys visade en viktne gång på 5,5 kg (SD 5,5) för den kognitiva gruppen och 0,6 kg (SD 5,5) för kon-

trollgruppen. Viktskillnaderna mellan de två grupperna var signifikanta vid samtliga mätningar ($P < 0,001$).

DISKUSSION

De båda studiernas resultat visade att KBT-metoden ledde till bestående viktnedgång under de 18 månader (utan booster-sessioner) efter avslutad behandling som studierna pågick. I den första studien hade hälften av patienterna en hetsättningsstörning. Resultatet visade att denna diagnosgrupp svarade lika positivt på behandlingen som de övriga.

Genom sitt gruppformat, låga patientbortfall under behandling, korta behandlingstid och goda resultat avseende viktne- dgång på sikt är metoden också kostnadseffektiv. Båda behan- dlingarna, omfattande 30 timmar respektive 20 timmar, visar på god viktne- dgång 1,5 år efter avslutad behandling. Dock förefal- let 30-timmarsbehandling ge bättre resultat avseende viktne- dgång. Vid programbegränsning till 20 timmar indikerar vikt- uppgången efter 1 år i studie 2 på behovet av ett uppföljande be-

handlingstillfälle efter denna tid. Noterbart är dock att båda studierna visar en avsevärt större viktne- dgång vid mätningen 1,5 år efter avslutad behandling än den viktne- dgång Rapoport och medarbetare [7] redovisat 1 år efter avslutad behandling.

Deltagarna i patientstudien (studie 1) hade högre BMI-vär- den än deltagarna i studie 2 och hög förekomst av hetsättnings- störning.

Studiernas resultat indikerar att den kognitiva behandlings- metoden skulle kunna ingå som ett led i primärvårdens ambi- tion att förhindra en utveckling av fetma som till sist kan leda till bariatrisk kirurgi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

- Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2005.
- Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Marnell M. One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:343-7.
- Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther.* 2001;39:499-511.
- Liao KL. Cognitive-behavioural approaches and weight manage- ment: an overview. *J R Soc Health.* 2000;120(1):27-30.
- Foreyt JP, Goodrick GK. Attributes of successful approaches to weight loss and control. *Appl Prev Psychol.* 1994;34:209-15.
- Foreyt JP, Goodrick GK. Factors common to successful therapy for the obese patient. *Med Sci Sports Exerc.* 1991;23:292-7.
- Rapoport L, Clark M, Wardle J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes.* 2000;24:1726-37.
- Paulsen BK, Lutz RN, McReynolds WT, Kohrs MB. Behavior therapy for weight control: long-term results of two programs with nutritionists and therapists. *Am J Clin Nutr.* 1976;29:880-8.
- Stahre L, Hällström T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eat Weight Disord.* 2005;10(1):51-8.
- Stahre L, Tärnell B, Håkanson CE, Hällström T. A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. *Int J Behav Med.* 2007;14(1):48-55.
- Clinton D, Norring C. The rating of anorexia and bulimia (RAB) interview: Development and preliminary validation. *Eur Eat Disorders Rev.* 1999;7:362-71.
- Stahre L. Kognitiv behandling vid övervikt och fetma. Lund: Studentlitteratur; 2002.
- Stahre L. Övervikt handlar om känslor. Lund: Studentlitteratur; 2002.

Alla Läkartidningens teman finns att beställa som särtryck
Gör din beställning på lakartidningen.se



Utmanande saklig

Läkartidningen