

Psyken og magen



USUNT Manglende viljestyrke eller fysiologiske prosesser? Å behandle overvekt med psykoterapi eller endring i atferd fungerer ikke, mener artikkelforfatter Morten Nordmo. Foto: lassedesignen / Shutterstock / NTB Scanpix

Teorien om at overvekt opprettholdes på grunn av psykologiske prosesser og mangel på viljestyrke, mangler empirisk støtte.

TEKST

Morten Nordmo

PUBLISERT 2. januar 2020

EMNER

overvekt

kognitiv atferdsterapi

Behandling av voksne pasienter med overvekt med psykoterapi eller basert på atferdsendringer fungerer ikke. Slik konkluderte vi i en nylig publisert litteraturoppsummering i tidsskriftet *Obesity Reviews* (Nordmo, Danielsen & Nordmo, 2019). Vi undersøkte godt designede studier, med lite frafall og ingen tiltak i oppfølgingsperioden, og fant at den gjennomsnittlige deltageren ikke har noen effekt av behandlingen, enten den består av dietter, trening eller kognitiv atferdsterapi. Disse nedslående resultatene indikerer at kroppsvekt er under sterk fysiologisk kontroll, og at en folkehelsestrategi som baserer seg på slanking, ikke vil lykkes.

Påvirkninger

Hvorfor tror vi likevel at vi kan lykkes med å gå ned i vekt gjennom å endre tanker og atferd?

Pasienter som sliter med overvekt og fedme, blir daglig konfrontert med oppslag om personer som har lykkes med å gå ned i vekt, velmenende helsepersonell, trenere og andre som vil gi sine tips og råd. At en person som tidligere lyktes med å gå ned i vekt, har gått opp igjen, har selvsagt langt mindre nyhetsverdi. En oppfølgingsstudie av deltagerne i programmet Slankekrigen viste at cirka 80 prosent var tilbake til sin opprinnelige vekt seks år etter at programmet ble sendt (Fothergill et al., 2016). Denne historien kom ikke på TV.

«Noen få pasienter lykkes med å opprettholde den nye vekten, men disse representerer unntakene»

Mange psykologer og annet helsepersonell har også en antagelse om at stort og varig vekttap er oppnåelig, noe som ikke er rart når mye forskning viser positive utfall av overvektbehandling (Franz et al., 2007). Disse studiene er imidlertid lite robuste og baserer seg på pre-post-målinger uten oppfølging. Å gå ned i vekt er dessverre vesentlig lettere enn å forbli der, og studier uten oppfølging fanger ikke opp at de aller fleste tar igjen den tapte vekten etter noen år. Andre studier er retrospektive evalueringer av en mindre andel av deltagere på et slankeprogram, som Andersens og Grismos (1999) positive evaluering av et Grete Roede-kurs. Konklusjonene er imidlertid tvilsomme, ettersom det antageligvis er en systematisk skjevhet i hvem som velger å svare på spørsmål om hvordan det har gått i tiden etter slanking. Noen få pasienter lykkes med å opprettholde den nye vekten, men disse representerer unntakene. Estimaten varierer fra 2 til 20 prosent (Stunkard & McLaren-Hume, 1959; Wing & Phelan, 2005). Disse pasientene er imidlertid studert i en begrenset oppfølgingsperiode. Estimaten bør tas med en klype salt, også ettersom negativ forskning og null-funn har en langt lavere sannsynlighet for å bli publisert (Allison, Faith, & Gorman, 1996).

Kroppen vår er designet for å håndtere perioder med sult, og tilpasser seg med en rekke biologiske mekanismer. Etter at kroppen har gått ned i vekt, senkes den basale hvilemetabolismen kraftig og går ikke opp igjen før pasienten har tatt igjen den tapte vekten (Fothergill et al., 2016; Müller & Bosy-Westphal, 2013). I tillegg endres kroppens sult og metthets-regulatorer slik at pasienten opplever kronisk sult, og mat med mye kalorier fremstår som enda mer appetittlig (Coutinho, Rehfeld, Holst, Kulseng, & Martins, 2018; Maffei et al., 1995). Kroppsvekt er altså under sterk fysiologisk kontroll. De samme fysiologiske prosessene som har bidratt til vår overlevelse de siste 500 000 årene, har i de siste 70 jobbet mot oss, etter at høykaloriinnholdig mat ble hverdagskost (Thong, 1982).

Verdien av å prøve seg frem

Det finnes pakker som ikke burde åpnes.

Psykologer og behandling av overvekt

Hvorfor gir psykologisk behandling av overvekt liten effekt? Å kjempe mot kroppens «ønske» om å ta igjen den tapte vekten, krever harde prioriteringer. Det å gå ned i vekt oppleves for noen som motiverende, men det å gjøre vektopprettholdende diett til sitt livs oppdrag er sjelden like gøy. Når den nye vekten er nådd, ønsker pasientene som regel å være mer fleksible, mindre sultne og mindre restriktive, samt å begynne på andre prosjekter i livet. Da opplever de aller fleste at vekten gradvis øker.

I dag jobber flere psykologer og annet helsepersonell, både i Helse-Norge og i privat sektor, med slanking av voksne pasienter med fedme. Vår litteraturgjennomgang indikerer at behandlingen de tilbyr, mest sannsynlig ikke har effekt, og i noen tilfeller har negativ effekt. Den negative opplevelsen av å mislykkes med slankeprosjektet kan bidra til at pasienten gir opp og ender opp på en enda høyere vekt (Cannon, 2005). Det er en kausal sammenheng mellom slanking og påfølgende overspisingsepisoder (Polivy & Herman, 1985). Også krysseksjonelle spørreundersøkelser og longitudinelle tvillingstudier indikerer at slanking skaper mer overvekt, ikke mindre (Cannon, 2005; Pietiläinen, Saarni, Kaprio, & Rissanen, 2012). En person som i ung alder er aktiv i en idrett med vektklasser, der utøvere periodevis slanker seg for å nå vektklassen, blir senere i livet tyngre enn en person som er aktiv i en idrett uten vektklasser (Khodaei, Olewinski, Shadgan, & Kinningham, 2015; Saarni, Rissanen, Sarna, Koskenvuo, & Kaprio, 2006). I psykologisk behandling av overvekt skal terapien endre kognitive strukturer, oppfatninger, emosjonelle reaksjoner, vaner eller holdninger (Cooper & Fairburn, 2001), i motsetning til prosesser i kroppen. Teorien om at overvekt opprettholdes på grunn av psykologiske prosesser og mangel på viljestyrke, mangler empirisk støtte, og overvektbehandling som består av endringer i kognitive strukturer, har like dårlige resultater over tid som dietter og slankekurer (Cooper et al., 2010).

Det psykologer kan

Psykologer er derimot i en god posisjon til å hjelpe pasienter som sliter med fedme med komorbide psykiske lidelser. Pasienter som oppsøker hjelp med vektnedgang, har høyere risiko for lidelser som spiseforstyrrelser og depresjon (Stunkard, Faith, & Allison, 2003; Telch & Agras, 1994), lidelser det finnes meget god behandling for (van Hees, Rotter, Ellermann, & Evers, 2013; Wilson & Fairburn, 2000). I tillegg kan psykologer bidra i forebyggingsarbeidet mot overvekt og fedme. Et viktig ledd her er å forsøke å stoppe presset om å slanke seg og unngå at pasienter slanker seg oppover i vekt og nedover i livskvalitet. Oppmerksomhet rettet mot å gå ned i vekt, kan erstattes med hjelp til å utvikle sunne vaner og trening. Blant personer i god fysisk form er det ingen sammenheng mellom vekt og dødelighet, uavhengig av om man er kategorisert som normalvektig, overvektig eller med fedme (Gaesser, Tucker, Jarrett, & Angadi, 2015).

Psykologer kan også være med og forhindre overvekt hos voksne ved å behandle barn som sliter med fedme. De aller fleste voksne pasienter med alvorlig fedme var overvektige allerede som barn (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Utfallet av psykologisk og atferdsbehandling er betydelig bedre for barn og unge. Den samme atferdsbehandlingen som nesten ikke hadde effekt for en gruppe ungdommer med overvekt, hadde meget god effekt for barn under ti år (Danielsson, Kowalski, Ekblom, & Marcus, 2012).

Psykologer bør også være med og ta stilling til hvorvidt vi skal utvide tilbudet av fedmekirurgi i Norge. I Norge i dag er det meget lang ventetid for å få fedmeoperasjon, opp mot 13 måneder (Våge, 2018). Urealistiske forventninger blant helsepolitikere, som ikke er basert på robuste studier, kan bidra til motstanden mot å utvide tilbudet for fedmeoperasjon. Resultatet er at bemidlede pasienter oppsøker fedmekirurgi ved private helseforetak i inn- og utland, og dermed har vi et todelt helsevesen. For voksne pasienter er den tilgjengelige evidensen entydig i sin konklusjon. Fedmekirurgi skaper et stabilt vekttap (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström, & Sullivan, 2007), mens atferdsterapi og psykologiske intervensjoner ikke gjør det (Nordmo, Danielsen & Nordmo, 2019). Fedmekirurgi er et alvorlig inngrep med risiko for komplikasjoner, men det er pasienten selv som skal ta dette valget. Inspirerende, men urealistiske råd om å fortsette å prøve med slanking, hjelper ikke pasientene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 1, 2020, side 28-31

TEKST

Morten Nordmo, psykolog og forsker ved UiB

KONTAKT: Morten.Nordmo@uib.no

+ Vis referanser

Allison, D.B., Faith, M.S., & Gorman, B.S. (1996). Publication bias in obesity treatment trials? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20, 931-937.

Andersen, E., & Grimsmo, A. (1999). Langtidsresultater ved slanking i selvhjelpsgrupper. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 119, 14-7.

Cannon, G. (2005). Dieting. Makes you fat? *British Journal of Nutrition*, 93, 569-570. <https://doi.org/10.1079/BJN20041382>

Cooper, Z., Doll, H.A., Hawker, D.M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., ... Fairburn, C.G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706-713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>

Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499-511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)

Coutinho, S.R., Rehfeld, J.F., Holst, J.J., Kulseng, B., & Martins, C. (2018). Impact of weight loss achieved through a multidisciplinary intervention on appetite in patients with severe obesity.

American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism, 315, 91-98.
<https://doi.org/10.1152/ajpendo.00322.2017>

Danielsson, P., Kowalski, J., Ekblom, Ö., & Marcus, C. (2012). Response of Severely Obese Children and Adolescents to Behavioral Treatment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166, 1103-1108. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.319>

Fothergill, E., Guo, J., Howard, L., Kerns, J.C., Knuth, N.D., Brychta, R., ... Hall, K.D. (2016). Persistent metabolic adaptation 6 years after «The Biggest Loser» competition. *Obesity*, 24, 1612-1619. <https://doi.org/10.1002/oby.21538>

Franz, M.J., VanWormer, J.J., Crain, A.L., Boucher, J.L., Histon, T., Caplan, W., ... Pronk, N.P. (2007). Weight-loss outcomes: A systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 1755-1767. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.07.017>

Gaesser, G.A., Tucker, W.J., Jarrett, C.L., & Angadi, S.S. (2015). Fitness versus Fatness: Which influences health and mortality risk the most? *Current Sports Medicine Reports*, 14, 327-332. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000170>

Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31, 1248-1261. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803573>

Khodaei, M., Olewinski, L., Shadgan, B., & Kiningham, R.R. (2015). Rapid Weight Loss in Sports with Weight Classes. *Current Sports Medicine Reports*, 14, 435-441. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000206>

Maffei, M., Halaas, J., Ravussin, E., Pratley, R.E., Lee, G.H., Zhang, Y., ... Ranganathan, S. (1995). Leptin levels in human and rodent: Measurement of plasma leptin and ob RNA in obese and weight-reduced subjects. *Nature Medicine*, 1, 1155-1165. <https://doi.org/10.1038/nm1195-1155>

Müller, M.J., & Bosy-Westphal, A. (2013). Adaptive thermogenesis with weight loss in humans. *Obesity*, 21, 218-228. <https://doi.org/10.1002/oby.20027>

Nordmo, M., Danielsen, Y.S., Nordmo, M. (2019). The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, 1-15. <https://doi.org/10.1111/obr.12949>

Pietiläinen, K.H., Saarni, S.E., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity*, 36, 456-463. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.160>

Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193- 205. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.40.2.193>

Saarni, S.E., Rissanen, A., Sarna, S., Koskenvuo, M., & Kaprio, J. (2006). Weight cycling of athletes and subsequent weight gain in middleage. *International Journal of Obesity*, 30, 1639-1649. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803325>

Stunkard, A.J., Faith, M.S., & Allison, K.C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54, 330-337. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00608-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00608-5)

Stunkard, A., & McLaren-Hume, M. (1959). The results of treatment for obesity: A review of the literature and report of a series. *AMA Archives of Internal Medicine*, 103, 79-85. <https://doi.org/10.1001/archinte.1959.00270010085011>

Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199401\)15:1<53::AID-EAT2260150107>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199401)15:1<53::AID-EAT2260150107>3.0.CO;2-0)

Thong, Y.H. (1982). Obesity in evolutionary perspective. *Medical hypotheses*, 8, 431-435.
[https://doi.org/10.1016/0306-9877\(82\)90001-9](https://doi.org/10.1016/0306-9877(82)90001-9)

van Hees, M.L.J.M., Rotter, T., Ellermann, T., & Evers, S.M.A.A. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 22-35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-22>

Våge, V. (2018, 31 Mars). Feilaktig om fedmekirurgi. Hentet fra:
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/03/31/feilaktig-om-fedmekirurgi/>

Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D., & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869-873. <https://doi.org/10.1056/NEJM199709253371301>

Wilson, G.T., & Fairburn, C.G. (2000). The treatment of binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 351-354. [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200010\)8:5<351::AID-ERV382>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200010)8:5<351::AID-ERV382>3.0.CO;2-2)

Wing, R.R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 222-225. <https://doi.org/10.1093/ajcn.82.1.222S>