

## **KBT jämfört med Mandometerbehandling för ätstörningar**

### *Kognitiv teori och effekt av kognitiv beteendeterapi*

Fairburn har utvecklat kognitiv teori och beteendeterapi (KBT), först för bulimi och sedan för andra ätstörningar. KBT har utvärderats och resultaten har sammanfattats i översikter med slutsatsen att KBT har bäst vetenskapligt stöd av alla behandlingar. KBT rekommenderas därför i riktlinjer i de flesta länder.

Trots sitt stora genomslag har teorin och behandlingsresultaten av KBT aldrig granskats. En detaljerad genomgång är emellertid nu publicerad (1). Granskningen omfattar alla artiklar från och med 1981, då KBT för bulimi presenterades. KBT har sedan kommit att användas för alla ätstörningar och de artiklarna har också tagits upp. Översikten har 181 referenser.

Resultaten av genomgången kan sammanfattas under två punkter.

1. Kognitiv teori säger inget om ätstörningars orsak utan föreslår att ätstörningar vidmakthålls av kognitiva processer.

*Kommentar.* De aktuella processerna är så många att det är svårt att testa effekten av var och en. De få försök som gjort stöder inte teorin. Hypotesen att en kognitiv process påverkar en annan leder till en ändlös cirkulär återgång, ett problem som trots att det beskrevs för mer än 60 år sedan, inte nämns i teorin. Processerna är också fler än nödvändigt och kan sammanfattas med att dåligt självförtroende vidmakthåller ätstörningar. Mer än hundra års psykologisk forskning har visat att självförtroende är med i snart sagt allt människor gör, den kognitiva teorin är därför ospecifik.

2. Ungefär 45% av patienterna som behandlats med KBT går i remission i de flesta studier. Det finns inga uppföljningar som är längre än ett år då mer än 30% har återfallit.

*Kommentar.* Enligt den senaste sammanfattningen går 37% av patienterna som behandlats med KBT för bulimi i remission. I alla studier återfaller minst 30% av patienterna inom ett år, men återfallet döljs genom att man lägger till lika många andra patienter som går i remission efter behandlingen. I publikationerna presenteras resultaten som att det inte förekommer återfall, vilket är oacceptabelt. Effekten av KBT för andra ätstörningar är inte utredd i tillräcklig detalj och när

KBT använts i primärvården har bortfallet varit så stort att resultaten är försumbara.

### *Ätträning, teori och effekt*

Enligt en neurovetenskaplig teori är anorexi den prototypiska ätstörningen och andra ätstörningar är uttryck för samma problem. Hjärnans signalsystem är engagerade men inte patologiskt, låg kroppsvikt är ett utvecklingsbiologiskt jämviktstillstånd med överlevnadsvärde. I tillståndet ingår hög fysisk aktivitet och låg kroppstemperatur. Ätbeteendet, den höga aktiviteten och den låga temperaturen behandlas därför och alla ätstörningar behandlas på liknande sätt.

Behandlingen kallas Mandometerbehandling och sedan den visats effektiv i en kontrollerad klinisk studie har den visats lika effektiv vid sex kliniker i fyra länder. 75% av patienterna (n=1428) går i remission och 10% återfaller under femårs uppföljning.

Mandometerbehandlingen är den enda behandling som följer sina patienter längre än ett år, vilket beror på att många patienter återfaller efter KBT och andra behandlingar.

### *Jämförelse KBT – Mandometerbehandling*

Nu har fler än 1400 patienter behandlats till remission med Mandometerbehandling och eftersom 10% återfaller under fem års uppföljning har hälsan återställts hos fler än 1200 patienter. Den stora skillnaden i behandlingsresultat mellan KBT och Mandometerbehandling beror inte på skillnader i patienternas tillstånd vid behandlingens början. Resultat som redovisats i litteraturen föreslår att, om något, är de patienter som kommer till Mandometerbehandling i sämre tillstånd än de patienter som kommer till KBT och andra behandlingar. Eftersom så många patienter tillfrisknat efter Mandometerbehandling och behandlingsresultaten av KBT och andra behandlingar inte är lika bra, är en jämförelse mellan Mandometerbehandling och KBT överflödigt.

*Slutsats.* Intressant nog är ätträning också den viktigaste interventionen vid KBT och minskar de kognitiva problemen. I Mandometerbehandling följs ätträning av förbättring av de mentala problemen utan särskilt kognitiv träning. Hur ett normalt ätbeteende kontrollerar normala psykologiska funktioner har redovisats i detalj.

Den kognitiva träning som erbjuds i KBT liknar den som används i Mandometerbehandling och bygger snarare på sunt förnuft än på vetenskapliga överväganden.

Skillnaden i behandlingseffekt mellan Mandometerbehandling och KBT beror sannolikt på att Mandometerbehandlingen har den bättre ätträningsmetoden. Utfallet av alla behandlingar av ätstörningar, inklusive KBT, kommer därför att förbättras om Mandometermetoden används i stället för de andra metoder som nu används, inklusive KBT.

1. Södersten P, Bergh C, Leon M, Brodin U, Zandian M. Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. *Phys Behav* 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.016>