



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Höstterminen 2005

# **Självhjälp med Internetstöd vid bulimia nervosa och hetsättningsstörning**

**Carolina Lundin & Kajsa Mitsell**

Handledare: Ata Ghaderi  
Bitr. handledare: Per Carlbring  
Examinator: Lennart Melin

## Vi vill tacka

Alla deltagare som ställt upp och jobbat hårt med sin behandling, utan vilket behandlingsforskningen inte skulle kunna ta ens ett myrsteg framåt.

Ata Ghaderi för mycket bra handledning. Han har hjälpt oss med svårfunna källor, uppmuntrat oss, givit konstruktiv feedback, alltid varit positiv och sist men inte minst inspirerat till forskning.

Per Carlbring, forskningsprojektets ovärderliga allt-i-allo. Han har hjälpt oss med rykande färska källor, administration bakom kulisserna samt varit allmänt glad och hjälpsam.

Brjánn Ljótsson, vår statistikprogramsguru och ovärderliga administratör.

Mia Asplund och Lennart Melin för noggrann genomgång av uppsatsen.

Nära och kära för trevlig livskontext under uppsatsarbetet.

## Sammanfattning

Studien hade som syfte att undersöka om en KBT självhjälpsbehandling med stöd i form av e-postkontakt med en terapeut samt Internetbaserat diskussionsforum är en effektiv behandlingsform vid full/subtröskel bulimia nervosa (BN) respektive hetsättningsstörning (BED). Vidare var syftet att undersöka om ett tillägg av komponenter ur Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ger ytterligare behandlingseffekt jämfört med endast KBT samt om behandlingsresultaten skiljer sig åt för patienter som behövt vänta i snitt 5 veckor på sin behandling respektive väntat i snitt 18 veckor på behandling. Deltagarna i ett övergripande forskningsprojekt ( $n = 69$ ) slumpades till behandlingsetapp 1 eller väntelista. Deltagarna i väntelistagruppen ( $n = 32$ ) slumpades till de två behandlingsbetingelserna KBT ( $n = 16$ ) respektive KBTACT ( $n = 16$ ) och stod under 12 veckor på väntelista. De genomgick sedan 12 veckors självhjälpsbehandling, hade e-postkontakt med terapeut samt möjlighet att delta i ett Internetbaserat diskussionsforum. Analys av väntetiden visade att deltagarna inte förändrades på ätstörningsrelaterade eller generella variabler. Analyserna av behandlingsutfallet gjordes utifrån Intention to Treat (ITT) och kliniskt signifikanta förbättringar. Vid behandlingens slut hade antalet hetsätningar och självrensande episoder minskat med hälften och 31% var helt symptomfria. Det fanns minskningar på de flesta ätstörningsrelaterade mått med stora effekter och minskning av depression samt höjning av självupplevd livskvalitet och självkänsla med stora effekter. En jämförande analys mellan denna studies resultat och etapp 1 gjordes och det fanns inga skillnader i behandlingsutfall beroende av längden på väntetid. Skillnader i behandlingsutfall mellan KBT och KBTACT, till KBTACT:s fördel, upptäcktes på ätstörningsrelaterade attitydmått vid analyser av fullföljare då resultaten från etapp 1 och 2 lades ihop.

Resultaten av studien visar att självhjälp med Internetstöd ger goda resultat som är jämförbara med tidigare studier av självhjälpsbehandling med stöd i form av personlig kontakt.

*Nyckelord:* bulimia nervosa, hetsättningsstörning, Internet, självhjälp, kognitiv beteendeterapi, acceptance and commitment therapy, biblioterapi

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Inledning.....	7
Ätstörningar.....	7
Bulimia nervosa.....	7
Binge eating disorder .....	9
Prevalens .....	9
Etiologi.....	10
Behandling .....	11
Farmakologisk behandling .....	11
Annan psykoterapeutisk behandling än KBT.....	12
Kognitiv beteendeterapi .....	14
Teori .....	15
Behandling .....	16
Predicerande faktorer för behandlingsutfall.....	17
Utveckling av teori och behandling .....	18
Acceptance and commitment therapy .....	20
Teori .....	20
Behandling .....	21
Alternativa administrationsformer .....	22
Självhjälpsbehandlingar .....	23
Internet .....	25
Följsamhet och avhopp vid självhjälp.....	26
Väntelista.....	27
Syfte och frågeställningar.....	27
Syfte .....	27
Frågeställningar.....	28
Metod .....	29
Design.....	29
Oberoende variabler .....	29
Beroende variabler .....	29
Deltagare .....	30
Urval.....	30
Bortfallsanalys.....	31
Beskrivning av deltagarna.....	33
Material .....	33
Fairburns självhjälpsmanual.....	33
Steg 1: Att komma igång.....	34
Steg 2: Regelbundet ätande .....	34
Steg 3: Alternativ till hetsätning.....	35
Steg 4: Problemlösning och utvärdering .....	35
Steg 5: Bantning och liknande former av undvikande .....	35
Steg 6: Och sedan? .....	36
ACT-häfte.....	36
Om det mänskliga lidandet.....	36
Om dina mål med programmet.....	36
Om inre och yttre kontroll.....	37
Om språket och de regler vi skapar .....	37
Om acceptans och medveten närvaro.....	37
Om att ta kontroll över sitt liv .....	37

Eating Disorders Examination (EDE) .....	37
Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) .....	38
Eating Disorder Inventory-2 (EDI) .....	39
Survey for Eating Disorders (SEDs) .....	40
Body Shape Questionnaire (BSQ).....	40
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-assessment (MADRS).....	41
The Satisfaction With Life Scale (SWLS) .....	41
Quality Of Life Inventory (QOLI) .....	42
Rosenbergs skala för självkänsla (RSE).....	43
Self-Concept Questionnaire (SCQ).....	43
Treatment Credibility .....	44
Veckomätning .....	44
Internetforum.....	44
Procedur .....	45
Rekrytering.....	45
Samtycke .....	45
Förberedelser .....	45
Behandlingen.....	46
E-postkontakt med behandlarna .....	46
Hemuppgifter .....	46
Internetforumen .....	47
Administration av testinstrument via Internet .....	47
Etiska överväganden .....	48
Statistiska analyser .....	48
Intent-to-treat-analys (ITT) .....	48
Analys av fullföljare.....	49
Analysmetoder .....	49
Resultat.....	51
Behandlingsutfall .....	52
Jämförelse mellan fullföljare och avhoppare .....	52
Etapp 2 under väntetiden.....	52
Treatment Credibility .....	52
Beteende-, attityd- och personlighetsvariabler.....	52
Beteendevariabler.....	53
Attitydvariabler .....	55
Personlighetsvariabler .....	55
Livskvalitet, självkänsla och depression .....	56
Tillägg av ACT-komponenter .....	57
Jämförelse mellan KBT och KBTACT under väntetiden .....	57
Beteende-, attityd- och personlighetsvariabler.....	57
Beteendevariabler.....	57
Attitydvariabler .....	57
Personlighetsvariabler .....	58
Livskvalitet, självkänsla och depression .....	59
Etapp 1 och 2 tillsammans .....	59
Väntetidens inverkan.....	60
Jämförelse av behandlingsutfall mellan etapp 2 och etapp 1 .....	60
Övriga resultat.....	61
Kliniska signifikanser.....	61
Diskussion .....	63

Resultatdiskussion.....	63
Beteende-, attityd- och personlighetsvariabler.....	63
Livskvalitet, självkänsla och depression.....	65
Tillägg av ACT.....	66
Väntetidens inverkan.....	67
Avhopp.....	68
Metoddiskussion.....	68
Deltagare.....	68
Design.....	69
Procedur.....	69
Administrering av testinstrument via Internet.....	69
Behandlingen.....	70
Stödets omfattning och karaktär.....	71
Statistiska analyser.....	71
Implikationer för framtida klinisk verksamhet och forskning.....	72
Referenser.....	74
Bilaga A: Treatment Credibility-frågor.....	82
Bilaga B: Veckomättningsfrågor.....	83
Bilaga C: Hemuppgifter till teoridelen och de sex stegen.....	85

# Inledning

## **Ätstörningar**

Det finns tre huvuddiagnoser vid ätstörningar, nämligen anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och "eating disorder not otherwise specified" – EDNOS (svensk översättning: ätstörning utan närmare specifikation, UNS), varav EDNOS är den vanligaste diagnosen (Fairburn & Bohn, 2005). Många av dem som får diagnosen EDNOS lider av ätstörningar som i stor utsträckning liknar AN eller BN men kriterierna för dessa uppfylls av någon anledning inte. Antingen genom att det saknas ett eller flera kriterium eller genom att de karaktäristiska symptomen finns men utan att dessa når upp till tröskelvärdet ("sub-threshold"). För en majoritet av de EDNOS-diagnosticerade är symptombilden dock mer varierad och olik AN och BN och kan därmed inte enbart räknas som milda varianter av BN eller AN (Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn & Bohn, 2005; Turner & Bryant-Waugh, 2004). Till denna grupp, som en underkategori till EDNOS, hör binge eating disorder (BED) eller hetsättningsstörning (se beskrivning nedan).

De tre ätstörningsdiagnoserna har, enligt Fairburn och Harrison (2003), mer som förenar än skiljer dem åt. Det viktigaste de har gemensamt är patientens övervärderande av sin figur och vikt (Nollett & Button, 2005) och de flesta andra symptom kan ses som sekundära till dessa kognitioner. Det förekommer också i stor utsträckning att patienter rör sig mellan ätstörningsdiagnoserna, ungefär en fjärdedel av de som lider av BN har tidigare haft AN och hos de som lider av BN och AN föregås eller följs sjukdomen ofta av EDNOS. Det finns t ex heller inga skillnader i upplevd livskvalitet mellan de olika ätstörningsdiagnoserna (de la Rie, Noordenbos, & van Furth, 2005). Psykopatologin är med andra ord generellt densamma vid BN och AN, det som avgör diagnostillhörigheten är vikten vilken främst påverkas av underätning (de svältsymptom som finns hos patienter med AN är sekundära till vikten) (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Det finns också många patienter som kliniskt sett lider märkbart av ätstörningar där inte diagnosen riktigt uppfylls, som vid BED. Ätstörningarnas likhet och patienternas fluktuation mellan dem talar för ett transdiagnostiskt perspektiv på vidmakthållandet av ätstörningar (Fairburn et al., 2003; Fairburn & Harrison, 2003).

## **Bulimia nervosa**

Bulimia nervosa (BN) kännetecknas av återkommande episoder av hetsätning vilket innebär att individen äter en, under rådande omständigheter, onormalt stor mängd mat under en

avgränsad tidsperiod. Dessa hetsätningsepisoder kallas för objektiva bulimiska episoder (OBE) och karaktäriseras av att individen just äter en, under rådande omständigheter, onormalt stor mängd mat och känner en stark lust att hetsäta samtidigt som hon/han upplever att det inte går att kontrollera ätandet när det väl har påbörjats. Det finns ytterligare en typ av bulimisk episod, s k subjektiv bulimisk episod (SBE), som kännetecknas av ovanstående kontrollförlust och starka lust att hetsäta, men där individen inte äter en onormalt stor mängd mat. Kriteriet att mängden konsumerad mat vid en hetsätning ska vara en under rådande omständigheter onormalt stor mängd har ifrågasatts eftersom det inte finns några bevis för att mängden mat vid en hetsätning påverkar hetsätningens karaktär eller psykopatologi. Det har därför föreslagits att detta kriterium ska tas bort (Fairburn & Wilson, 1993). I nuläget diagnostiseras inte de patienter som uppfyller alla kriterier för BN men har SBE, och inte OBE, som BN utan som subtröskel BN. En individ med BN ägnar sig även åt återkommande kompensatoriskt beteende för att i första hand förhindra viktökning. Denna kompensering kan bestå av självrensande beteende såsom självframkallad kräkning och/eller missbruk av laxermedel och vätskedrivande medel men också av överdriven motion eller fasta. Vidare är individens självkänsla överdrivet påverkad av vikt och figur och hon/han upplever en stark rädsla för att gå upp i vikt. Både hetsätandet och det kompensatoriska beteendet måste förekomma i genomsnitt minst två gånger i veckan under en tremånadersperiod och inte enbart under episoder av AN för att klassificeras som BN (American Psychiatric Association, 2002).

Depression och ångestsyndrom förekommer i hög utsträckning vid BN (Fairburn & Harrison, 2003), men förutom det stora psykologiska lidande det innebär att leva med BN, kan beteendet även få en rad fysiska konsekvenser. Återkommande självframkallade kräkningar gör att tänderna gång på gång exponeras för magsyra vilket kan ge tandskador. Skador i halsen och matstrupen samt svullna spottkörtlar kan också förekomma. Ytterligare en fysiologisk effekt av självframkallad kräkning samt även en effekt av vätskedrivande- och laxermedelsmissbruk är obalans i kroppens vätskekoncentration, s k elektrolyttrubbning, varav den allvarligaste formen är hypokalemi vilket bland annat kan resultera i att hjärtat slår oregelbundet. Bantning kan även orsaka hormonella störningar som påverkar menstruationen, även då kroppsvikten är normal, vilket har observerats hos ca 50% av individer med BN (Fairburn, 2003).



## **Binge eating disorder**

I jämförelse med AN och BN så är BED ett outforskat kapitel. BED existerar inte som en egen diagnos i DSM-IV utan står dels som en underkategori till EDNOS och dels som en möjlig framtida diagnos i appendix B (American Psychiatric Association, 1994). Vid BED förekommer samma mönster av återkommande hetsätningsepisoder men däremot saknas användandet av det kompensatoriska beteendet som är typiskt för BN. De forskningskriterier som uppställs i appendix B är följande:

A. Återkommande episoder av hetsätning

B. Hetsätningsepisoderna innefattar 3 (eller fler) av följande:

- (1) Ätande snabbare än normalt
- (2) Ätande tills obehaglig mättnad uppstår
- (3) Ätande av stora mängder mat i frånvaro av hungerkänslor
- (4) Ätande i ensamhet beroende på skamkänslor över ätbeteendet
- (5) Känslor av äckel, nedstämdhet eller skuld efter hetsätningen

C. Påtaglig oro över hetsätningens beteende

D. Hetsätning förekommer i genomsnitt 2 dagar i veckan under sex månader

E. Hetsätningen är inte kopplad till regelbundet kompensatoriskt beteende och förekommer inte endast under sjukdomsförlopp i AN eller BN

Individer med BED lider ofta även av andra problem såsom depression och låg självkänsla. Något som också hittills varit svårt att komma åt är dessa patienters övervikt, vilket placerar dem i en högriskzon för sjukdomar och dödlighet (Grilo & Masheb, 2005). Ca 25% av de med BED har den hormonella störning som påverkar menstruationen och som är vanlig hos individer med BN (Fairburn, 2003).

## **Prevalens**

BN och BED orsakar mycket lidande och uppfattas ofta som skamfyllt och därmed svårt att tala om, varför många som lider av sjukdomen inte söker hjälp. Studier visar dock på en hög prevalens av ätstörningar i Sverige och andra länder. Ätstörningar är vanligast i populationer där bantning är vanligt och av kvinnor i åldrarna 20-30 år beräknas 1-3% lida av BN (Wilson & Pike, 2001; Fairburn, 2003). I en studie av Ghaderi och Scott (2001) var prevalensen av ätstörningar i Sverige hos kvinnor i åldrarna 20-32 år ca 3.2% varav BN och BED stod för ca 2.5%. BN drabbar i 90% av fallen kvinnor och mer specifikt främst vita kvinnor i västvärlden (Hay & Bacaltchuk, 2000; Fairburn & Harrison, 2003). När det gäller BED ser bilden något

annorlunda ut. Prevalensen av BED i den generella populationen är 1.5-2% (Wilfley, Robinson Welch, Stein, Borman Spurrell, Cohen, Saelens et al., 2002). Även vid BED är kvinnorna i klar majoritet men här är det inte främst unga kvinnor som drabbas utan vanligtvis är de drabbade något äldre kvinnor i medelåldern. Andelen män som har BED är också betydligt större än vid BN (Wilson & Pike, 2001; Fairburn & Harrison, 2003).

## **Etiologi**

Det finns ingen enkel förklaring till varför ätstörningar uppstår utan det är som med de allra flesta andra psykiatriska störningar att biologiska, psykologiska och sociala faktorer samverkar. Det finns t ex en genetisk komponent men hur stark denna är och vad den består av är inte fastställt (Fairburn & Harrison, 2003). Utifrån prevalensstudier kan man tydligt se att det generellt sett är en riskfaktor att vara ung, vit kvinna i västvärlden. En anledning till att det är på det här viset kan vara att det, i dagen samhälle, finns ett enormt socialt tryck på att främst kvinnor ska vara smala och att bantning därmed är vanligt i den här populationen. Bantning i sig är nämligen en högriskfaktor för utvecklande av ätstörningar. Kvinnor är även, sannolikt till följd av detta sociala tryck, mer benägna att värdera sig själva utifrån sitt utseende, vilket ytterligare förstärker den ojämna könsfördelningen hos ätstörningsdrabbade (Fairburn, 2003).

När det gäller riskfaktorer på familjenivå är det förhöjd risk att drabbas av en ätstörning om det redan finns ätstörningsproblem inom familjen och om det förekommer fetma, depression samt alkoholmissbruk. Vidare räknas sexuellt utnyttjande, bantning inom familjen och återkommande kritiska kommentarer från familjen och andra om ätande, figur och vikt som riskfaktorer.

På individnivå finns det vissa personlighetsegenskaper som tillsammans med andra faktorer kan bidra till uppkomsten av ätstörningar. I studier av Ghaderi och Scott (2001) och Fairburn et al. (1997; 1998) har det visat sig att individer som har låg självkänsla, upplever bristande socialt stöd från omgivningen, är perfektionistiska och i hög utsträckning är missnöjda med hur kroppen ser ut är särskilt benägna att utveckla ätstörningar. Individer med ångestproblematik och individer som i högre utsträckning än andra använder sig av coping i form av flykt och undvikande ligger också i riskzonen. Vidare kopplas även tidig menstruation och graviditet ihop med utvecklande av ätstörningar.

## **Behandling**

Det finns ännu inte någon behandling vid hetsätning som hjälper de flesta. KBT är den psykoterapiform som det har gjorts mest forskning på och är också den behandling som visat sig vara mest effektiv och är därmed "treatment of choice" vid behandling av hetsätning (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993; Fairburn & Harrison, 2003). Det finns ett visst forskningsstöd för andra manualiserade psykoterapier som beteendeterapi, psykoedukation och interpersonell psykoterapi (IPT) (Agras, 1993; Wilfley et al., 2002). Också farmakologisk behandlings effekt har testats på hetsätning i studier och har visat sig kunna bidra med effekt på behandlingsresultat i vissa fall (Mitchell & de Zwaan, 1993).

## **Farmakologisk behandling**

Olika neurotransmittorer, neuropeptider och hormoner har i djurstudier visat sig påverka ätbeteende som aptit, hunger, övermättnad, måltidsfrekvens, måltidsstorlek, äthastighet, måltidsduration, måltidsstorlek, tid mellan måltiderna och hetsätning. Denna kunskap har gjort att man har provat farmaka för att påverka ätbeteende hos människor. Forskning har främst visat att mediciner kan påverka hetsätning (Mitchell & de Zwaan, 1993).

Selektiva seretonin återupptagningshämmare (SSRI, selective seretonin reuptake inhibitor) ökar seretonintransmissionen i hjärnan och har visat sig öka mättnadskänslan. En teori runt seretonin är att patienter som hetsäter har låga halter av seretonin i det centrala nervsystemet och hetsäter för att öka det medan en annan teori säger att låg seretoninhalt bidrar till dålig humörs- och impuls kontroll vilket leder till hetsätning. Farmaka som påverkar dopamin och noradrenalin minskar också hungerkänslor. Selektiva opiatantagonister har visat sig minska födointag, en teori är att det minskar stress och därmed stressframkallad hetsätning (Mitchell & de Zwaan, 1993).

Antidepressiva läkemedel användes från början för att patienter med BN ofta också led av depression. Dessa läkemedel har dock visat sig ha effekt även på patienter med BN utan depression och tros därför ha effekt direkt på bulimiska symptom. Det kan också vara så att det minskar ångest och spänning även på icke-deprimerade patienter, vilket ofta föregår hetsätningsepisoder. Resultaten av de studier som gjorts av antidepressiva läkemedel vid hetsätning visar att patienterna hetsäter i genomsnitt 70% mindre vid behandlingens slut medan ca 20% är helt symptomfria (Mitchell & de Zwaan, 1993; Bacaltchuk, Trefiglio, de Oliveira, Lima, & Mari, 1999). Jämfört med de patienter som fått placebo i studierna är skillnaden inte så stor vad gäller symptomreduktion. Det finns skillnader mellan olika studier,

men flera visar att patienter som fått placebo reducerat sin hetsättningsfrekvens med ca 50%. Antidepressiva läkemedel har i forskning visat något bättre effekter än placebo på minskning av hetsätningsepisoder, upptagenhet av mat och depressiva symptom. Forskning som jämfört KBT och antidepressiva läkemedel, visar dock att KBT och KBT + antidepressiv medicin är överlägset enbart antidepressiv medicin (Mitchell & de Zwaan, 1993). Ett par studier som har jämfört antidepressiva med KBT har visat att 20% blir symptomfria av behandling med antidepressiva medan mellan 36 och 39% blir symptomfria med KBT (Bacaltchuk et al., 1999; Hay & Bacaltchuk, 2000). Antidepressiva läkemedel har även visat sig bidra med effekt tillsammans med terapi för vissa patienter på vissa variabler. Det kan alltså ibland vara befogat att lägga till antidepressiv medicin till psykoterapi för vissa individer (Mitchell & de Zwaan, 1993; Bacaltchuk et al., 2000). Fairburn och Harrison (2003) menar att antidepressiv medicin kan ges till patienter som ett första steg i en behandling där det andra steget är KBT. Litium har testats och visat sig ge samma effekt som placebo på hetsätning och kompensering hos BN-patienter (Mitchell & de Zwaan, 1993).

Mediciner medför risk för biverkningar. SSRI-preparat som fluoxetine eller fluvoxamine anses vara att föredra eftersom de ger förhållandevis få sådana (Mitchell & de Zwaan, 1993). Utsättning av antidepressiv medicin efter behandling för ätstörning är ett område som det inte gjorts så mycket forskning på, men flera studier visar att en stor grupp patienter återfaller i sin ätstörning då medicinen sätts ut. Även av dem som svarar på medicin och fortsätter att äta den, återfaller ca en tredjedel (Mitchell & de Zwaan, 1993; Bacaltchuk et al., 1999). Avbrytande av behandling förekommer också i större utsträckning vid behandling med medicin än vid KBT, 40% i jämförelse med 18% (Bacaltchuk et al., 1999; Hay & Bacaltchuk, 2000). Även då antidepressiv medicin kombineras med KBT sker avhopp i större utsträckning än vid bara KBT (Bacaltchuk et al., 2000).

### **Annan psykoterapeutisk behandling än KBT**

KBT är den psykoterapeutiska behandlingsform som är mest utforskad inom hetsättningsområdet. Det finns emellertid även andra psykoterapiansatser. Agras (1993) beskriver tre andra typer av korttidsterapi. En är terapiformer som innehåller en eller flera komponenter ur KBT, som varianter av beteendeterapi eller psykoedukation. Denna typ av behandling får liknande resultat som KBT i de studier som gjorts. Jämförelser mellan beteendeterapi (BT) och KBT har visat att dessa psykoterapiformer på kort sikt är lika bra på att reducera hetsätningssymptom (Agras 1993). Men resultaten visar också att den kognitiva komponenten i KBT har en överlägsen effekt på oro runt kropp och vikt och upptagenhet av

bantning. Exponering med responsprevention (ERP) har i några studier jämförts med KBT. ERP utgår från en ångestmodell av BN, hetsätning antas öka ångesten och självrensning minska den. Agras (1993) drar slutsatsen att ERP inte tillför något till KBT:s effektivitet. KBT innehåller också exponering för ”farlig/förbjuden” mat.

En annan terapiform som provats för behandling av BN och BED är manualiserade psykoterapier som interpersonell psykoterapi (IPT) och supportive-expressive therapy. Den senare är tolkande, ickestyrande psykoterapi där ätstörningen ses som ett symptom på underliggande interpersonella problem. IPT fokuserar istället på nutid även om man inte heller här arbetar direkt med ätstörningssymptomen. Modellen man grundar sig på säger att ätstörningar debuterar i sena tonåren då interpersonella relationer är mycket viktiga. Hypotesen är att hetsätning är ett sätt att handskas med och också triggas av, negativ affekt från interpersonella svårigheter (Agras, 1993). Som grupp betraktat är denna typ av psykoterapi mindre effektiv än KBT. Andelen avhopp varierar i olika behandlingsstudier mellan 7 och 23% och mellan 12 och 44% blir symptomfria, i snitt 24% (Agras, 1993). Jämfört med väntelista reduceras dock symptom och symptomfriheten ökar (Hay & Bacaltchuk, 2000)

En manualiserad form av IPT vid BN som i forskning har använts av Agras, Walsh, Fairburn, Wilson och Kraemer (2000) har dock visat sig ge lika bra effekt som KBT vid ettårsuppföljning. Denna IPT har tre faser, först analyseras den interpersonella kontext som funnits vid utvecklandet och vidmakthållandet av ätstörningen, sedan fokuserar man på nuvarande interpersonella svårigheter och en förändring av dessa och slutligen diskuteras bemötande av framtida interpersonella svårigheter. IPT hanterar inte ätstörningssymptomen och innehåller inte självmonitorering. Vid behandlingens slut gav KBT signifikant överlägset bättre resultat på symptomfrihet än IPT, 29% jämfört med 6% för intent to treat (45% jämfört med 8% för behandlingsfullföljare). Vid uppföljningen, ett år efter avslutad behandling, fanns det emellertid inga signifikanta skillnader mellan de båda terapiformerna, 40% av dem som fullföljt KBT var symptomfria jämfört med 27% av dem som fullföljt IPT (Agras & Walsh et al., 2000). IPT kan alltså vara lika effektivt som KBT, men tar betydligt längre tid innan det ger effekt (Fairburn & Harrison, 2003).

En studie av Wilfley et al. (2002) visade att KBT och IPT i gruppformat gav samma resultat på BED-symptom vid eftermätningen och ettårsuppföljningen. Den enda skillnaden var att KBT gav en snabbare effekt på dietrestriktion, men IPT gav ett likvärdigt resultat vid ettårsuppföljningen. Fairburn, Agras, Walsh, Wilson och Stice (2004) fann i en jämförande

studie mellan IPT och KBT för BN att fler patienter blev symptomfria (inte hade hetsätit eller kräkts under de senaste fyra veckorna i slutet av behandlingen) av dem som behandlats med KBT än de som behandlats med IPT.

En tredje form av psykoterapi för hetsätning är familjeterapi, där familjens roll runt ätstörningssymptomen och förändring av den är i fokus. På familjeterapi har det endast gjorts en kontrollerad studie och i den hoppade 44% av och endast 9% blev symptomfria (Agras, 1993).

## **Kognitiv beteendeterapi**

KBT är den psykoterapiform som har mest forskningsstöd och anses vara "the treatment of choice" för BN (Fairburn et al., 1993). Också för BED har KBT starkt stöd (Wolff & Clark, 2001; Fichter, Quadflieg, & Gnutzman, 1998), även om inte lika mycket forskning gjorts på behandling av denna "nyare" ätstörningsdiagnos. Enligt Fairburn et al. (2003) har över 50 randomiserade kontrollerade studier gjorts av KBT-behandling för BN. Siffror för symptomfrihet vid behandlingens slut har enligt Agras (1993) varierat mellan 20 och 76%, i snitt 47%. Fairburn et al. (2003) menar att 40-50% av dem som fullföljer behandlingen (vilket oftast är 80-85%) tillfrisknar helt. Enligt Agras (1993) är dock bara i genomsnitt en tredjedel av de patienter som genomgår KBT symptomfria ett år senare och vidmakthållande av behandlingsresultat på längre sikt vet man ännu inte så mycket om (Agras, 1993). Andelen avhopp från KBT-behandling har i olika studier varierat mellan 0 och 34%, enligt Agras, Crow et al. (2000) avbryter i snitt 20% behandlingen i förtid.

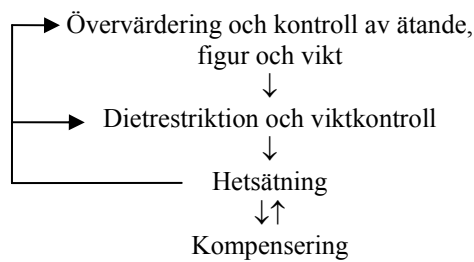
KBT har i studier visat sig vara minst lika effektiv som de behandlingar den jämförts med. KBT ger i en rad studier lika bra resultat eller bättre på hetsätningens frekvens som andra manualiserade psykoterapiformer (Fairburn et al., 1993; Agras, 1993). För självrensande vid BN har dock KBT ofta bättre stöd än andra terapiformer (Agras, 1993). Patienter med BED har visats svara på KBT vad gäller minskat antal hetsätningsepisoder och andra ätstörningsrelaterade symptom (Wolff & Clark, 2001; Fichter et al., 1998).

För de flesta patienter med BN och BED är alltså KBT förstahandsvalet som behandlingsmetod. Enligt Fairburn et al. (1993) finns en liten grupp patienter med BN, ungefär 5%, som behöver intensivare behandling i form av inläggning på sjukhus eller dagvård. Det är patienter som är deprimerade och suicidala, patienter som har svår elektrolytstörning, gravida patienter vars ätbeteende utgör risk för missfall samt patienter som inte blivit hjälpta av öppenvårdsbehandling.

## *Teori*

Som tidigare nämnts har forskningen i mycket större utsträckning fokuserat på behandling av BN än av BED och därmed har teorin runt vidmakthållande formulerats främst för BN. Vid BED antas många av mekanismerna vara desamma, med undantag av det kompenserande beteendet och kognitioner kopplade till detta. Teorin bakom KBT-behandling av BN fokuserar på vidmakthållandet av sjukdomen (Fairburn et al., 2003; se figur 1). Kärnan i vidmakthållandet är att patienten värderar sig själv till stor del eller uteslutande utifrån sina ätvanor, sin figur och vikt. Detta resulterar i ökat fokus på ätande, figur och vikt som leder till dietrestriktion och undvikande av överätande och viktuppgång. Övriga kliniska kännetecken vid ätstörning kan ses som sekundära till denna ”kärnpatologi”. Dessa är extremt viktkontrollbeteende som dietrestriktion och kompenserande, olika former av ”body checking” (att ”söka av” sin kropp på jakt efter tecken på hur figuren känns och ser ut) och undvikanden samt upptagenheten av tankar om ätande, figur och vikt. Teorins förklaring till hetsätning är att den är resultatet av försök att hålla sig till extrema och specifika dietregler. Brytande av dietrestriktionerna sker ofta som respons på humörsvängningar som gör det svårt att följa de strikta reglerna. Brytande mot reglerna tenderar att framkalla en mycket stark reaktion där brytandet tolkas som brist på självkontroll och ofta leder till ett tillfälligt övergivande av dietrestriktionen vilket många upplever blir en trigger för hetsätning. Hetsätning kan också fungera direkt känsloreglerande, tillfälligt är det distraherande och det känns bättre, vilket gör att beteendet blir negativt förstärkt. Det sistnämnda tros vara en vidmakthållandeprocess vid BED.

Vid BN framträder ett mönster av dietrestriktion som emellanåt avbryts av hetsätningsepisoder. Hetsätningen vidmakthåller i sin tur övervärderingen av kontroll av ätande, vikt och figur genom att göra patienten upptagen av sin förmåga att kontrollera dessa och leder till ännu striktare dietregler som ökar risken för hetsätning. Dessa patienter tenderar att vara mycket självkritiska, vilket leder till att de vid misslyckande av att följa sina strikta regler förlägger skulden och felet hos sig själva istället för hos sina regler och mål. De kämpar ännu hårdare för att lyckas, vilket vidmakthåller beteendet. Det självrensande beteende, kräkningar och/eller laxer- och vätskedrivande medel, som en del patienter ägnar sig åt efter hetsätning, vidmakthåller också hetsätning genom den felaktiga uppfattningen att det förhindrar att kroppen att ta upp energi från hetsätningen.



Figur 1. KBT-modell över vidmakthållande av BN (Fairburn et al., 2003).

Stöd för teorin kommer främst från resultat av behandling som fokuserar på att modifiera de element som i teorin anses vara vidmakthållande, men också från studier av psykopatologin bakom ätstörningar (Fairburn et al., 2003). Behandlingen som beskrivs nedan är utformad för BN. Vid BED utesluter man de delar av behandlingen som angriper kompenserande beteenden.

### *Behandling*

KBT för BN är utformad av Fairburn och beskrevs först 1981. Behandlingen är utformad för att pågå under ungefär 20 veckor och innehåller tre steg (Fairburn et al., 1993). Fokus genom hela behandlingen är vidmakthållandet av ätstörningen och att på olika sätt bryta det. Förutom hetsätningarna riktar man alltså också in sig på dietrestriktioner, känsloreglering samt övervärdering och kontroll av ätande, figur och vikt. Behandlingen är additiv, d v s de tekniker som lärs ut bygger på varandra, vilket gör att ordningen är viktig. Det är viktigt för behandlingen att behandlare och patient etablerar en god samarbetsrelation med det gemensamma målet att patienten ska sluta hetsäta. För gott utfall krävs att patienten prioriterar behandlingen, där hemuppgifter är en viktig del.

Det första stegets tonvikt ligger på att förklara KBT-modellen av vidmakthållandet av ätstörningen (figur 1), vilken blir rational för behandlingen. Det är viktigt att patienten förstår att det inte bara är hetsätning som vidmakthåller ätstörningen, utan också dietrestriktion vilket i sin tur hänger ihop med tankar och känslor runt kropp och vikt och i många fall med låg självkänsla. Patientens egen beskrivning används för att förklara modellen över vidmakthållandet. Målet är att patienten ska förstå hur ätstörningen vidmakthålls och motivera till förändring i beteende och kognition.

Beteendetekniker används för att etablera regelbundna matvanor istället för hetsätning. Patientens första hemuppgifter består av att registrera sitt ätande. Rationalen för självregistrering är att detta ger information om när problemen uppstår samt hjälper patienten att förändra sina ätvanor och problematiska tankar och känslor. Patienten får också i



hemuppgift att väga sig en gång i veckan. Detta är en beteendeförändring som är mycket viktig och direkt kopplad till tankar och känslor runt vikt. Rationalen är att det dels hanterar undvikande av vägning och dels att patienterna ska lära sig att dra slutsatser av fyra veckors viktnoteringar och inte av dagliga fluktuationer i vikt. Patienten instrueras att begränsa sitt ätande till tre planerade måltider per dag samt två eller tre planerade mellanmål, vilket ska ersätta alternerandet mellan hetsätning och bantning. Tyngden ligger på att etablera ett regelbundet ätande och inte vad maten består av. Stimuluskontroll runt matsituationen behöver tillämpas. För att hantera sug att hetsäta eller kompensera ska patienten ägna sig åt, och även planera in, alternativa aktiviteter som är inkompatibla med problembeteendet. I steg ett finns också ett stort inslag av utbildning om vikt, fysiologisk påverkan på kroppen av hetsätning och självrensning/kompensation, kräkningars och laxermedels ineffektivitet på att hindra kroppens energiupptagning samt bantningens vidmakthållande effekt på den onda cirkeln med hetsätning och självrensning.

Det andra steget trycker på att sluta med dietrestriktioner/bantning. Dessa patienter uppvisar i regel hög grad av dikotomt tänkande, de håller sig till strikta och precist definierade dietregler och när de upplever att de brutit mot dessa på något sätt reagerar de med att helt sluta att kontrollera sitt födointag och hetsäter istället. Genom att koppla denna onda cirkel till det patienten registrerar och berättar runt sitt ätande, visar man att bantningen i sig ger en sårbarhet för hetsätning och att det därför är av vikt att sluta banta. Som i steg ett fortsätter man att angripa den typ av bantning som innebär att man inte äter under långa perioder och nu introduceras också modifierandet av lågt kaloriintag och undvikandet av viss mat. Kognitiva tekniker används för att förändra tankar, antaganden och värderingar som vidmakthåller problemen, av vilka de runt vikt och kropp är viktigast att modifiera. Problemlösningsteknik lärs ut när patienten kan identifiera utlösare till problembeteende.

Det tredje steget är vidmakthållande av förändrade beteenden. Skillnaden mellan bakslag och återfall förklaras eftersom patienterna tenderar att tänka dikotomt runt en tillfällig tillbakagång till tidigare problembeteende. Patienten får hjälp att förbereda en plan för hanterande av problematiska situationer och bakslag. Betoningen ligger på att patienten ska fortsätta använda sig av de färdigheter hon lärt sig i behandlingen.

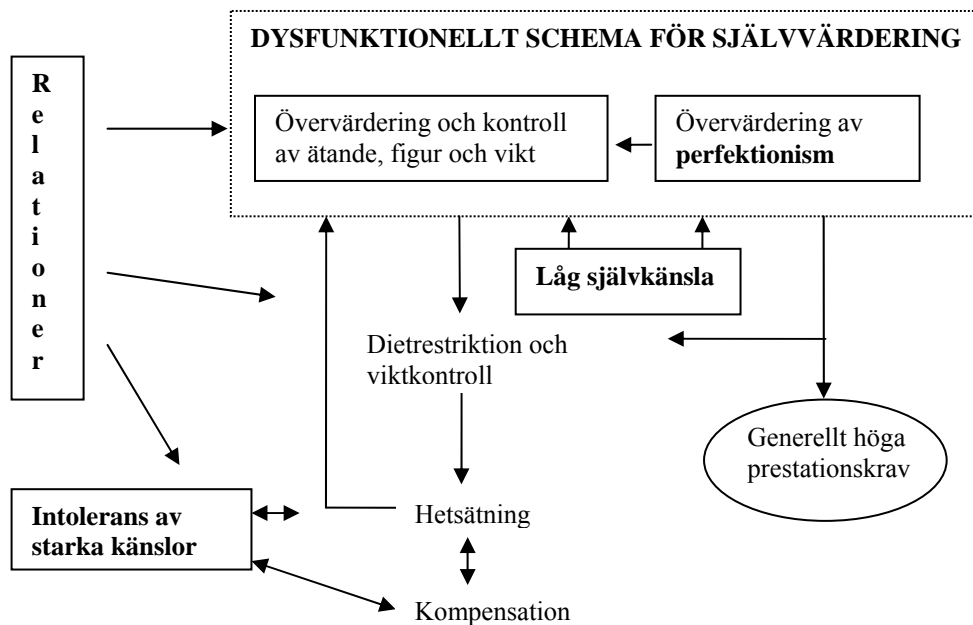
### **Predicerande faktorer för behandlingsutfall**

Fairburn et al. (1993) menar att av predicerande faktorer för behandlingsresultat är patientens nivå av självkänsla innan behandling den faktor som har visat sig ha tydligast samband med

gott behandlingsutfall, högre självkänsla ger ett bättre resultat. Frekvensen av hetsätning och självrensande vid behandlingens start, där högre frekvens ger sämre resultat, lyfts vidare fram som en prediktor av Fairburn et al. (2003). Tidig respons på behandling i form av reduktion av hetsätning och kompensering under de första fyra veckorna har också befunnits predicera gott behandlingsutfall (Fairburn et al., 2003; Agras, Crow et al., 2000). Agras, Crow et al. (2000) fann i en KBT-behandlingsstudie för BN att de patienter som inte svarade på behandlingen i större utsträckning led av depression, hade lågt BMI samt hade lägre social anpassning (poor social adjustment) vid behandlingens start än de som efter behandlingen var symptomfria. Fairburn och Harrison (2003) fann dock inget stöd för, i sin genomgång av forskningsresultat, att det skulle finnas några konsekventa utfallsprediktorer för behandling.

## Utveckling av teori och behandling

Den KBT-behandling för hetsätning som finns idag blir i bästa fall hälften av patienterna hjälpta av. Därför finns ett stort behov av att vidareutveckla behandlingen. Fairburn et al. (2003) menar att det finns starkt stöd för den teori (figur 1) man arbetar utifrån, men att den behöver kompletteras. För en del patienter finns kompletterande mekanismer för vidmakthållande som interagerar med de presenterade i figur 1 och dessa behöver i så fall hanteras i behandlingen. Fairburn et al. (2003) har därför gjort en utökad modell (figur 2) som dock inte är tänkt att ersätta den förstnämnda teorin utan ska ses som ett komplement till denna. Det är fyra mekanismer som lagts till. *Perfektionism* av klinisk signifikans förekommer ofta hos ätstörda patienter och innebär strävande efter personligt satta mål trots aversiva konsekvenser. Negativ självvärdering finns mer eller mindre hos alla, men en subgrupp lider av mer generell *låg självkänsla*, vilket motverkar förändring eftersom patienten misstror sin förmåga att lyckas förändra sitt beteende. För en del patienter har *intolerans av starka känslor* en särställning i att hetsätning, kräkning och intensivt motionerande används som känsloreglerande beteende eftersom patienten uppfattar att hon inte kan hantera känslorna. Hos patienter med BED tycks detta ofta vara den vidmakthållande processen. *Interpersonella svårigheter* kan på flera sätt påverka vidmakthållandet av ätstörningen, t ex genom att omgivningens inställning till kontroll av ätande, figur och vikt påverkar individen, att aversiva interpersonella händelser föregår hetsätning samt att interpersonella svårigheter på lång sikt bidrar till dålig självkänsla.



Figur 2. Den utökade KBT-modellen av vidmakthållande av BN (Fairburn et al., 2003).

Behandlingsteknikerna behöver utvecklas för att effektivisera behandlingen av det som enligt teorin är kärnan i psykopatologin (figur 1) samt för att bemöta de ytterligare vidmakthållande processer som kan förekomma (figur 2). De sätt som Fairburn et al. (2003) nämner som möjliga vägar att utveckla behandlingen på är att dra nytta av den utveckling som har skett inom området kognitiva tekniker, att fokusera mer på aspekter av vidmakthållandet som man nu känner till från klinisk erfarenhet som body-checking och framför allt att hitta helt nya strategier för att hantera övervärdering av ätande, figur och vikt samt att intensifiera behandlingen i början av behandlingstiden eftersom tidig respons predicerar gott utfall. Ätstörningarnas likhet och patienternas fluktuation mellan dem (som tidigare nämnts) talar för ett transdiagnostiskt perspektiv på vidmakthållandet av ätstörningar och en transdiagnostisk ansats i behandling (Fairburn et al., 2003; Fairburn & Harrison, 2003). Fairburn et al. (2003) föreslår en ny typ av transdiagnostisk behandling som utgår från en noggrann funktionell analys av det individuella fallet så att alla mekanismer för vidmakthållande kan bemötas i behandlingen.

Som nämnts tidigare tycks en nyckel i behandlingen vara att modifiera patientens självvärdering som präglas av övervärdering av ätande, figur och vikt. Även intolerans av starka känslor och funktionen av hetsätning och kompenserande beteende som känsloreglerare är mycket viktigt att komma åt för gott behandlingsutfall för en subgrupp, kanske framför allt för patienter med BED där detta kan vara den främsta vidmakthållande processen (Fairburn et al., 2003). Inom traditionell KBT-behandling har kognitioner hanterats med kognitiv omstrukturering men, som Fairburn et al. (2003) noterar, tycks helt nya strategier behövas.

Eftersom ett stort behov finns av att effektivisera behandlingen är det angeläget att prova nya grepp för att hantera dysfunktionella kognitioner och känslointolerans. Acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) ger implikationer för ätstörningsbehandling speciellt vad gäller kognitioner, vilkas kontext ändras från att tro på det bokstavliga innehållet i tankarna till en kontext av distanserat iakttagande på metanivå och acceptans (Hayes & Pankey, 2002).

## **Acceptance and commitment therapy**

ACT (Hayes et al., 1999) har ett visst forskningsstöd. Vid en genomgång av forskningsläget fann Hayes, Masuda, Bissett, Luoma och Guerrero (2004) att det gjorts åtta randomiserade kontrollerade studier och femton studier med single subject design. ACT har testats på substansmissbruk, tobaksavvänjning, psykos, depression, kronisk smärta, ätstörningar, olika ångeststörningar samt arbetsrelaterad stress. Man har i kontrollerade studier jämfört ACT med kognitiv terapi, andra former av beteendeterapi, ”treatment as usual”, systematisk desensitisering och 12-steps-program och ACT har befunnits ge bättre eller lika bra behandlingseffekt vid depression, arbetsrelaterad stress, positiva psykotiska symptom, substansmissbruk, tobaksavvänjning samt social fobi (Hayes et al., 2004).

### *Teori*

ACT grundar sig på relational frame theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). RFT ser språket och kognitioner som verbalt beteende, vilket vi ägnar oss åt nästan hela tiden, och ger en psykologisk förklaring till hur det fungerar. I korthet säger teorin att vi människor från det att vi är små genom operant inlärning lär oss att respondera på stimuli utifrån dess relation till något annat, d v s att hela tiden sätta stimuli i relation till andra stimuli. Detta ”relationsinramande” blir en generaliserad operant som gör att vi härleder relationer hela tiden. Förutom icke-godtyckliga relationer (faktiska kontingenser) som handlar om inneboende egenskaper hos stimuli, relationsinramar vi även godtyckligt vilket innebär att vi sätter stimuli i relation till varandra utifrån ”påhittade” egenskaper. Relationsinramandet har tre utmärkande drag. ”Ömsesidigt inbegripande” innebär att inlärning av en relation i en riktning (Lisa är yngre än Stig) medför automatisk härledning av relationen i omvänd riktning (Stig är äldre än Lisa). ”Kombinatoriskt inbegripande” innebär att om en person lär sig att Per är längre än Benjamin och Benjamin är längre än Vendela så innebär det också att relationen Per är längre än Vendela härleds. Funktionen ett stimuli har kan transformeras eller ändras utifrån vilken relation det har till ett annat stimuli (Lisa känner trygghet när hon luktar på sin

mammas tröja), vilket kallas ”transformation av stimulusfunktion”. Det är i alla tre fallen kontextuella signaler som styr vilka härledningarna man gör.

En analys av en ätstörning som BN och BED enligt RFT tar fasta på vilka godtyckliga relationsramar som styr patientens beteende. För många av dem har ”jag är tjock” hamnat i likhetsrelation med ”jag är värdelös” (genom ömsesidigt inbegripande), likaså ”äta lite” med ”duktig” och ”hetsäta” med ”tappat kontrollen”. ”Dåligt” finns för en del patienter i härledda relationer tillsammans med nästan allt som har med mat att göra. Stimulusfunktionen hos ”dåligt” har transformerats till mat, vilket innebär att mat framkallar samma respons som dåligt, nämligen att undvika - responsen blir dietrestriktion.

För många patienter med BN och BED har hetsätning och kompensatoriskt beteende blivit sätt att försöka fly från ångest eller andra aversiva känslor och tankar. ”Undvika” är i likhetsrelation med ”slippa obehag” eftersom det fungerar så med yttre aversivt stimuli som man helt enkelt kan ta bort (sätt i öronproppar och slipp oljudet). Att undvika ångest fungerar dock inte eftersom det är ett inre stimuli. Att hetsäta eller kompensera kan emellertid fungera för många på kort sikt vilket gör att denna godtyckliga relation blir stärkt, men den faktiska kontingensen på längre sikt är som bekant stort psykiskt lidande. För patienten har de godtyckliga relationerna fått dominans över de icke-godtyckliga och hon ”lever i sitt huvud” mer än i verkligheten och missar därför vilka konsekvenser beteendet verkligen får. Ett annat exempel på en godtyckligt härledd relation som kan ställa till det för många är motsatsrelationen mellan att känna sig nere och att stå emot hetsätning. Detta har blivit en verbal regel som gör att det svårt att ändra sitt beteende, eftersom den säger att det inte går att stå emot ett sug när man inte känner sig på topp.

BN- och BED-patienter lider ofta av en brist på klarhet runt sina värderingar och mål. Text styrs beteendet hos patienter med BN ofta av värderingar som säger att man ska vara smal och äta lite medan andra värderingar kommit i skymundan och därför förlorat sin beteendemedierande roll.

### *Behandling*

RFT visar på påverkansmöjligheter på psykiska problem (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2001). Målet är att skapa större psykologisk flexibilitet. Detta görs i terapiformen ACT, som bygger på RFT, genom att påverka relationsramarna, förändra kontexten och påverka hur mycket man styrs av det verbala (godtyckliga relationer) och hur mycket man styrs av faktiska kontingenser (icke-godtyckliga relationer). Funktionell analys går ut på att se vilken

funktion relationsinramande har och vilken kontext som styr det. Verbala konstruktioner som inte är funktionella identifieras. Vidare syftar ACT till att minska försöken att kontrollera inre upplevelser och också att klargöra vilka värderingar patienten vill ska styra hennes beteende.

En stor del av förändringsarbetet går ut på att ”bygga ut” relationsramarna och därmed ge stimulen ny mening. Stimulusfunktioner kan transformeras när man lägger till fler stimuli och därmed relationer. Med en ätstörd patient kan man jobba med att utöka relationsramen runt ätande med en fungerande matsituation och en accepterande hållning till störande tankar. Funktionen hos dessa nya stimuli kan transformeras till ätandet.

Att ändra kontexten kan t ex innebära att sätta jobbiga känslor i en kontext av ”acceptans” istället för ”förändring”, för patienten att acceptera istället för att hetsäta eller kompensera. Det här kan man göra genom bl a metaforer, t ex ”att kämpa med ångest är som att kämpa i kvicksand”. Metaforen ger en transformation av funktionen av ”kämpa” från kvicksand till ångest och likaså en transformation av bred kontaktyta med kvicksand och full kontakt med ångest för att komma ur den.

Verbala konstruktioner som är funktionella att följa kan utvecklas. Det kan innebära t ex att i terapiarbetet bestämma sig för vilka värderingar som man vill ska styra ens liv och vilka mål man vill jobba mot. Man skapar alltså godtyckliga relationer, ”regler” men skillnaden mellan dessa och de dysfunktionella regler som patienten levt med är att de förra är funktionella medan de senare har vidmakthållit ätstörningen.

En annan del av förändringen av det psykologiska fungerande är att försvaga den verbala dominansen - den språkliga kontrollen. Genom exponering vill man få individen att ha närmare kontakt med de faktiska kontingenserna, d v s stärka de icke-godtyckliga relationsramarna. Detta kan man göra genom att noggrant titta på funktionen hos beteenden t ex genom beteendeexperiment. Vad säger mina tankar ska hända och vad händer verkligen? Att bli mindre styrd av sina verbala konstruktioner kan leda till att man kan granska sina relationsramar som de godtyckliga verbala konstruktioner de ofta är, vilket kallas defusion.

### **Alternativa administrationsformer**

Även om fullständig KBT-behandling med psykoterapeut i många studier har visat sig vara effektivare finns skäl att beakta självhjälpsformatet som ett acceptabelt förstastegsalternativ. KBT-behandling kan nämligen vara onödigt intensiv för en del patienter och om man istället erbjuder självhjälpsbehandling som ett första alternativ kan de patienter som inte drar nytta av den därefter gå vidare till en intensivare behandling med mer stöd (Fairburn et al., 1993;

Peterson et al., 1998). Agras (1993) och Fairburn et al. (1993) föreslår att de patienter som lider av en mindre allvarlig ätstörning till att börja med kan erbjudas psykoedukativa behandlingsprogram. I Sverige har endast 4% av landets psykoterapeuter KBT-kompetens och av dessa är det få som arbetar med behandling av ätstörningar. Det är därmed tydligt att behovet vida överskrider tillgången vilket gör det nödvändigt och etiskt försvarbart att utarbeta alternativa former av behandling.

### *Självhjälpsbehandlingar*

Då det finns ett större behov av hjälp än vad sjukvården kan erbjuda krävs kostnadseffektiva metoder som inte är beroende av traditionell kontakt med en terapeut. En metaanalys av 40 olika självhjälpsstudier genomförd av Gould och Clum (1993) visade på generellt sett goda långtidseffekter ( $ES = .53$ ) av strukturerad självhjälp för en rad olika former av psykiatriska problem, dock studerades inte självhjälp vid ätstörningar specifikt. Det har däremot bl a Carter et al. (2003) gjort där resultaten visade på signifikant minskning av hetsätning och självrensande beteende hos BN-patienter, både när de fick tillgång till en specifik självhjälpsmanual (*Overcoming binge eating*, Fairburn, 1995) och till en mer generell självhjälpsbok som inte alls riktade in sig på specifika BN-symptom. Loeb, Wilson, Gilbert och Labouvie (2000) studerade effekten av samma självhjälpsmanual på ett urval dominerat av patienter med BED. Resultaten visade en signifikant minskning av antalet OBE och av ätstörningsrelaterade symptom samt en signifikant förbättring av generellt psykologiskt fungerande. Fairburns självhjälpsmanual har i en rad studier visat sig vara effektiv både vid BN och BED (Wells, Garvin, Dohm, & Striegel-Moore, 1996; Carter & Fairburn, 1998; Palmer, Birchall, McGrain, & Sullivan, 2002; Ghaderi & Scott, 2003; Grilo & Masheb, 2005). I föreliggande studie används denna manual i svensk översättning (Fairburn, 2003). Det har även gjorts en del studier där man använt annat självhjälpsmaterial, t ex så har en CD-ROM-baserad KBT-behandling för BN-patienter visat goda resultat (Carril, Williams, Carril, Reid, Murray, Aubin et al., 2004).

Det finns en rad studier som undersöker behandlingseffekterna vid självhjälp med terapeutstöd i förhållande till självhjälp utan terapeutstöd och till vanlig KBT-behandling. Studier som jämfört självhjälp vid BN och BED med respektive utan terapeutstöd har givit blandade resultat. T ex var de båda varianterna fullt jämförbara i studier av Peterson et al. (1998) och Ghaderi och Scott (2003), medan självhjälp med terapeutstöd har visat sig vara effektivare i studier av Carter och Fairburn (1998) och Loeb et al. (2000).

När det gäller självhjälp med och utan terapeutstöd jämfört med vanlig behandling har resultaten varit lovande för självhjälpsbehandling. I en metaanalys av fyra randomiserade kontrollerade studier fann man inga signifikanta skillnader mellan vanlig KBT-behandling och självhjälp utan stöd (Hay & Bacaltchuk, 2000). Thiels et al. (1998) studerade huruvida självhjälp i kombination med terapeutstöd i form av en session varannan vecka var lika effektiv som en vanlig KBT-behandling med en session per vecka för patienter med BN. Båda behandlingsgrupperna förbättrades signifikant beträffande överätningsepisoder, självframkallad kräkning, dietrestriktioner och upptagenhet av figur och vikt. Vid slutet av behandlingen uppmättes signifikanta skillnader mellan grupperna till KBT-gruppens fördel men vid uppföljningen var dessa skillnader inte längre signifikanta. Bailer et al. (2004) utvärderade en självhjälpsbehandling kombinerad med stöd i grupp som bestod av maximalt 20 minuter i veckan tillsammans med en psykologstudent utan terapeututbildning. Då denna behandling jämfördes med en vanlig KBT-behandling i grupp fann man att det vid behandlingens slut inte fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna vad gällde andelen patienter som tillfrisknat eller var i remission. Vidare fanns det en tendens för dem som fullföljt självhjälpsbehandlingen att fortsätta att förbättras under året efter behandlingens slut. Peterson et al. (2001) har jämfört självhjälp i gruppformat utan terapeutstöd med vanlig KBT-behandling i grupp och fann, vid de olika uppföljningarna, inte heller några signifikanta skillnader mellan grupperna.

Man har även studerat olika sorters terapeutstöd i kombination med självhjälp för att studera vilken sorts kontakt som kan användas för att uppnå goda behandlingsresultat. Traditionellt sett inom psykoterapeutiskt behandlingsarbete har behandlare och patient direkt kontakt med varandra. I ett par studier av Palmer et al. (2002) och Wells et al. (1996) visar resultaten dock att självhjälp med stöd nödvändigtvis inte behöver innebära regelrätt terapeutisk kontakt. Palmer et al. (2002) jämförde telefonstöd med stöd öga-mot-öga. Den senare gruppen förbättrades i högre grad än den förra, men denna skillnad var inte statistiskt signifikant. Telefonstöd visade sig även vara effektiv i studien av Wells et al. (1996). Även terapeutstöd via Internet har visat positiva resultat vid bulimia nervosa (Robinson & Serfaty, 2001). Till detta återkommer vi under rubriken Internet. Positivt med dessa resultat är att det därmed gör det möjligt att på sikt kunna erbjuda effektiv hjälp till patienter som bor där sjukvården inte erbjuder KBT-behandlingar för BN och BED. Det kanske också passar en del patienter bättre att inte ha traditionell kontakt öga-mot-öga – man kan som person t ex ha lättare för att uttrycka sig i skrift än tal eller ha lättare för att öppna sig om man känner sig lite mer anonym



- och dessa resultat om olika former av terapeutstöd visar på möjligheterna att utveckla terapiformer för alla smaker.

### *Internet*

Att utnyttja Internet vid psykologisk behandling är ett potentiellt användbart tillvägagångssätt med tanke på de vinster man skulle kunna göra i såväl tid som pengar och som skulle komma både klienten och sjukvården till godo. Självhjälpsbehandling via Internet är ett relativt nytt område men de få studier som gjorts har visat lovande resultat, framför allt på patienter med paniksyndrom, då den kombinerats med minimal terapeutkontakt (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius, & Andersson, 2001; Richards, Klein, & Carlbring, 2003; Andersson, Bergström, Carlbring, & Liljefors, 2005). Även social fobi har behandlats via Internet. I en studie av Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius och Andersson (2005) uppvisade deltagarna statistiskt signifikanta förbättringar från för- till eftermätningen.

En jämförelse har också gjorts mellan vanlig KBT-behandling vid paniksyndrom och självhjälp via Internet (Carlbring, Nilsson-Ihrfelt et al., 2005). KBT-behandlingen bestod av 10 individuella sessioner och självhjälpsbehandlingen kombinerades med minimalt terapeutstöd via e-post. Andelen patienter som inte längre uppfyllde diagnoskriterierna var större i självhjälpsgruppen än i KBT-gruppen både en månad efter avslutad behandling och vid ettårsuppföljningen. Vid båda mätningarna var dessa skillnader mellan grupperna dock inte signifikanta.

När det gäller självhjälp via Internet och vid ätstörningar gjorde Robinson och Serfaty (2001) en pilotstudie där man behandlade BN, BED och EDNOS via Internet. Inga försök gjordes till att standardisera själva behandlingen då författarna främst ville undersöka om det över huvud taget gick att behandla ätstörningar via Internet. Resultaten visade dock en signifikant minskning i depression, bulimiska symptom och svårighetsgrad. Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring och Wilfley (2003) har utarbetat ett Internetbaserat behandlingsprogram vid ätstörningar vilket, i jämförelse med en kontrollgrupp på väntelista, fått medelstora effektstorlekar på utfallsmåtten oro för vikt och figur samt dietrestriktion.

Vid behandling via Internet uppkommer nya frågor som inte har några enkla svar men som noga måste övervägas. Det gäller hur sekretessen ska tryggas, hur journalföringen ska ske och hur man ska undvika de missförstånd som lätt uppstår då kommunikationen sker enbart i text (Shafran, 2002).

### *Följsamhet och avhopp vid självhjälp*

Ett uppenbart faktum vid självhjälpsbehandlingar är att det läggs mer eget ansvar på deltagarna än i traditionell terapi, vilket skulle kunna leda till att man i högre utsträckning än i vanlig behandling inte följer och/eller fullföljer behandlingen.

I en studie av Carter och Fairburn (1998) där man jämförde självhjälpsbehandling vid BED med och utan stöd, visade det sig vara signifikant fler i gruppen med stöd som fullföljde programmet. Även Celio, Winzelberg, Dev och Taylor (2002) fick liknande resultat då de upptäckte att deltagandet förbättrades i behandlingsprogrammet när de gav deltagarna mer feedback.

Det har dock visat sig att fullföljande av alla delar av en behandling inte behöver ha någon inverkan på behandlingsresultatet. Ghaderi och Scott (2003) fann i sin studie av självhjälpsbehandling vid BN/BED, att fullföljandet av behandlingen, både med och utan stöd, var litet till måttligt, men att detta inte gav någon signifikant skillnad på behandlingsresultaten. Även Thiels, Schmidt, Troop, Treasure och Garthe (2001) har studerat huruvida graden av följsamhet till BN-behandlingens självhjälpsmanual påverkar behandlingsutfallet och fick inte heller de några signifikanta resultat. Carlbring, Nilsson-Ihrfelt et al. (2005) erhöll liknande resultat i sin behandling av paniksyndrom då det visade sig att antalet fullföljda behandlingsmoduler, vilka var signifikant fler i KBT-gruppen än i självhjälpsgruppen, inte hade något samband med behandlingsutfall. Det tycks således inte vara ett stort problem att patienterna inte fullföljer behandlingens alla delar.

Vad gäller avhopp under behandlingen finns ett par studier av självhjälpsbehandling vid BED, där man använt Fairburns manual, som visar avhopp på 12 respektive 13% (Carter & Fairburn, 1998; Grilo & Masheb, 2005). I en annan, med främst BED-diagnostiserade, utgjorde avhopp 32.5% (Loeb et al., 2000). I en studie där deltagarna hade både BN och BED var avhopp 42% (Ghaderi & Scott, 2003) och för etapp 1 i föreliggande forskningsprojekt utgjorde avhopp 31% (Grebäck & Ljótsson, 2005a). När det gäller avhopp under självhjälpsbehandling med stöd vid BN rapporteras avhopp mellan 23.5 och 29% beroende på studie (Carter et al., 2003; Bailer et al., 2004; Palmer et al., 2002; Thiels et al., 1998). Mahon (2000) menar, i en sammanställning av avhopp vid ätstörningsbehandlingar, att det i snitt hoppar av lika många BN-patienter vid traditionell KBT-behandling som vid självhjälpsbehandling.

## **Väntelista**

Det är vanligt inom psykiatrin att personer måste stå på väntelista innan de erbjuds behandling (Väntetider i Vården, 2005). En mängd kontrollerade randomiserade studier om ätstörningar har gjorts där man har jämfört en behandlingsgrupp med en kontrollgrupp. Efter en sådan studie erbjuds även kontrollgruppen behandling. Men vad händer egentligen när individer med ätstörningsdiagnos får vänta veckor och månader på sin behandling? Bell och Newns (2004) undersökte i en studie vilka faktorer som påverkar patienter med BN och BED att inte komma till avtalad tid för behandling. Av faktorerna ålder, BMI, diagnos och väntetid var det endast längd på väntetid mellan remittering och avtalad tid för behandling som signifikant skilde sig åt mellan de som kom till behandlingen och de som inte gjorde det. Risken att inte dyka upp på avtalad tid ökade signifikant vid fyra veckors väntan och återigen efter tio veckors väntetid. Oddsens att komma till avtalad tid minskade med i snitt 15% per vecka. God prognos hänger samman med kortare sjukdomstid innan påbörjad behandling (Hay & Bacaltchuk, 2000) och Bell och Newns (2004) resultat pekar alltså på att om man måste vänta längre än fyra veckor på behandling kan det göra att man missar behandlingen trots att man egentligen skulle behöva genomgå den, vilket alltså inte bara är olyckligt i stunden utan även kan komma att påverka ett eventuellt behandlingsutfall i framtiden. Det är möjligt att man kan komma runt detta problem genom att erbjuda stegvis behandling där alla till att börja med erbjuds självhjälp med stöd, något som också blir allt vanligare (Mahon, 2000). På ätstörningsenheten vid Akademiska sjukhuset i Uppsala är den KBT-behandling som erbjuds just stegvis och för närvarande har man inga väntetider på behandling (Holmgren, S., personlig kommunikation, 2005-10-07).

## **Syfte och frågeställningar**

### **Syfte**

Ätstörningar som BN och BED orsakar mycket lidande för dem som drabbas och kan i många fall ha ett långdraget förlopp om ingen behandling ges. Idag är KBT den behandling som dokumenterat ger bäst resultat, men denna behandling får anses vara långt ifrån fulländad då endast cirka hälften blir hjälpta. Få patienter erbjuds KBT främst eftersom det inte finns tillräckligt många utbildade KBT-terapeuter. I dagsläget behandlas många patienter istället med metoder som inte är dokumenterat effektiva och i vissa fall t o m dokumenterat ineffektiva. Det är därför viktigt att testa nya behandlingskomponenter och administrationsformer för att göra ätstörningsbehandling mer effektiv och tillgänglig.

Studien hade som syfte att undersöka (1) om en självhjälpmanual baserad på Fairburns KBT-behandling av hetsätning (Fairburn, 2003) kombinerat med terapeutstöd via e-post samt Internetbaserat diskussionsforum är en effektiv behandlingsform vid full/subtröskel BN respektive BED, (2) om ett tillägg av ett häfte innehållande ACT-komponenter i kombination med ovanstående ger ytterligare behandlingseffekt samt (3) om behandlingsresultaten skiljer sig åt för patienter som behövt vänta i snitt 5 veckor på sin behandling respektive väntat i snitt 18 veckor på behandling.

### **Frågeställningar**

1. Är självhjälp i kombination med terapeutstöd via e-post och Internetbaserat diskussionsforum en effektiv behandling vid full/subtröskel BN respektive BED vad gäller förändring i beteende-, attityd- och personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?
2. Är självhjälp i kombination med terapeutstöd via e-post och Internetbaserat diskussionsforum en effektiv behandling vid full/subtröskel BN respektive BED vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?
3. Leder tillägg av behandlingskomponenter ur ACT till bättre utfall vad gäller förändring i beteende-, attityd- och personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?
4. Leder tillägg av behandlingskomponenter ur ACT till bättre utfall vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?
5. Leder väntan på behandling i ca 18 veckor jämfört med väntan i ca 5 veckor till skillnad i behandlingsutfall?

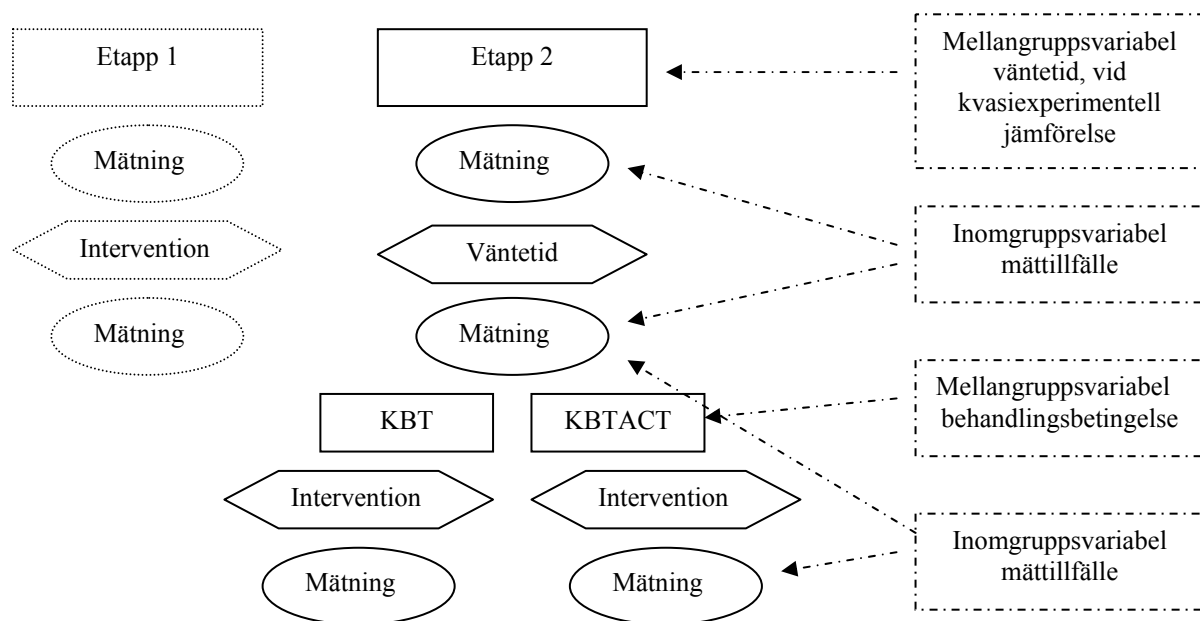
## Metod

### Design

Studien hade en inomgruppsdesign med upprepad mätning. Kvasiexperimentella jämförelser gjordes också med den tidigare behandlingsetappen (etapp 1) i samma forskningsprojekt.

### Oberoende variabler

Oberoende inomgruppsvariabel var mättillfälle, med lägena förmätning och eftermätning. Det fanns en oberoende mellangrupsvariabel, vilken var en behandlingsbetingelse med de två lägena KBT och KBTACT. Vid den kvasiexperimentella jämförelsen med behandlingsetapp 1 var den oberoende mellangrupsvariabeln väntetid med betingelserna etapp 1 (fem veckors väntetid) och etapp 2 (18 veckors väntetid) och den oberoende inomgruppsvariabeln mättillfälle.



Figur 3. Oberoende variabler. Etapp 2 är denna studies behandlingsgrupp, medan etapp 1 behandlades tidigare i samma projekt (se Deltagare).

### Beroende variabler

Beroende variabler var förändring på dessa instrument:

- Beteendemässiga ätstörningssymptom som mäts med EDE-Q:s beteendemått
- Attitydrelaterade ätstörningssymptom som mäts med EDE-Q:s total- och delskalor, EDI 1-3 samt BSQ

- Personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar som mäts med EDI 4-7
- Upplevd livskvalitet som mäts med QOLI och SWLS
- Självkänsla som mäts med RSE och SCQ
- Depression som mäts med MADRS

## ***Deltagare***

### **Urval**

Deltagarna anmälde sitt intresse för att delta i studien på en hemsida. De fick sedan genomgå en screening via Internet där följande instrument ingick: SEDs, EDE-Q, QOLI, BSQ samt MADRS. För att inkluderas i studien krävdes att personen:

- uppfyllde någon av diagnoserna BN eller BED eller subtröskeldiagnos. För det senare krävdes att man uppgav minst 2 OBE i månaden under de senaste sex månaderna.
- hade en totalpoäng på MADRS på mindre än 30 samt mindre än 4 poäng på MADRS-fråga 9 (livslust).
- inte deltog i någon annan psykologisk behandling, stödsamtal eller psykofarmakabehandling.
- inte var i behov av mer omfattande behandling för ätstörning eller andra psykiatriska problem.
- hade BMI minst 18.
- inte uppvisade några psykotiska symptom, vilket bedömdes under EDE-intervjun (inga deltagare uteslöts på grund av psykotiska symptom).
- var minst 18 år.
- talade och förstod svenska.
- inte var gravid.
- kunde komma till Uppsala för EDE-intervju.

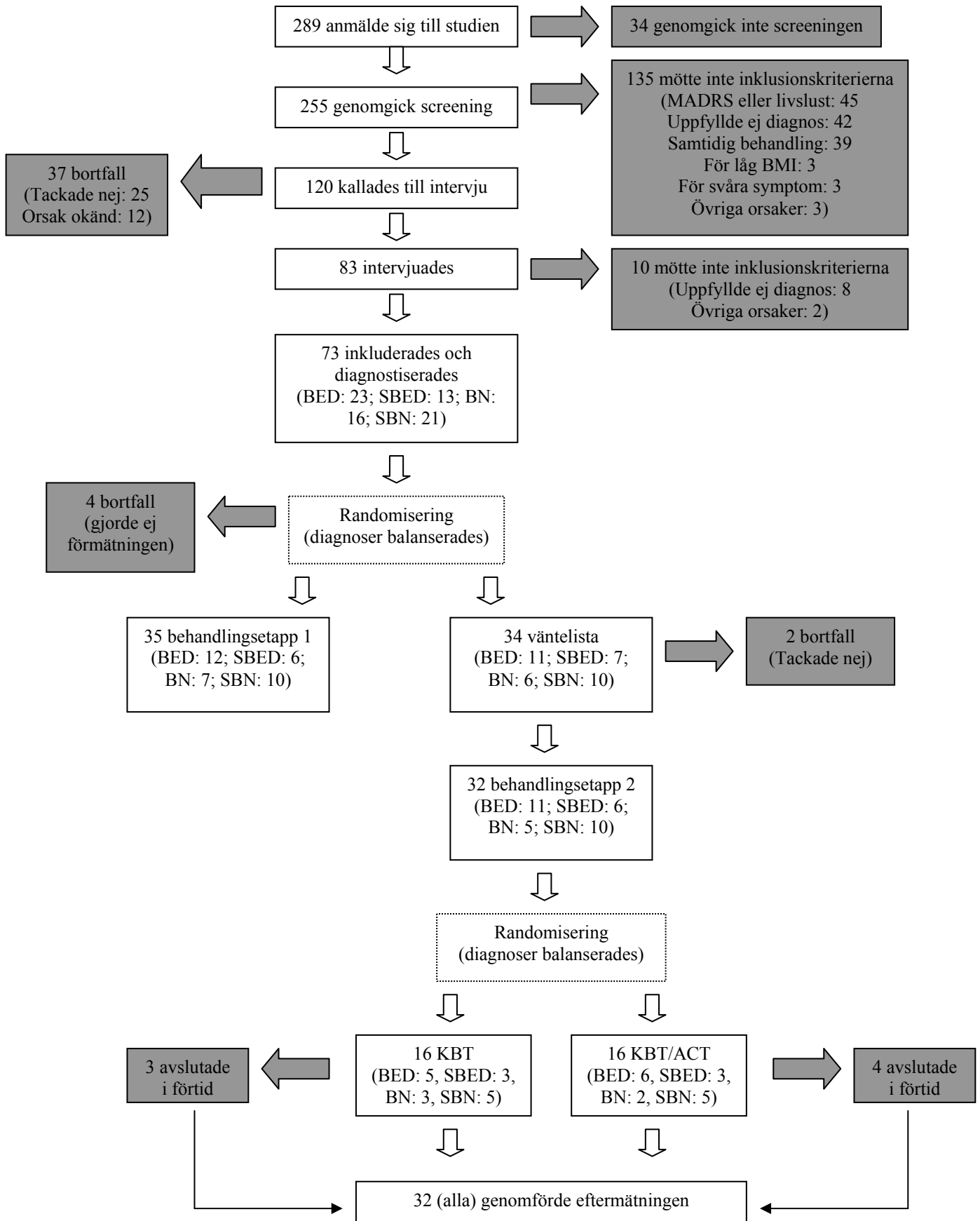
Deltagarna instruerades att uppsöka läkare för en medicinsk undersökning med syftet att få hjälp att utesluta eventuella medicinska hinder för deltagande. För detta ändamål försågs de med information som lämnades till läkaren.

Totalt anmälde sig 289 personer via hemsidan och 255 genomgick screening, varav 135 personer exkluderades. Resterande 120 kallades till intervju, 37 personer tackade nej eller gick inte att nå och 83 personer intervjuades och diagnostiserades. 10 personer exkluderades

utifrån intervjuresultatet eller information som framkom innan behandlingen startades och slutligen kvarstod 73 personer. Dessa randomiserades till behandlingsetapp 1 med start direkt, 37 personer, och behandlingsetapp 2 med väntetid, 36 personer. Deltagarna i etapp 1 randomiserades till KBT eller KBTACT, 18 respektive 19 personer, och deltagarna i etapp 2 randomiserades efter väntetiden likaså till samma betingelser med 17 personer i varje. Vid randomiseringarna balanserades deltagarna för att skapa en jämn fördelning av diagnoser och subtröskeldiagnoser. Efter randomiseringen uteblev fyra deltagare från förmätning och påbörjade aldrig behandlingen, två personer ur etapp 1 och två ur etapp 2. Två deltagare som randomiserats till etapp 2 valde under första hälften av väntetiden att inte fortsätta sitt deltagande. Se figur 4 för deltagarflöde, exklusions- och bortfallsorsaker och fördelning av diagnoser.

### **Bortfallsanalys**

Av de 120 potentiella deltagare som kallades till intervju föll 41 personer (37%) bort av tidigare nämnda anledningar innan förmätningen inför etapp 1:s behandling respektive etapp 2:s väntetid gjorts. En analys gjordes på skillnader i screeningvärden mellan dessa och de som sedan gjorde förmätningen. I denna bortfallsanalys har alltså inte de två deltagare som föll ifrån under väntetiden inkluderats. Inga skillnader fanns vad gällde utbildning, kön, datorvana, frekvens av vägningar, någon av EDE-Q:s delskalor, MADRS, QOLI eller BSQ. Signifikanta skillnader fanns i BMI, ålder och antalet träningstillfällen under de senaste fyra veckorna. De personer som föll bort tränade signifikant fler gånger än deltagarna ( $M = 9.3$  jämfört med  $M = 4.4$  under de senaste 4 veckorna), de hade ett signifikant lägre BMI ( $M = 24.1$  jämfört med  $M = 28.7$ ) och var yngre ( $M = 28$  jämfört med  $M = 34.6$ ).



Figur 4. Flödesschema över deltagarna.



## Beskrivning av deltagarna

Deskriptiv bakgrundsdata för deltagarna visas i tabell 1. I de tre första kolumnerna har samtliga personer som från början randomiserades till etapp 2 räknats med. I de två sista kolumnerna har inte de två personer räknats med som föll bort under väntetiden.

Tabell 1. Bakgrundsdata för deltagarna.

	Totalt (n=69)	Etapp 1 (n=35)	Etapp 2 (n=34)	Etapp 2 KBT (n=16)	Etapp 2 KBTACT (n=16)
<b>Kön</b>					
Män	4	2	2	1	1
Kvinnor	65	33	32	15	15
<b>BMI</b>					
Medelvärde (SD)	28.7 (7.6)	27.8 (7.5)	29.6 (7.5)	29.4 (7.6)	29.7 (7.7)
Min-Max	18.7-45.6	18.3-44.8	18.9-45.6	18.9-41.5	19-45.6
<b>Ålder</b>					
Medelvärde (SD)	34.6 (10.3)	33.7 (9.3)	35.6 (11)	36.9 (12.5)	34.2 (9.6)
Min-Max	18-64	20-54	20-64	22-64	20-58
<b>Datorvana</b>					
Mycket stor	23	11	11	6	5
Ganska stor	27	15	12	5	7
Medelstor	18	8	9	5	4
Ganska liten	1	1	-	-	-
Mycket liten	-	-	-	-	-
<b>Diagnos</b>					
BN	13	7	5	3	2
SBN	20	10	10	5	5
BED	23	12	11	5	6
SBED	13	6	6	3	3
<b>Frekvens av OBE</b>					
En gång per vecka	3	2	1	-	1
2-3 gånger per vecka	30	14	14	7	7
Dagligen	27	15	12	6	6
Fler än en gång per dag	9	4	5	3	2
<b>Regelbundet kräkts, fastat, tagit laxermedel, vätskedrivande medel eller tränat mycket hårt för att förhindra viktuppgång?</b>					
Nej, aldrig	27	12	15	7	8
Ja, under de senaste 3 månaderna	25	14	9	6	3
Ja, men inte under de senaste 3 månaderna	17	9	8	3	5

## Material

### Fairburns självhjälpsmanual

Fairburns självhjälpsmanual bygger på samma principer som den terapeutledda behandlingen och har i en rad studier visat sig vara effektiv både för BN och BED (Wells et al., 1996; Carter & Fairburn, 1998; Palmer et al., 2002; Ghaderi & Scott, 2003; Grilo & Masheb, 2005). I föreliggande studie används denna manual i svensk översättning, *Att övervinna hetsätning*

(Fairburn, 2003). Manualen är 284 sidor lång och omfattar såväl en teoretisk del som en praktisk. Den inledande teoretiska delen består av åtta kapitel som beskriver och försöker besvara frågor kring ätstörningar, hetsätning och fetma, vem som hetsäter, psykologiska, sociala och fysiska konsekvenser av och i samband med hetsätning, hetsätning och beroende samt orsaker och behandling. Den andra delen av boken innehåller ett strukturerat självhjälsprogram. I inledningen diskuteras bl a för- och nackdelar med förändring och hur programmet ska användas. Därefter kommer självhjälsprogrammet indelat i sex steg. Dessa steg bygger på varandra vilket innebär att man aldrig avslutar ett steg även om man går vidare, utan man fortsätter parallellt med det man gjort under steget/stegen innan. Nedan följer en kort beskrivning av de sex stegen.

#### *Steg 1: Att komma igång*

På steg 1 ska deltagaren observera sitt ätbeteende samt väga sig en gång per vecka. Självobservationerna utförs för att deltagaren ska få en så klar och detaljerad bild av sitt ätbeteende som möjligt. Information som ska inhämtas är när hon/han äter och dricker, vad och hur mycket, var, huruvida det känns som om en överätning och om kompenserande beteende följer på ätandet. Allt som kan ha att göra med ätbeteendet ska helst antecknas och tillslut ska mönster skönjas i observationslistorna. På detta steg eftersträvas med andra ord ingen förändring. Syftet med vägning en gång per vecka är att deltagarna ska få ett pålitligt mått på hur deras vikt förändras eller inte förändras under behandlingens gång och även få ett mer avspänt förhållande till vägning och vikt och inte fokusera på dagliga viktfluktuationer som hör till det normala.

#### *Steg 2: Regelbundet ätande*

På steg två ska deltagaren börja äta på regelbundna tider samt att sluta kräkas och missbruka laxer- och/eller vätskedrivande medel. Det här är ett svårt steg och ofta tar det några veckor för deltagaren att lyckas med steget. Samtidigt är det kanske det viktigaste steget eftersom man, genom att börja äta regelbundet, minskar sitt hetsätande. Att äta regelbundet betyder här att begränsa sitt ätande till tre planerade mål om dagen och två eller tre planerade mellanmål. Det ska helst inte gå längre än tre till fyra timmar mellan de planerade målen och mellanmålen och man ska inte heller hoppa över något mål. Om man skulle råka äta eller hetsäta mellan målen är det viktigt att man återgår till det man tidigare planerat så fort som möjligt. På det här steget är även *när* man äter viktigare än *vad*. Att sluta kräkas och missbruka laxer- och vätskedrivande medel hör också till det här steget och gäller de med BN.

### *Steg 3: Alternativ till hetsätning*

På steg tre ska man skapa alternativa aktiviteter som ersättning till hetsätning. Alternativa aktiviteter kan vara till stöd och hjälp för att, innan suget sätter in, lättare kunna motstå och hantera impulsen att hetsäta. För att hantera impulsen att hetsäta måste en viss tid få passera, man måste försvåra möjligheten för sig själv att hetsäta och man måste göra något annat. Deltagaren ombeds göra en lista på aktiviteter som antingen gör det omöjligt eller mycket svårt att äta. Aktiviteterna ska helst vara just aktiva (samma istället för att titta på TV) och lustbetonade, inte konstlade eller påtvingande. När suget efter att äta eller hetsäta kommer eller helst innan suget börjar bli starkt ska man ta fram listan på aktiviteter och välja något från den. På steg tre ska man sammanfattningsvis träna sig i att använda aktiviteter när man känner att man vill äta mellan sina planerade måltider.

### *Steg 4: Problemlösning och utvärdering*

I allmänhet hetsäter man inte slumpmässigt utan det triggas av något i ens vardag. På steg fyra får man lära sig en problemlösningstrategi för att hantera de problem som uppstår i vardagen. Problemlösningen delas in i sex steg: (1) Identifiera problemet så snart som möjligt, (2) specificera problemet noggrant, (3) tänk igenom så många lösningar som möjligt, (4) tänk igenom vad varje lösning leder till, (5) välj den bästa lösningen eller en kombination samt (6) använd vald strategi. Därefter ska en utvärdering göras av hela processen, d v s av deltagarens problemlösning förmåga, och inte bara av hur bra lösningen var. I detta steg gör man också en utvärdering av det arbete som hittills lagts ned på behandlingen.

### *Steg 5: Bantning och liknande former av undvikande*

Fairburn identifierar tre olika former av bantning: (1) att låta bli att äta under långa perioder, (2) att begränsa den konsumerade totalmängden mat och (3) att undvika att äta vissa typer av mat. På steg fem ska deltagaren ta itu med dessa tre former av bantning eftersom alla tre förstärker tendensen till att hetsäta. Den första typen hanteras genom att äta regelbundet enligt principerna i steg 2 och den andra typen med att sluta räkna kalorier och begränsa totalmängden mat. Den tredje bantningsformen hanteras med att identifiera de livsmedel som undviks, rangordna dem och i stigande svårighetsgrad föra in dem i matschemat och äta dem tills obehaget är övervunnet. Vidare ska deltagaren också lära sig att hantera andra och liknande former av undvikanden vad gäller mat och ätande. Deltagaren får i uppgift att identifiera och efter svårighetsgrad rangordna situationer som undviks och som har med mat och ätande att göra. Det kan t ex handla om restaurangbesök eller middagar tillsammans med

släkt och vänner. Därefter ska deltagaren börja exponera sig för den minst svåra situationen och när den kan genomföras utan ångest kan hon/han gå vidare till nästa. Målet är att lösa upp den rigida struktur som deltagaren har runt ätandet.

#### *Steg 6: Och sedan?*

På steg sex får deltagaren lära sig att skilja på bakslag och återfall och tips på hur man förebygger och hanterar dessa. Då hetsättning i allmänhet inte är ett isolerat problem ges även tips på böcker man kan läsa som tar upp kropps- och utseendefixering, depression och ångest, dåligt självförtroende samt relationsproblem.

### **ACT-häfte**

Deltagarna i betingelsen KBTACT fick utöver Fairburns självhjälpsmanual (2003) även ett häfte på 25 sidor, *Hjälp till självhjälp vid hetsättning* (Grebäck & Ljótsson, 2005b), som innehåller komponenter ur ACT. Häftet var tänkt att läsas parallellt med självhjälpsboken och innehåller både praktiska övningar och teoretiska resonemang. Häftet är indelat i sju avsnitt och en kort beskrivning av dessa följer nedan:

#### *Om det mänskliga lidandet*

I detta avsnitt diskuteras två myter: (1) Det är normalt att vara lycklig och (2) Vi måste tänka positivt och må bra för att göra bra saker. Syftet är att belysa att det är ett omöjligt uppdrag att kämpa för att bli av med jobbiga tankar och känslor och att den kampen i sig leder till att vi undviker att göra sådant vi *tror* att tankarna och känslorna hindrar oss från att göra. Författarna föreslår ett närmande av tankar och känslor med acceptans istället för med motstånd.

#### *Om dina mål med programmet*

Här får deltagaren i uppgift att fundera över vilka mål hon/han har med behandlingen. Detta är även en uppgift i Fairburns självhjälpsbok men här utvecklas den till att även inbegripa vilken värdering som ligger bakom varje mål. Tanken med detta är att värderingen antas vara något som inte förändras lika lätt som våra mål och om man har en klar riktlinje för hur man vill leva sitt liv kan man alltid ställa upp nya mål oavsett om man har lyckats eller misslyckats med att uppnå målet. Det är riktningen och inte målet som är det viktiga.

### *Om inre och yttre kontroll*

I avsnittet om inre och yttre kontroll återvänder författarna till att vi ofta försöker kontrollera inre upplevelser som tankar och känslor. Här får även deltagarna information om hur man gör en funktionell analys (situation → reaktion → konsekvens på kort/lång sikt) och därefter får de i uppgift att göra en analys av sitt eget beteende.

### *Om språket och de regler vi skapar*

I det här avsnittet beskrivs RFT-teorin på ett lättbegripligt sätt. Syftet är att lära deltagaren att ifrågasätta regler hon/han lever efter som inte är funktionella. Författarna skiljer på verkliga och tänkta samband. De verkliga sambanden är de som grundar sig på erfarenheten av hur något verkligen ligger till och de regler som bygger på dessa känns igen på så sätt att konsekvenserna av att följa eller inte följa dem oftast är förutsägbara. De tänkta sambanden är inte lika tydligt kopplade till verkliga samband och de regler som bygger på dessa har ofta en konsekvens som inte är förutsägbar (t ex: Jag är värdelös om jag är tjock). Deltagaren får även i uppgift att fundera över vilka regler som hindrar henne/honom i problemlösningsprocessen.

### *Om acceptans och medveten närvaro*

Här får deltagaren öva på att observera sina tankar och känslor utan att motarbeta dem. En beskrivning av hur man kan öva på medveten närvaro (mindfulness) ges och deltagaren får som uppgift att öva på detta i sin vardag.

### *Om att ta kontroll över sitt liv*

I det här avsnittet diskuteras ett par sätt att ta kontroll över situationen. Det ena är att göra saker ”i alla fall”. Att känna och tänka jobbiga saker och ändå bete sig på ett annat sätt, att inte agera på impulsen att hetsäta. Det andra är att motstå impulsen genom att närma sig den, att studera den och se vad den för med sig i form av tankar, känslor och kroppsliga reaktioner. Denna övning kan ses som en punkt i listan över alternativa aktiviteter (steg 3 i Fairburns manual).

## **Eating Disorders Examination (EDE)**

EDE (Fairburn & Cooper, 1993) anses vara ”method of choice” för diagnosticering av ätstörningar (Fairburn & Beglin, 1994). Det är en semistrukturerad intervju som skattar ätstörningsbeteenden -och attityder främst under de senaste 28 dagarna men också under de senaste tre månaderna. EDE innehåller två beteendemått, överätande och extrema viktkontrollbeteenden (t ex självframkallad kräkning), samt fyra delskalor med kognitioner

och attityder som associeras med ätstörningar (1) återhållsamhet, (2) upptagenhet vid ätande, (3) upptagenhet vid figur och (4) upptagenhet vid vikt. Totalpoäng för delskalorna samt delskalornas poäng skattas mellan 0 och 6 och alla skattningar görs av intervjuaren. Individen ombeds att berätta så detaljerat som möjligt om sina överätningsepisoder och intervjuaren avgör om de ska skattas som objektiva bulimiska episoder (OBE), subjektiva bulimiska episoder (SBE) eller enbart som objektiva överätningar (OÖ). Det krävs OBE för att uppfylla BN- eller BED-diagnos. Intervjun tar ungefär en timme att genomföra. I föreliggande studie användes EDE för att bedöma om de individer som tidigare screenats och verkat uppfylla studiens inklusionskriterier verkligen uppfyllde dessa.

EDE har goda psykometriska egenskaper med t ex god interbedömarreliabilitet och intern samstämmighet (Anderson, Lundgren, Shapiro, & Paulosky, 2004; Rizvi, Peterson, Crow, & Agras, 2000). Test-retest reliabiliteten för de fyra subskalorna, frekvens av OBE och extrem viktkontroll ligger alla mellan .71 och .97. För frekvens av SBE är dock värdena sämre (Rizvi et al., 2000).

### **Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)**

EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) är ett självskattningsformulär baserat på EDE. EDE-Q utvecklades som ett kostnads- och tidseffektivt alternativ till EDE och består av 36 frågor som alla utgår från frågor i EDE. Ett flertal studier har gjorts där både EDE och EDE-Q har administrerats till samma deltagare. Detta för att undersöka hur stor samstämmighet som råder mellan de båda instrumenten, vilket i sig har räknats som ett mått på EDE-Q:s validitet. Korrelationen mellan EDE och EDE-Q har visat sig vara hög och på ungefär samma nivå på de olika delskalorna, mellan .79 och .85 (Fairburn & Beglin, 1994) och mellan .68 och .78 (Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004). Jämförelser mellan de båda måtten när det gäller antal rapporterade OBE har visat blandade resultat. Fairburn och Beglin (1994) fann att dessa rapporterades vara fler i EDE-Q än i EDE, medan Carter, Aimé och Mills (2001) fann att förhållandet var det omvända. Grilo, Masheb och Wilson (2001) å andra sidan fann inga signifikanta skillnader i OBE-skattningar mellan de båda måtten. Däremot uppmättes signifikanta skillnader på de fyra delskalorna mellan instrumenten där EDE-Q rapporterade högre poäng. Den bristande samstämmigheten mellan EDE och EDE-Q gällande antal rapporterade OBE anses ha sitt ursprung i svårigheter att definiera OBE. Samstämmigheten mellan de båda instrumenten kan dock öka om definitionen har givits till deltagarna innan de fyller i självskattningsformuläret (Loeb, Pike, Walsh, & Wilson, 1994). I föreliggande studie fick deltagarna veta definitionen av en OBE under den inledande EDE-intervjun. EDE-Q

användes här som screeninginstrument, vid för- och mittenmätningen under väntetiden samt vid för-, mitten- och eftermätningarna under behandlingen.

### **Eating Disorder Inventory-2 (EDI)**

EDI-2 (Garner 1991) är en vidareutveckling av EDI (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983) och är ett självskattningsinstrument som syftar till att mäta psykologiska karaktärsdrag och symptomområden associerade med ätstörningar. Det ger standardiserade mått på svårighetsgraden hos symptom kliniskt relevanta för ätstörning vilket kan jämföras mot normer för ätstörda och normal population. EDI-2 innehåller de från EDI ursprungliga åtta delskalorna (1) viktfoxi, (2) bulimi, (3) missnöje med kroppen, (4) låg självkänsla, (5) perfektionism, (6) interpersonell misstro, (7) störd interoceptiv medvetenhet och (8) rädsla för vuxenlivet, samt ytterligare tre skalor, (1) asketism, (2) störd impulsreglering och (3) social osäkerhet. Svaren på frågorna i skalorna poängsätts så att endast de svar som är av klinisk signifikans räknas med, för att undvika att svar som innebär frånvaro av symptom bidrar till att totalsumman för delskalan visar på psykopatologi. Delskalorna i EDI-2 ska inte summeras i en totalpoäng, eftersom det blir svårtolkat då skalorna behandlar olika karaktärsdrag (Garner, 1991).

EDI har normerats i Sverige av Norring och Sohlberg (1988) och EDI-2 av Nevenon och Broberg (2001) och båda studierna drar slutsatsen att validiteten är hög, instrumentet diskriminerar väl mellan kvinnor med ätstörningssymptom och en normal kontrollgrupp och till viss del även mellan AN, BN och EDNOS. Även andra studier av den ursprungliga versionen av EDI har visat på god diskriminationsförmåga mellan AN respektive BN och kontrollgrupp (Anderson et al., 2004).

De åtta ursprungliga skalorna har visat sig ha god intern överensstämmelse. Norring och Sohlberg (1988) fann att Cronbachs alfa varierade mellan .76 och .92 för de olika delskalorna i EDI och i Nevenon och Brobergs studie (2001) hade de åtta ursprungliga delskalorna Cronbachs alfa mellan .71 och .85. De tillagda skalorna har visat sig hålla en lägre intern överensstämmelse än de ursprungliga (Anderson et al., 2004; Nevenon & Broberg, 2001).

EDI-2 är ett av de mest använda självskattningsinstrumenten vad gäller ätstörningssymptom (Nevenon & Broberg, 2001; Anderson et al., 2004), det kan användas som screeninginstrument (Nevenon & Broberg, 2001) och passar bra att använda vid upprepade tillfällen för att utvärdera behandling eftersom det är känsligt för förändringar (Anderson et al., 2004). I denna studie togs de tre tillagda skalorna samt "rädsla för vuxenlivet" bort för att

minska mängden frågor och fokusera på centrala ätstörningsmått. EDI-2 användes i denna studie i för- och mittenmätningen av väntetiden samt för-, mitten- och eftermätningen av behandlingen och refereras till som ”EDI”.

### **Survey for Eating Disorders (SEDs)**

SEDs är ett självskattningsinstrument som utvecklades av Göttestam och Agras 1995. Instrumentet består av 36 frågor av vilka 18 används för att fastställa diagnos (BN, BED, övriga EDNOS respektive AN) enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) och övriga behandlar demografiska frågor, debutålder, samt utlösare (triggers) av bantning och hetsätning. En tydlig definition av OBE ges i enlighet med DSM-IV ges innan frågor ställs om detta. Frågorna är oftast formulerade i beteendetermer. SEDs har modifierats samt psykometriskt undersökts av Ghaderi och Scott (2002) på svenskt urval. De validerade SEDs mot EDE i ett kliniskt sampel och fann att det inte fanns någon signifikant skillnad i diagnossättning och att SEDs hade ett positivt prediktionsvärde på .96. SEDs validerades vidare i en kontrollgrupp (studenter) mot EDI vilket visade god diskriminativ validitet och mycket hög test-retest reliabilitet. SEDs anses vara ett känsligt instrument med högt prediktionsvärde (Ghaderi & Scott, 2002). SEDs användes i den här studien som screeninginstrument.

### **Body Shape Questionnaire (BSQ)**

BSQ (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987) är ett självskattningsformulär som mäter missnöje med kroppsstorlek och figur och i synnerhet upplevelsen av att känna sig tjock. Det skapades utifrån semistrukturerade intervjuer med olika grupper av kvinnor, både kliniska och icke-kliniska, där dessa fick berätta om upplevelsen av att känna sig tjock, i vilka situationer denna uppstod och hur den fick dem att känna och handla. Slutversionen blev ett formulär innehållande 34 frågor som tar ungefär tio minuter att fylla i (Cooper et al., 1987).

BSQ har visat sig ha hög reliabilitet och validitet och god diskriminativ förmåga mellan kliniska och icke-kliniska grupper (Anderson et al., 2004; Cooper et al., 1987). Det finns även en förkortad version bestående av 14 frågor som även den visat sig ha preliminärt goda psykometriska egenskaper (Dowson & Henderson, 2001). Ghaderi och Scott (2004) har översatt BSQ till svenska och utprövat det på två ickekliniska grupper och en grupp med diagnostiserad BN eller EDNOS. BSQ visade hög test-retest reliabilitet, hög intern samstämmighet (.94-.97) och hög split half reliabilitet (.93 och högre). BSQ hade även hög validitet då det korrelerade med EDI-delskalan ”missnöje med kroppen” med lägst .72. Den



förkortade versionen extraherades i efterhand från ursprungsversionen och visade sig också ha hög reliabilitet och validitet. I föreliggande studie användes BSQ som screeninginstrument och den förkortade versionen ingick i för- och mittenmätningarna under väntetiden samt i för-, mitten- och eftermätningarna under behandlingen.

### **Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-assessment (MADRS)**

Självskattningsformuläret MADRS (Svanborg & Åsberg, 1994) baseras på den ursprungliga versionen av MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) och utvecklades som ett hjälpmedel för kliniker att bedöma depression hos patienter. Ursprungsversionen utformades även till att vara särskilt känslig för förändringar hos deprimerade som behandlats med psykofarmaka (Montgomery & Åsberg, 1979). Självskattningsformuläret består av nio frågor, en fråga färre än ursprungsversionen, där individen ombeds skatta sitt sinnestillstånd under de senaste tre dagarna inom områden som t ex sinnesstämning, aptit, koncentrationsförmåga och sömn. Varje område ges en kort introduktion och individen får skatta ett svar mellan 0 och 6 där högre poäng betyder högre grad av depression. De gränser för MADRS som har föreslagits är: 0-12 poäng, ingen depression, 13-19 poäng, mild depression och över 20 poäng, moderat till svår depression (Svanborg & Ekselius, 2003).

Svanborg och Åsberg (2001) jämförde självskattningsformuläret med den ursprungliga versionen och fann en hög samstämmighet dem emellan (korrelationer mellan .83 och .93). De jämförde även självskattningsversionen med Beck Depression Inventory, BDI, (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) och fann en korrelation på .87. I föreliggande studie användes självskattningsversionen av MADRS som screeninginstrument samt var med i behandlingens för- mitten- och eftermätning.

### **The Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

SWLS (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) är ett självskattningsformulär som avser att mäta individens livskvalitet utifrån individens egen subjektiva uppfattning om vad som utgör ett gott liv. Formuläret innehåller fem påstående kring livskvalitet där individen, på en skala mellan 1 och 7, ska avgöra hur väl påståendet stämmer överens med individens egen uppfattning. Eftersom påståendena är formulerade mycket generellt, t ex *Jag är tillfredsställd med mitt liv*, är individen själv fri att välja vilka områden i livet som ska tas hänsyn till. Totalpoängen är 35 och höga poäng indikerar stor tillfredsställelse med livet. De gränser för SWLS som används är att 5-9 poäng indikerar extremt missnöje med livet, 15-19 visst

missnöje, 21-25 viss tillfredsställelse och 26-30 tillfredsställelse med livet. Normalvärden anses vara mellan 23 och 28 (Pavot & Diener, 1993).

SWLS utvärderades av Diener et al. (1985) och det visade sig ha hög intern reliabilitet (Cronbachs alpha = .87) och god test-retest reliabilitet (.82) vid mätning två månader senare. Även om test retest reliabiliteten minskar över längre perioder (.54) så visar den moderata stabiliteten på att det ändå finns någon sorts bestående tillfredsställelse med livet över tid. Förändringar i individens upplevda livskvalitet kan dock inträffa och SWLS anses även kunna mäta dessa, som t ex en ökning i upplevd livskvalitet efter avslutad psykoterapibehandling (Pavot & Diener, 1993). I denna studie ingick SWLS i för- och mittenmätningen under väntetiden samt i behandlingens för- mitten- och eftermätning.

### **Quality Of Life Inventory (QOLI)**

QOLI (Frisch, Cornell, & Villanueva, 1992) utvecklades för att komplettera de instrument som mäter psykopatologi för att få en mer heltäckande bild av patientens psykiska hälsa och därmed ge kliniker ytterligare verktyg att mäta och modifiera psykologiskt fungerande. Frisch (1992) definierar livskvalitet som en individs subjektiva bedömning av i vilken grad hennes viktigaste behov, mål och önskningar uppfylls. Den generella tillfredsställelsen med livet antas bestå av den sammanlagda tillfredsställelsen inom områden av livet som upplevs som viktiga. QOLI syftar till att mäta en persons självupplevda livskvalitet inom 16 områden (t ex hälsa, självrespekt och ekonomi) och ger en viktad poäng utifrån individens tillfredsställelse med området (från mycket missnöjd, -3, till mycket nöjd, 3) samt den viktighet individen tillskriver området för det generella välmåendet (från inte viktigt, 0, till mycket viktigt, 2). Områden som individen skattar som ej viktiga tas inte med i beräkningen för den generella livskvaliteten, för övriga beräknas ett medelvärde vilket ger ett mått på den sammantagna livskvaliteten mellan -6 och 6.

QOLI har goda psykometriska egenskaper, i studien av Frisch et al. (1992) har test-retest reliabilitet visats ligga mellan .80 och .91 och skalornas interna samstämmighet (Cronbachs alfa) mellan .77 och .89 i tre kliniska och tre ickekliniska urval. QOLI har översatts till svenska och testats på ett ickekliniskt urval utan samtida eller tidigare psykisk sjukdom och ett kliniskt urval av PTSD-patienter (Paunovic & Öst, 2004). I båda urvalen uppvisade QOLI mycket god intern samstämmighet, Cronbachs alfa .80 till .84, och differentierade också mellan grupperna, det kliniska urvalet skattade signifikant lägre självupplevd livskvalitet inom 13 av 16 områden. QOLI anses bidra med värdefull information om en individs

fungerande (Paunovic & Öst, 2004) och passar för utvärdering av psykologisk behandlings effekt på den subjektivt upplevda livskvaliteten (Frisch et al. 1992). QOLI användes i denna studie som screeninginstrument samt vid för-, mitten- och eftermätningen av behandlingen.

### **Rosenbergs skala för självkänsla (RSE)**

RSE är ett instrument som syftar till att mäta global självkänsla (Rosenberg, 1979). Det utformades för att mäta självkänsla i ett endimensionellt kontinuum. RSE består av 10 frågor, men vissa av frågorna räknas samman och bildar en sexgradig Guttman-skala (MHSIP Report Card, 1996). Frågorna består av påståenden vilka individen får uppskatta hur väl de stämmer på en fyrgradig skala från ”stämmer helt” till ”stämmer inte alls”. Totalpoängen är mellan 0 och 6 poäng och 0-1 poäng visar på hög, 2 på medium och 3-6 på låg självkänsla (Pastore, Fisher, & Friedman, 1996).

RSE har i flera studier visats ha god reliabilitet och validitet. Test-retest reliabilitet har visat uppnå .85 och den interna samstämmigheten mellan .74 och .80 och RSE har också visats korrelera med andra mått t ex av självkänsla, depression och ångest (MHSIP Report Card, 1996) samt med ångest och ätstörningssymptom (Pastore et al., 1996). RSE användes i denna studie i för- och mittenmätningen av väntetiden samt för-, mitten- och eftermätningen av behandlingen.

### **Self-Concept Questionnaire (SCQ)**

Robson utvecklade 1989 ett självskattningsinstrument för att mäta självkänsla (self-esteem), eftersom det behövdes ett instrument som fångar komplexiteten i självkänsla bättre än t ex Rosenbergs (se ovan). Han utgick från följande definition: “The sense of contentment and self acceptance that results from a person’s appraisal of one’s own worth, significance, attractiveness, competence, and ability to satisfy one’s aspirations” (Robson, 1989) och skalan täcker sju komponenter av självkänsla: (1) the subjective sense of significance, (2) worthiness, (3) appearance, (4) competence, (5) resilience and determination, (6) control over personal destiny och (7) value of existence. 30 frågor besvaras patienten med instruktionen att på en sjugradig Likert-skala skatta vilket svar ”som bäst beskriver hur du känner för det mesta”.

I Robsons studie (1989) visade sig SCQ ha god reliabilitet (Cronbachs alfa .89 för kontrollgrupp och .91 för kliniskt urval), hög klinisk validitet vid jämförelse med expertskattning (.70) samt en positiv korrelation med Rosenbergs på .80. Ghaderi (2005) testade SCQ:s psykometriska egenskaper på svenska urval och fann mycket hög intern

samstämmighet (Cronbachs alfa mellan .94 och .97) och hög validitet med korrelation med Rosenbergs och även subskalor i EDI. SCQ kunde dessutom diskriminera väl mellan personer med och utan ätstörningssymptom. SCQ användes i denna studie i för- och mittenmätningen av väntetiden samt för-, mitten- och eftermätningen av behandlingen.

### **Treatment Credibility**

Treatment credibility, d v s hur trovärdig behandlingen uppfattas av patienten, har visat sig korrelera starkt med behandlingsutfall (Weaver, 1998). För att mäta deltagarnas uppfattning om behandlingens trovärdighet ställdes fem frågor om hur logisk och framgångsrik behandlingen verkar, vilka förväntningar deltagaren har och huruvida deltagaren skulle rekommendera behandlingen till en vän. Frågorna skattades mellan 1 och 10 där låga poäng indikerar låg trovärdighet och höga poäng hög sådan. Alla frågor finns i bilaga A. Denna mätning gjordes två veckor in i behandlingen. Genom att mäta trovärdigheten en bit in i behandlingen, till skillnad mot om man mäter den innan behandlingens start, kan man jämföra de båda behandlingsbetingelserna för att se om det dem emellan finns några skillnader vad gäller uppfattad trovärdighet istället för att bara mäta deltagarens förväntningar inför behandlingen (Lent, 1983).

### **Veckomätning**

Utöver för-, mitten- och eftermätningar utförde även deltagarna under behandlingens 12 veckor en mindre mätning i slutet av varje vecka. Veckomätningen innehöll sammanlagt 27 frågor rörande antal hetsätningar och kompenserande beteenden, emotionella och kognitiva ätstörningssymptom, motivationen att fortsätta med behandlingen samt frågor om arbetet med behandlingen. Alla frågor återfinns i bilaga B.

### **Internetforum**

De båda behandlingsbetingelserna hade varsitt Internetforum av typen phpBB<sup>1</sup>. Internetforum fungerar som anslagstavlor där användarna kan skriva eller svara på inlägg inom olika områden. Vid svar bildas konversationer som alla användare av forumet kan följa och delta i. Forumen var lösenordsskyddade och deltagarna fick själva välja vilken grad av anonymitet de skulle ha genom att de själva bestämde användarnamn och om deras e-postadresser skulle synas eller ej.

---

<sup>1</sup> <http://www.phpbb.com>

## **Procedur**

### **Rekrytering**

Deltagarna fick själva anmäla sig till studien via en hemsida<sup>2</sup> mellan 2004-10-30 och 2004-12-10. Information om studien och adressen till hemsidan spreds via artiklar i Upsala Nya Tidning och Expressen. Vidare fanns även en länk till studiens hemsida på Riksföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakts hemsida<sup>3</sup>. När deltagarna anmälde sig via hemsidan lämnade de kontaktuppgifter samt informerades om att de för att delta i studien måste åka till Uppsala för att göra en EDE-intervju. Denna resa var de tvungna att bekosta själva. Vid anmälan fick de även användarnamn och lösenord för att komma åt screeningformulären. Dessa bedömdes och därefter avgjordes om deltagaren skulle kallas till intervju eller ej. Intervjuerna genomfördes av fem psykologstuderande på termin 8-10 samt en doktorand i psykologi, alla vid Uppsala universitet, efter det att uppsatshandledaren givit en utbildning i EDE. Samtliga intervjuer spelades in på band och uppsatshandledaren lyssnade på dessa och läste igenom intervjuprotokollen för att fastställa diagnos. Om deltagarna uppfyllde inklusionskraven meddelades de detta via e-post. EDE-intervjuerna hölls mellan slutet av november och mitten av januari.

### **Samtycke**

Deltagarna skrev under samtycke om databehandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen (PUL).

### **Förberedelser**

Före den första behandlingsetappens start randomiserades deltagarna till de olika betingelserna och till behandlingsgrupp respektive kontrollgrupp och deltagande i etapp två. Föreliggande studies behandlingsdeltagare randomiserades till kontrollgruppen och stod därmed på väntelista under den första behandlingsomgången, 2005-01-24 till 2005-04-17. Under den tiden genomförde de tre stora mätningar, för-, mitten- och eftermätning, samt tolv mindre veckomätningar. Den andra behandlingsetappen startade en vecka efter det att den första avslutats. Under veckan innan behandlingsstart skickades Fairburns självhjälsmanual ut till samtliga deltagare och häftet enbart till de i KBTACT-betingelsen. I paketet fanns även ett introduktionsbrev med information om behandlingens upplägg, veckokontakten med behandlaren och Internetforumen. Samtliga deltagare fick sitt material efter det att de fyllt i

---

<sup>2</sup> <http://www.kbt.nu/ed/index.htm>

eftermätningen för väntetiden. Denna eftermätning räknades som förmätning till deras kommande behandling.

## **Behandlingen**

Behandlingen pågick under 12 veckor fr o m 2005-04-25 t o m 2005-07-17. Det första steget i behandlingen bestod av att deltagarna skulle läsa igenom och göra hemuppgifter till den inledande teoretiska delen av självhjälpsboken. Därefter påbörjades arbetet med de sex behandlingsstegen (se Material). Detta skedde individuellt på så sätt att deltagarna arbetade helt i sin egen takt och när de tyckte att de var redo att påbörja nästa steg e-postade de sin behandlare för att diskutera detta och få nya instruktioner.

### *E-postkontakt med behandlarna*

Författarna var behandlare i studien och de 32 deltagarna slumpades på dessa vilka tilldelades åtta deltagare ur varje betingelse (KBT/KBTACT), d v s totalt 16 deltagare per behandlare. Deltagarna fick välja en veckodag som passade dem bra som kontaktdag och därefter användes i första hand den dagen som kontaktdag. Denna dag ombads deltagarna att skicka ett mejl till sin behandlare för att ställa frågor, berätta hur behandlingsarbetet under den senaste veckan gått samt bifoga eventuella hemuppgifter.

Behandlarnas bemötande utgick främst från de riktlinjer som finns att tillgå i terapeutmanualen till självhjälpsboken (Fairburn, 1999). I båda behandlingsbetingelserna låg tyngdpunkten vad gäller stödet från behandlarna på just stöd och uppmuntran eftersom dessa, då det var en självhjälpsbehandling, inte skulle bedriva psykoterapi. Vidare hänvisade behandlarna hela tiden tillbaka till självhjälpsboken för att få deltagarna att använda sig så mycket som möjligt av denna. När behandlarna stötte på svårigheter, t ex när det var oklart hur frågor eller kommentarer från deltagarna skulle bemötas, kontaktades uppsatshandledaren för konsultation. När det gällde stödet till KBTACT-gruppen utgick behandlarna även från häftet och hänvisade även tillbaka till detta då det var lämpligt. All kontakt journalfördes noggrant.

### *Hemuppgifter*

Hemuppgifter formulerades till självhjälpsbokens teoridel och sex behandlingssteg och skickades till deltagarna allt eftersom de nådde ett nytt steg. Hemuppgifterna såg lite olika ut beroende på var i behandlingen deltagaren befann sig, men de kunde t ex bestå av att

---

<sup>3</sup> <http://www.abkontakt.se>

deltagaren skulle dokumentera sitt arbete med det steg hon var på genom att fylla i formulär eller genom att ge exempel och e-posta det till behandlaren eller att gå in på forumet och diskutera ett visst ämne. Deltagarna i KBTACT-betingelsen fick alla de hemuppgifter som deltagarna i KBT-betingelsen fick men med tilläggsuppgifter som utgick från häftet. Dessa kunde t ex innebära att göra en viss övning eller att diskutera ett visst ämne på forumet. Hemuppgifterna till teoridelen och samtliga sex behandlingssteg till båda behandlingsbetingelserna återfinns i bilaga C.

### *Internetforumen*

Deltagarna uppmanades från behandlingens start att registrera sig på och vara aktiva och diskutera behandlingen på sina respektive Internetforum. Behandlarna läste alla inlägg och deltog vid några tillfällen i diskussionerna när det bedömdes att ett visst inlägg eller ämne behövde kommenteras. Aktiviteten på båda forumen var som störst under första hälften av behandlingen och sjönk därefter stadigt. Deltagarna i KBTACT-betingelsen startade under behandlingens sista vecka en egen diskussionsgrupp för de som önskade för att på så sätt kunna hålla kontakten även efter behandlingens slut. I KBT-betingelsen skapades inte en sådan, men det gavs tips från deltagare om andra redan existerande diskussionsforum för personer med ätstörningar.

### **Administration av testinstrument via Internet**

Alla självskattningsinstrument i studien administrerades via hemsidor på Internet. Introduktionstexter, frågeformuleringar och svarsalternativ kopierades ordagrant från pappersversionerna av instrumenten. Administration av testinstrument via Internet har tidigare jämförts med pappersadministration och resultaten har visat höga korrelationer mellan de båda administrationsformerna (Carlbring et al., in press). I den studien jämfördes bl a instrumenten QOLI och MADRS vilka även har använts i föreliggande studie.

Under behandlingens gång lades en veckomätning upp på respektive behandlingshemsida (KBT/KBTACT) varje söndag. Om deltagarna inte fyllt i denna under måndagen påmindes de av behandlarna via e-post och/eller sms. Detsamma gällde om deltagarna dröjde med att fylla i de större mätningarna. Eftersom de sistnämnda mätningarna var särskilt viktiga användes även telefonsamtal för att påminna deltagarna då de dröjde med att fylla i dessa.

## ***Etiska överväganden***

Deltagarna informerades redan när de anmälde sig till studien att behandlingen var en självhjälsbehandling där de enbart skulle stå i kontakt med sin behandlare via e-post ungefär en gång per vecka. Eftersom det var just en självhjälsbehandling exkluderades de deltagare som ansågs ha för svåra symptom eller var för deprimerade (se Urval) för att minska risken för att flera av studiens deltagare skulle vara i behov av mer omfattande hjälp. Dessa deltagare fick även rekommendationer om hur och var de skulle kunna vända sig för att få alternativ behandling på hemorten och, i de fall det bedömdes som lämpligt, rekommendationer om annan självhjälsplitteratur.

De deltagare som inkluderades i studien fick information om att de skulle komma att randomiseras till två grupper, behandlingsgrupp och kontrollgrupp, där de som hamnade i kontrollgruppen skulle få vänta ungefär fyra månader på sin behandling och påbörja den först 2005-04-25.

För att skydda deltagarnas personuppgifter och personliga integritet fick deltagarna personliga användarnamn och koder vilka användes för att genomföra alla mätningar. Behandlarna använde sig under hela behandlingstiden av separata e-postkonton som enbart användes för behandlingskontakt. Alla personuppgifter som fanns lagrade i digital form var lösenordsskyddade och krypterade.

Studien genomgick etikprövning vid regionala etikprövningsnämnden i Uppsala med diarienummer 2004:M-366 och blev godkänd före start.

## ***Statistiska analyser***

### **Intent-to-treat-analys (ITT)**

Att göra en ITT-analys innebär att alla deltagare som randomiserats till en studies behandlingsbetingelser räknas med i de statistiska analyserna (Mazumdar, Liu, Houck, & Reynolds III, 1999). Det innebär med andra ord att behandlingsutfallet baseras på resultaten från alla deltagare oavsett hur länge eller hur väl de har deltagit i behandlingen. Randomisering används för att minska den yttre påverkan när man delar in ett urval i olika betingelser – det gör t ex att behandlaren inte har möjlighet att påverka vilka individer som ska vara i vilken betingelse och ökar chansen för att individuella skillnader mellan deltagarna tar ut varandra – och ITT-analysen är den analys som bäst bevarar de fördelar som randomiseringen ger (Whitney, 2001).



I föreliggande studie användes ITT-analyser vid jämförelsen av första och andra behandlingsetappen samt vid beräkningarna av behandlingsutfallet på etapp två. Ett avsteg gjordes dock från ITT eftersom de två deltagare som hoppade av tidigt under tiden de stod på väntelista uteslöts från analyserna av behandlingsutfall under etapp två. Man skulle kunna ha använt sig av metoden last observation carried forward (LOCF) då det sista mätvärdet flyttas fram till efterföljande mättillfällen, men eftersom de över huvud taget inte varit med i behandlingen gjordes bedömningen att detta inte var nödvändigt. De deltagare som inkluderades i beräkningarna var de 32 deltagare som påbörjade behandlingen 2005-04-25 efter att ha stått på väntelista som kontrollgrupp under den första behandlingstappen.

### **Analys av fullföljare**

Argumentet mot ITT-analyser är att man kan missa att upptäcka vilka tänkbara effekter man kan förvänta sig av en behandling för dem som verkligen genomgår behandlingen (Whitney, 2001). För att upptäcka dessa eventuella effekter gjordes analyser av fullföljare, s k completersanalyser, på centrala ätstörningsmått<sup>4</sup> och dessa resultat jämfördes också med resultaten hos dem som inte fullföljde behandlingen. Analys av fullföljare gjordes även vid analysen av skillnader mellan de båda betingelserna KBT och KBTACT. Som fullföljare räknades de deltagare som arbetade med självhjälpsbehandlingen minst 75% av de 12 veckorna. Det spelade ingen roll vilket steg man hann till. För att inte räknas som en fullföljare i föreliggande studie skulle deltagaren antingen (1) uttryckligen ha hoppat av eller (2) arbetat dåligt med och aldrig kommit förbi behandlingens steg ett. Det togs också hänsyn till hur många veckomätningar deltagaren gjort om det rådde tvekan om deltagaren arbetat med materialet eller ej. Att ha deltagit i få veckomätningar gjorde dock inte att man automatiskt sågs som avhoppare om man i övrigt hade arbetat med materialet.

### **Analysmetoder**

Vid analysen av behandlingsutfall för etapp två användes en envägs ANOVA, upprepad mätning, med mättillfälle som oberoende variabel med två lägen och poäng på respektive instrument som beroendevariabel. För att upptäcka om det fanns några skillnader mellan den första och andra behandlingsetappen användes en 2x2 ANOVA mixed design (split plot) med mättillfälle som oberoende inomgruppsvariabel, grupp som oberoende mellangruppsvariabel och poäng på respektive instrument som beroendevariabel. Samma analysmetod användes vid

---

<sup>4</sup> Som centrala ätstörningsmått räknades: EDE-Q Total, EDI Viktfofi, EDI Bulimi, OBE (EDE-Q 18), självrensande (EDE-Q 22-26), extrem träning (EDE-Q 28), BSQ, QOLI samt MADRS.

jämförelsen av betingelserna KBT och KBTACT samt i analysen av fullföljare och avhoppare. Behandlingsbetingelse respektive variabeln fullföljare/avhoppare var oberoende mellangrupsvariabler i dessa båda analyser. ANOVA-beräkningarnas effektstorlekar ges i partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ) där .20 kan anses vara gränsen för stor effekt i inomgruppsmätningar och .12 för stor effekt i mellangruppsmätningar. I jämförelserna mellan KBT och KBTACT samt mellan fullföljare och avhoppare testades också en eventuell skillnad på treatment credibility-skattningarna med hjälp av t-test, oberoende grupper.

Beräkningar av kliniskt signifikanta förbättringar gjordes också på deltagarna. Denna analysmetods grundtanke är att man för att bedöma effekten av en behandling även måste se om individuella patienter har förbättrats så mycket att de kan sägas ha rört sig från att ha tillhört en dysfunktionell ("sjuk") population till inom gränsen för normalpopulationen. För att beräkna detta räknar man ut deltagarens sk pålitliga förändring för att säkerställa att förändringen inte beror på mätfel. Man räknar även ut gränsvärdet för kliniskt signifikant förbättring, där det vanligaste är att man sätter det mitt emellan normalpopulationens och behandlingsgruppens medelvärden (Jacobson & Truax, 1991). Om man inte känner till normalpopulationens värden men har tillgång till instrumentets egna föreslagna kliniska gränser kan dessa användas istället (Becker, 1999).

För alla analyser har statistikprogrammet SPSS 12.0 (2005) använts.

## Resultat

Av de 32 deltagare som påbörjade behandlingen fullföljde 25 behandlingen och 7 hoppade av. Vid avhoppet hade en deltagare kommit till steg 2, fyra var på steg 1 och två var kvar på teoriavsnittet. De sju deltagare som avslutade behandlingen i förtid slutade någon gång mellan vecka 2 och vecka 7.

I tabell 2 presenteras data över hur lång tid i snitt de deltagare som fullföljde behandlingen tillbringade på varje steg samt hur långt de hann vad gäller antal steg. Alla nådde som minst steg 2 och drygt hälften nådde steg 4.

Tabell 2. Antal veckor deltagarna som fullföljde behandlingen i snitt tillbringade på teoridelen och de sex stegen, antal deltagare som nådde varje steg samt antal deltagare på varje steg vid behandlingens slut.

Steg	Antal veckor som deltagarna i snitt tillbringade på varje steg	Antal deltagare som nådde varje steg	Betingelse KBT	Betingelse KBTACT
			Antal deltagare på varje steg vid behandlingens slut	Antal deltagare på varje steg vid behandlingens slut
Teori	1.3	25	-	-
1	1.8	25	-	-
2	4.0	25	3	1
3	2.8	21	3	4
4	2.2	14	2	4
5	3.0	8	1	1
6	1.8	6	4	2

Resultatet av analyserna redogörs för utifrån frågeställningarna. Där ingenting annat anges i texten gäller analyserna alla deltagare (ITT). För att besvara frågeställning 1 och 2 har i huvudsak envägs ANOVA använts och för frågeställning 3, 4 och 5 har split plot 2x2 ANOVA genomförts. När det gäller de två första frågeställningarna har analyser av dem som fullföljde behandlingen gjorts på centrala ätstörningsmått<sup>5</sup>. Vid jämförelse mellan KBT och KBTACT har endast analyser av fullföljare gjorts. Detta för att upptäcka eventuella skillnader i behandlingsutfall mellan de båda behandlingsbetingelserna.

<sup>5</sup> Som centrala ätstörningsmått räknades: EDE-Q Total, EDI Viktfoxi, EDI Bulimi, OBE (EDE-Q 18), självrensande (EDE-Q 22-26), extrem träning (EDE-Q 28), BSQ, QOLI samt MADRS.

## **Behandlingsutfall**

### **Etapp 2 under väntetiden**

Analyser av de mätningar som gjordes under behandlingsgrupp 2:s tid på väntelistan gjordes (envägs ANOVA) och det fanns inga signifikanta skillnader från för- till eftermätningen under väntetiden. Det fanns dock signifikanta skillnader från screening till mättillfälle 1 (förmätning till etapp 1:s behandling och etapp 2:s väntetid) i antal OBE och på EDE-Q ”Total”. Antal OBE hade från screening till det första mättillfället sjunkit signifikant, effekten var drygt måttlig ( $F(33, 1) = 6.42, p < .02, \eta_p^2 = .16, \text{power} = .69$ ). Resultatet på EDE-Q ”Total” hade också det sjunkit signifikant, med liten effekt ( $F(33, 1) = 4.36, p < .045, \eta_p^2 = .12, \text{power} = .53$ ).

### **Jämförelse mellan fullföljare och avhoppare**

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan fullföljare och avhoppare innan behandlingens start vid behandlingens förmätning på de centrala ätstörningsmått vid en jämförelse med t-test.

En split plot 2x2 ANOVA gjordes för att upptäcka skillnader i behandlingsutfall på de centrala ätstörningsmått mellan dem som fullföljde behandlingen jämfört med dem som hoppade av. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan dessa grupper och effekterna var svaga, med undantag av QOLI där fullföljarna i signifikant högre grad förbättrades, med stor effekt ( $F(30, 1) = 11.74, p < .002, \eta_p^2 = .28, \text{power} = .91$ ).

### **Treatment Credibility**

Två veckor in i behandlingen gjordes en treatment credibility-mätning. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan avhoppare och fullföljare och inte heller mellan KBT och KBTACT vid en jämförelse med t-test.

### **Beteende-, attityd- och personlighetsvariabler**

Den första frågeställningen var: Är självhjälp i kombination med terapeutstöd via e-post och Internetbaserat diskussionsforum en effektiv behandling vid full/subtröskel BN respektive BED vad gäller förändring i beteende-, attityd- och personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?

### *Beteendevariabler*

Vid behandlingens slut uppgav 13 (41%) deltagare att de inte haft någon OBE under de senaste 28 dagarna och 10 (31%; 3 SBED, 4 BED och 3 SBN) att de var helt symptomfria, dvs att de varken hade haft OBE eller SBE eller ägnat sig åt kompenserande i någon form. Av dem som fullföljde behandlingen uppgav 10 (40%) deltagare att de inte haft någon OBE under de senaste 28 dagarna och 8 (32%) var symptomfria efter behandlingens slut. Tabell 3 sammanfattar hur många deltagare som var symptomfria efter avslutad behandling på beteendevariablerna och olika kombinationer av dessa.

Tabell 3. Antal deltagare som varit symptomfria på olika beteendevariabler under de senaste 28 dagarna vid avslutad behandling (EDE-Q 18, 20, 22, 24, 26 och 28). ITT-analys och analys av fullföljare.

Beteendevariabler	ITT (n=32)	Fullföljare (n=25)
OBE	13 (41%)	10 (40%)
OBE + SBE	11 (34%)	9 (36%)
OBE + självrensande <sup>1</sup>	11 (34%)	9 (36%)
OBE + SBE + självrensande	10 (31%)	8 (32%)

<sup>1</sup> Självrensande inkluderar användande av kräkning, laxermedel och vätskedrivande medel.

När det gäller förändring från för- till eftermätning halverades antalet OBE, denna minskning var dock inte signifikant och effektstorleken var liten. Spridningen i antalet OBE var mycket stor och det fanns extremvärden, vid förmätningen ett extremvärde på 110 OBE (M = 12.1, SD = 18.9) och vid eftermätningen två på 28 respektive 40 OBE (M = 6.4, SD = 9.4). Analys utan extremvärden visade också på en halvering av antalet OBE och detta resultat var signifikant med stor effekt. För dem som fullföljde behandlingen visade en analys utan extremvärden på en signifikant minskning av antalet OBE med stor effekt.

Antalet SBE minskade signifikant med 60%, med måttlig effektstorlek. Minskningen var något större för dem som fullföljde behandlingen och effektstorleken likaså. Antalet självrensande episoder minskade signifikant med hälften, effekten var stor. För de som fullföljde behandlingen minskade antalet självrensande episoder också med hälften, med lika stor effektstorlek. Antalet extrema träningstillfällen minskade signifikant till färre än hälften så många, vilket var en signifikant minskning med stor effekt. För de deltagare som fullföljde behandlingen såg minskningen likadan ut och effekten var något större. Tabell 4 sammanfattar förändringen från för- till eftermätning i antal ätstörningsrelaterade beteenden under de senaste 28 dagarna.

Tabell 4. Förändring från för- till eftermätning i antal ätstörningsrelaterade beteenden under de senaste 28 dagarna (EDE-Q 18, 20, 22, 24, 26 och 28).

Beteendevariabler	Antal <sup>1</sup>	Förmätning M (SD)	Eftermätning M (SD)	Minskning av M i %	F-värde	p-värde	Effekt <sup>3</sup>	Power
<b>OBE</b>								
ITT	31	12.1 (18.9)	6.4 (9.4)	47%	2.49	0.12	0.07	0.33
ITT utan ext. <sup>2</sup>	28	8.6 (6.2)	4.5 (6.2)	48%	8.14	0.008	0.23	0.79
Fullföljare	24	13.0 (21.2)	6.0 (9.0)	54%	2.39	0.14	0.09	0.32
Fullföljare utan ext. <sup>2</sup>	22	9.0 (6.5)	4.6 (5.9)	49%	10.43	0.004	0.32	0.87
<b>SBE</b>								
ITT	20	4.8 (7.9)	1.9 (4.1)	60%	4.72	0.04	0.13	0.56
Fullföljare	15	5.0 (8.4)	1.8 (3.8)	64%	5.03	0.03	0.17	0.58
<b>Självrensande</b>								
ITT	9	4.3 (8.2)	2.3 (5.0)	47%	7.35	0.01	0.19	0.75
Fullföljare	7	4.0 (8.2)	2.2 (5.2)	45%	5.14	0.03	0.18	0.59
<b>Extrem träning</b>								
ITT	15	3.8 (7.5)	1.6 (4.6)	58%	9.66	0.004	0.24	0.85
Fullföljare	13	3.6 (7.1)	1.7 (5.0)	53%	8.81	0.007	0.27	0.81

<sup>1</sup> Antal deltagare som någon gång angivit att de ägnat sig åt beteendet inkluderades i analysen.

<sup>2</sup> Analys med extremvärden borttagna.

<sup>3</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid inomgruppsmätning anses .20 vara gränsen för stor effekt.

### Attitydvariabler

Värdena på alla EDE-Q:s delskalor samt EDE-Q ”Total” minskade signifikant med stor effekt förutom ”Upptagenhet vid figur” där minskningen var mycket liten, inte signifikant och med liten effekt. En analys av svaren på EDE-Q ”Total” från de deltagare som fullföljde behandlingen visade att värdena minskade signifikant med något större effekt än för ITT.

På EDI:s tre attitydskalor sjönk resultaten signifikant med stora effekter. Värdena på BSQ minskade signifikant med stor effekt och vid en analys av fullföljare var resultatet detsamma men med större effekt. Vid en Bonferronikorrektion blev högsta p-värde för signifikans 0.05/9 (antal analyser av attitydvariabler) = 0.006. I tabell 5 presenteras förändring från för- till eftermätning på ätstörningsrelaterade attitydvariabler.

Tabell 5. Förändring från för- till eftermätning på ätstörningsrelaterade attitydvariabler. ITT-analyser har gjorts där inget annat anges. Analyser av fullföljare har endast gjorts på centrala ätstörningsmått.

Attitydvariabler	Förmätning M (SD)	Eftermätning M (SD)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>EDE-Q</b>						
Återhållsamhet	2.6 (1.6)	1.7 (1.5)	11.21	0.002	0.27	0.90
Bekymmer över ätande	3.3 (1.4)	2.4 (1.4)	21.39	0.00001	0.41	0.99
Upptagenhet vid figur	3.3 (0.9)	3.2 (1.2)	0.17	0.68	0.01	0.07
Upptagenhet vid vikt	3.3 (1.1)	2.8 (1.0)	7.31	0.01	0.19	0.75
EDE-Q Total	3.1 (0.9)	2.5 (1.1)	18.63	0.0002	0.38	0.99
Fullföljare	3.1 (1.0)	2.4 (1.1)	25.31	0.00001	0.51	1
<b>EDI 1-3</b>						
Viktfobi	13.6 (4.9)	9.7 (5.8)	19.38	0.0001	0.38	0.99
Fullföljare	13.3 (4.9)	9.3 (5.5)	22.72	0.00001	0.49	1
Bulimi	8.8 (3.9)	4.5 (4.5)	37.22	0.00001	0.55	1
Fullföljare	8.6 (3.9)	4.2 (4.6)	30.39	0.00001	0.56	1
Missnöje med kroppen	21.4 (6.3)	18.0 (8.4)	10.78	0.003	0.26	0.89
<b>BSQ</b>						
Fullföljare	68.8 (12.8)	60.0 (16.0)	18.94	0.00001	0.38	0.99
	69.3 (13.9)	59.0 (16.9)	20.88	0.0001	0.47	0.99

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid inomgruppsmätning anses .20 vara gränsen för stor effekt.

### Personlighetsvariabler

På EDI:s delskalor ”Låg självkänsla”, ”Störd interoceptiv medvetenhet” och ”Interpersonell misstro” minskade värdena signifikant från för- till eftermätning med måttliga till stora effekter. På delskalan ”Perfektionism” var inte minskningen signifikant och effekten var liten. Tabell 6 visar förändring på ätstörningsrelaterade personlighetsvariabler från för- till eftermätning.

Tabell 6. Förändring från för- till eftermätning på ätstörningsrelaterade personlighetsvariabler. ITT-analyser.

Personlighetsvariabler	Förmätning M (SD)	Eftermätning M (SD)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>EDI 4-7</b>						
Låg självkänsla	9.1 (7.1)	6.7 (6.8)	14.7	0.0006	0.32	0.96
Perfektionism	5.9 (4.4)	5.4 (4.8)	1.36	0.25	0.04	0.20
Interpersonell misstro	4.1 (3.7)	3.5 (3.7)	4.43	0.04	0.13	0.53
Störd interoceptiv medvetenhet	10.7 (7.9)	7.0 (6.6)	28.59	0.00001	0.48	1

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid inomgruppsmätning anses .20 vara gränsen för stor effekt.

## Livskvalitet, självkänsla och depression

Den andra frågeställningen löd: Är självhjälp i kombination med terapeutstöd via e-post och Internetbaserat diskussionsforum en effektiv behandling vid full/subtröskel BN respektive BED vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?

Tabell 7 redovisar förändring i livskvalitet, självkänsla och depression. Från för- till eftermätning förbättrades resultaten signifikant med stora effektstorlekar på de instrument som mätte dessa variabler. För de som fullföljde behandlingen ökade livskvaliteten mätt med QOLI något mer och effekten var också större.

Tabell 7. Förändring från för- till eftermätning i livskvalitet, självkänsla och depression. ITT-analyser har gjorts där inget annat anges. Analyser av fullföljare har endast gjorts på centrala ätstörningsmått.

Generella variabler	Förmätning M (SD)	Eftermätning M (SD)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>Livskvalitet</b>						
QOLI	1.0 (1.6)	1.7 (1.7)	9.02	0.005	0.23	0.83
Fullföljare	0.7 (1.7)	1.8 (1.5)	24.40	0.00001	0.50	1
SWLS	19 (7.1)	21.1 (7.2)	8.88	0.006	0.22	0.82
<b>Självkänsla</b>						
SCQ	121.1 (15.6)	127 (19)	11.06	0.002	0.26	0.90
RSE	3.6 (1.8)	2.9 (2.1)	10.36	0.003	0.25	0.88
<b>Depression</b>						
MADRS	15.8 (6.9)	11.0 (9.0)	19.66	0.0001	0.39	0.99
Fullföljare	15.7 (7.3)	10.8 (9.6)	13.80	0.001	0.37	0.95

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid inomgruppsmätning anses .20 vara gränsen för stor effekt.



## Tillägg av ACT-komponenter

### Jämförelse mellan KBT och KBTACT under väntetiden

En split plot 2x2 ANOVA gjordes för att upptäcka skillnader i förändring på de centrala ätstörningsmått under väntetiden mellan de som sedan fick KBT jämfört med dem som fick KBTACT. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan dessa båda grupper och effekterna varierade mellan att vara små och måttliga.

### Beteende-, attityd- och personlighetsvariabler

Den tredje frågeställningen var: Leder tillägg av behandlingskomponenter ur ACT till bättre utfall vad gäller förändring i beteende-, attityd- och personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?

#### *Beteendevariabler*

Tabell 8 visar skillnader i förändring på beteendevariabler från för- till eftermätning för KBT jämfört med KBTACT. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de deltagare som enbart fått KBT jämfört med dem som också fick ett ACT-tillägg vad gäller förändring i antal episoder av OBE, SBE, självrensande och extrem träning. Effekten var stor för självrensande, och liten till måttlig för övriga. En analys utan extremvärden vad gällde OBE visade inte heller på någon signifikant skillnad, effekten var liten.

Tabell 8. Skillnader mellan KBT och KBTACT från för- till eftermätning i antal ätstörningsrelaterade beteenden under de senaste 28 dagarna. Analyserna är gjorda på fullföljare.

Variabler	Förmätning M (SD)		Eftermätning M (SD)		Split plot 2x2 ANOVA			
	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>OBE</b>	18.2 (28.2)	7.3 (6.4)	6.8 (6.5)	5.3 (11.4)	1.08	0.31	0.04	0.17
Utan extr. <sup>2</sup>	10.5 (6.2)	7.3 (6.8)	6.8 (6.8)	2.1 (3.4)	0.3	0.59	0.01	0.08
<b>SBE</b>	5.3 (8.6)	4.7 (8.7)	2.8 (4.9)	0.7 (1.6)	0.25	0.62	0.01	0.08
<b>Självrensande</b>	7.0 (10.4)	0.8 (2.9)	3.8 (6.9)	0.3 (1.2)	2.74	0.11	0.11	0.35
<b>Extrem träning</b>	4.5 (9.1)	2.5 (4.3)	2.6 (6.5)	0.7 (2.3)	0.01	0.95	0	0.05

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid mellangrups-mätning anses .12 vara gränsen för stor effekt.

<sup>2</sup> Analys med extremvärden borttagna.

#### *Attitydvariabler*

Tabell 9 visar skillnader i förändring på attitydvariabler från för- till eftermätning för KBT jämfört med KBTACT. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de två gruppernas

behandlingsutfall vad gäller EDE-Q:s delskalor, EDI 1-3 och BSQ. Effekterna varierade från svaga till måttliga.

Tabell 9. Skillnader mellan KBT och KBTACT från för- till eftermätning på attitydvariabler. Analyserna är gjorda på fullföljare.

Attitydvariabler	Förmätning M (SD)		Eftermätning M (SD)		Split plot 2x2 ANOVA			
	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>EDE-Q</b>								
Återhållsamhet	2.7 (1.8)	2.2 (1.2)	1.8 (1.2)	1.1 (1.0)	0.09	0.76	0	0.06
Bekymmer över ätande	3.6 (1.5)	3.0 (1.4)	2.9 (1.5)	1.8 (1.1)	1.23	0.28	0.05	0.18
Upptagenhet vid figur	3.4 (0.7)	3.2 (1.2)	3.3 (1.2)	2.9 (1.3)	0.18	0.67	0.01	0.07
Upptagenhet vid vikt	3.6 (0.9)	3.0 (1.2)	3.2 (0.9)	2.5 (1.2)	0	0.97	0	0.05
Total	3.3 (0.9)	2.8 (1.0)	2.8 (1.1)	2.1 (1.0)	0.53	0.47	0.02	0.11
<b>EDI 1-3</b>								
Viktfofi	14.4 (3.8)	12.2 (5.7)	11.4 (5)	7 (5.3)	1.68	0.21	0.07	0.24
Bulimi	9.5 (4.5)	7.8 (2.9)	5.7 (4.8)	2.5 (3.9)	0.82	0.38	0.03	0.14
Missnöje med kroppen	22.9 (4.5)	20.0 (8.1)	20.6 (7.4)	15.2 (8.9)	1.32	0.26	0.05	0.20
<b>BSQ</b>								
	72.2 (10.5)	66.2 (16.7)	65.2 (11.8)	52.4 (19.5)	2.31	0.14	0.09	0.31

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid mellangrups-mätning anses .12 vara gränsen för stor effekt.

### *Personlighetsvariabler*

Tabell 10 visar en jämförelse mellan behandlingsutfall för KBT och KBTACT mätt med EDI:s delskalor för personlighetsvariabler. Det fanns inga signifikanta skillnader och effekterna var små för alla delskalor utom ”Låg självkänsla” där effekten var stor och skillnaden närmade sig signifikans. KBTACT-gruppen hade i högre grad minskat resultatet på ”Låg självkänsla” än KBT-gruppen.

Tabell 10. Skillnader mellan KBT och KBTACT från för- till eftermätning på personlighetsvariabler. Analyserna är gjorda på fullföljare.

Personlighetsvariabler	Förmätning M (SD)		Eftermätning M (SD)		Split plot 2x2 ANOVA			
	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>EDI 4-7</b>								
Låg självkänsla	9.3 (7.5)	10.4 (7.8)	7.7 (6.9)	6.1 (7.2)	3.66	0.07	0.14	0.45
Perfektionism	6.3 (4.6)	6.8 (4.5)	6.0 (5.3)	6.0 (5.0)	0.30	0.59	0.01	0.08
Interpersonell misstro	4.8 (3.7)	2.9 (3.4)	4.2 (3.7)	2.5 (2.9)	0.03	0.87	0	0.05
Störd interoceptiv medvetenhet	12.5 (8.6)	9.3 (6.8)	9.3 (7.4)	5.3 (5.3)	0.26	0.61	0.01	0.08

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid mellangruppsmätning anses .12 vara gränsen för stor effekt.

## Livskvalitet, självkänsla och depression

Den fjärde frågeställningen var: Leder tillägg av behandlingskomponenter ur ACT till bättre utfall vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?

I tabell 11 presenteras en jämförelse mellan KBT och KBTACT av förändring i livskvalitet, självkänsla och depression. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna vad gäller dessa variabler och effekterna var små.

Tabell 11. Skillnader mellan KBT och KBTACT från för- till eftermätning på variablerna livskvalitet, självkänsla och depression. Analyserna är gjorda på fullföljare.

Generella variabler	Förmätning M (SD)		Eftermätning M (SD)		Split plot 2x2 ANOVA			
	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	KBT (n=13)	KBTACT (n=12)	F-värde	p-värde	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>Livskvalitet</b>								
QOLI	0.6 (1.9)	0.8 (1.5)	1.6 (1.9)	1.9 (1.1)	0.09	0.8	0	0.06
SWLS	17.2 (6.9)	19.8 (8.2)	18.9 (7.3)	23.0 (6.7)	0.83	0.37	0.03	0.14
<b>Självkänsla</b>								
SCQ	118.0 (15.9)	122.2 (16.5)	123.2 (17.3)	129.9 (18.0)	0.49	0.49	0.02	0.10
RSE	3.4 (1.7)	3.8 (2.1)	2.8 (2.0)	3.0 (2.0)	0.20	0.66	0.01	0.07
<b>Depression</b>								
MADRS	17.3 (8.4)	14.0 (5.8)	12.2 (10.4)	9.3 (8.8)	0.01	0.9	0	0.05

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid mellangruppsmätning anses .12 vara gränsen för stor effekt.

## Etapp 1 och 2 tillsammans

För att ge analyserna ökad power att upptäcka skillnader i behandlingsutfall mellan de som fullföljde KBT och de som fullföljde KBT med ACT-tillägg, lades resultaten för de båda behandlingsetapperna ihop och gruppernas förändring från förmätning till eftermätning

jämfördes i en 2x2 ANOVA. Det fanns signifikanta skillnader på instrumenten EDE-Q ”Återhållsamhet” med måttlig effekt och på BSQ med stor effekt, de som fått ACT-tillägg hade signifikant förbättrats mer. På EDI:s delskalor ”Viktfobi” och ”Missnöje med kroppen” fanns en skillnad till KBTACT:s fördel som närmade sig p-värdet signifikans med måttliga effekter. På EDE-Q ”Total” och EDI ”Perfektionism” fanns en tendens till signifikant större minskning för KBTACT, med måttlig effekt i båda fallen. På övriga instrument fanns inga signifikanta skillnader mellan de båda behandlingsbetingelserna.

En Bonferronikorrektion gav att p-värdet ska vara mindre än 0.006 (0.05/9) för de instrument som mäter ätstörningsrelaterade attityder.

Tabell 12. Signifikanta och tendentiösa skillnader i behandlingsutfall mellan KBT och KBTACT för deltagarna i både etapp 1 och 2. Analyserna är gjorda på fullföljare.

Variabler	Förmätning M (SD)		Eftermätning M (SD)		Split plot 2x2 ANOVA			
	KBT (n=26)	KBTACT (n=23)	KBT (n=26)	KBTACT (n=23)	F	p	Effekt <sup>1</sup>	Power
<b>Attitydvariabler</b>								
EDE-Q Återhållsamhet	2.7 (1.7)	2.6 (1.2)	2.1 (1.5)	1.3 (1.2)	4.16	0.05	0.08	0.52
EDE-Q Total	3.2 (0.9)	3.1 (0.8)	2.6 (1.0)	2.2 (1.0)	2.82	0.10	0.06	0.38
BSQ	68.5 (13.6)	66.7 (13.2)	63.0 (12.6)	50.6 (16.5)	11.30	0.002	0.19	0.90
EDI Viktfobi	13.2 (5.0)	12.0 (4.8)	10.1 (5.5)	6.7 (5.3)	3.61	0.06	0.07	0.46
EDI Missnöje med kroppen	21.0 (5.7)	19.9 (6.6)	18.8 (6.7)	14.9 (8.0)	3.47	0.07	0.07	0.45
<b>Personlighetsvariabler</b>								
EDI Perfektionism	5.9 (4.1)	7.0 (4.4)	5.5 (4.9)	5.5 (4.6)	2.99	0.09	0.06	0.40

<sup>1</sup> Partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ). Vid mellangrups-mätning anses .12 vara gränsen för stor effekt.

### **Väntetidens inverkan**

Den femte och sista frågeställningen löd: Leder väntan på behandling i ca 18 veckor jämfört med väntan i ca 5 veckor till skillnad i behandlingsutfall?

### **Jämförelse av behandlingsutfall mellan etapp 2 och etapp 1**

En jämförelse gjordes mellan behandlingsutfallet för etapp 2, som fått vänta i snitt 18 veckor innan behandlingen startade, och etapp 1 som hade en kortare väntetid på i snitt 5 veckor. En split plot 2x2 ANOVA avslöjade inga signifikanta skillnader i behandlingsutfall på något instrument för de båda grupperna. Effekterna var generellt små.

## **Övriga resultat**

### **Kliniska signifikanser**

Beräkningar av kliniskt signifikanta förbättringar gjordes. På instrumenten som mäter ätstörningsrelaterade attityder nådde som mest 33% av de deltagare som vid behandlingens förmätning befann sig på den dysfunktionella ("sjuka") sidan kliniskt signifikant förbättring. Inom EDE-Q nådde 19% klinisk förbättring på delskalan "Återhållsamhet" medan övriga delskalor hade lägre resultat. På attitydmåtten inom EDI och BSQ uppvisade 14-33% kliniska förbättringar. På personlighetsvariablerna inom EDI var den kliniska förbättringen som mest 8% vilket gällde delskalan "Störd interoceptiv medvetenhet". Livskvalitetsmått QOLI och SWLS skilde sig åt, 18% av deltagarna uppnådde kliniskt signifikant förbättring på SWLS och 9% på QOLI. Även inom måtten på självkänsla skilde sig instrumenten åt där deltagarna uppnådde högre klinisk förbättring på RSE än på SCQ. Depressionsmättet MADRS visade att 29% av de deltagare som var deprimerade vid behandlingens förmätning inte längre var det vid behandlingens slut.

I de flesta fall har normer för instrumenten använts vid uträkningarna (EDE-Q: Mond et al., 2004; EDI: Nevonen & Broberg, 2001; BSQ: Ghaderi & Scott, 2004; SCQ: Ghaderi, 2005). För resterande instrument har instrumentens kliniska gränser istället använts vid uträkningarna (SWLS: Pavot & Diener, 1993; QOLI: Frisch et al., 1992; RSE: Pastore et al., 1996; MADRS: Svanborg & Ekselius, 2003). Tabell 13 sammanfattar kliniskt signifikanta förbättringar på respektive instrument.

Tabell 13. Kliniskt signifikanta förbättringar. Andel deltagare som vid behandlingens förmätning befann sig på den dysfunktionella ("sjuka") sidan om gränsen för klinisk signifikant förbättring och som vid eftermätningen uppvisade pålitlig förändring över till den funktionella ("friska") sidan.

Variabler	Andel förbättrade	
<b>Attitydvariabler</b>		
EDE-Q		
Återhållsamhet	4/21	19%
Bekymmer över ätande	3/28	11%
Upptagenhet vid figur	0/28	0%
Upptagenhet vid vikt	0/21	0%
Total	3/28	11%
<b>EDI 1-3</b>		
Viktfofi	7/28	25%
Bulimi	10/30	33%
Missnöje med kroppen	4/28	14%
BSQ	8/29	28%
<b>Personlighetsvariabler</b>		
EDI 4-7		
Låg självkänsla	1/21	5%
Perfektionism	1/18	6%
Interpersonell misstro	0/19	0%
Störd interoceptiv medvetenhet	2/25	8%
<b>Generella variabler</b>		
Livskvalitet		
SWLS	3/17	18%
QOLI	2/23	9%
Självkänsla		
SCQ	2/27	7%
RSE	3/22	14%
Depression		
MADRS	6/21	29%

## **Diskussion**

Vår studie hade som syfte att undersöka om en självhjälpsbehandling med Internetstöd hade effekt på ätstörningsrelaterade och generella variabler, om ett ACT-tillägg gav ytterligare effekt samt huruvida behandlingsresultatet skilde sig åt beroende på hur länge man fått vänta på behandlingen.

Resultaten visar att behandlingen hade positiv effekt på i stort sett alla variabler. Någon ytterligare effekt med ACT-tillägget kunde inte skönjas, dock hittades en sådan då behandlingsgruppen lades ihop med en tidigare etapp av samma behandling för att få ökad power. Det fanns ingen skillnad i behandlingsutfall beroende av väntetid.

Frågeställningarna diskuteras nu mer ingående, sedan följer diskussion av metod och av implikationer inför framtiden.

### ***Resultatdiskussion***

#### **Beteende-, attityd- och personlighetsvariabler**

Vår första frågeställning löd: Är självhjälp i kombination med terapeutstöd via e-post och Internetbaserat diskussionsforum en effektiv behandling vid full/subtröskel BN respektive BED vad gäller förändring i beteende-, attityd- och personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?

Utifrån våra resultat svarar vi ja på den första frågeställningen. På de allra flesta instrument som mäter beteende-, attityd- och personlighetsvariabler fanns en signifikant förbättring med måttliga till stora effekter efter genomgången behandling. Det innebär att behandlingen lyckades påverka många av de faktorer som anses vara vidmakthållande vid BN och BED. En tredjedel av deltagarna (31% av alla, 32% av fullföljarna) var vid behandlingens slut symptomfria och uppfyllde därmed inte längre diagnos eller tröskeldiagnos för BN eller BED. Med symptomfri har vi menat full abstinens från OBE, SBE och självrensande beteenden under de senaste fyra veckorna. Hur symptomfrihet redovisas i ätstörningsforskning varierar mellan olika studier vad gäller antal veckors abstinens och även vilken typ av hetsätningsepisod (OBE/SBE) abstinensen beräknas på (Olmsted, Kaplan, & Rockert, 2005). De resultat Fairburn menar att traditionell KBT-behandling vid BN brukar ge är 40-50% symptomfria av dem som fullföljer behandlingen (Fairburn et al., 2003), men då avses abstinens från OBE (inte SBE) och självrensande. Att bedöma svårighetsgraden av ätstörningen utifrån vilken mängd mat man äter vid en hetsätning, har ifrågasatts (Fairburn &

Wilson, 1993) och i linje med detta inkluderades personer med subtröskeldiagnos i studien, vilka i vissa fall mer kännetecknas av SBE än OBE, varför vi för symptomfrihet kräver även frånvaro av SBE. Att sätten att redovisa behandlingsresultat varierar mellan olika studier gör att det blir svårare att jämföra dessa resultat. Om vi skulle använda frånvaro av OBE och självrensande som kriterium för symptomfrihet, skulle siffran istället bli 36% symptomfrihet för dem som fullföljde behandlingen, vilket är något mindre än ovan nämnda av Fairburn uppskattade snitt. Ytterligare ett sätt att presentera behandlingsresultat på vad gäller ätstörningsspecifika beteenden, är att ange hur mycket gruppens medelantal har minskat angivet i procent. I en studie av Ghaderi och Scott (2003) där samma självhjälpsbok användes som i föreliggande studie, minskade medelantalet OBE med 33%, SBE med 26% och självrensande med 17% för alla deltagare (ITT). Vårt resultat ligger högre då medelantalet OBE minskade med 47%, SBE med 60% och självrensande med 47%. Loeb et al. (2000) rapporterar en signifikant minskning med 62% av medelantalet OBE i sin självhjälpsstudie för främst BED-patienter och Grilo och Masheb (2005) rapporterar en minskning med 46%. Då vår studie även inkluderar BN-patienter är det inte helt rättvisande att jämföra med studier där endast BED-patienter ingått.

Bland de symptomfria fanns ingen med diagnosen BN, medan de andra diagnoserna och tröskeldiagnoserna var jämnt representerade. En förklaring till det kan vara att BN var den kategori som var minst representerad från början, med fem deltagare, varav två sedan inte fullföljde behandlingen. Studiens syfte var inte att jämföra behandlingsresultat mellan patienter med olika diagnoser och antalet patienter i varje diagnoskategori är dessutom för litet för att kunna dra några slutsatser av en jämförelse. Man kan spekulera i att anledningen till att patienter med BN inte fanns med bland de symptomfria är att denna grupp är den med svårast symptombild och därför har sämst förbättringsprognos (Fairburn et al., 2003).

De instrument det inte fanns någon signifikant förbättring på var EDE-Q:s delskala "Upptagenhet vid figur" samt på EDI:s delskala "Perfektionism". Den första av dessa variabler är en av de viktigare vidmakthållande faktorerna i KBT-modellen (se figur 1) och det är också en av de faktorer som Fairburn menar att man måste utveckla behandlingsmetoden för att komma åt. Vårt resultat ger stöd för detta resonemang. Den senare, "Perfektionism", är en av de faktorer som lagts till i den utökade KBT-modellen (se figur 2) och som för en del patienter kan spela en viktig vidmakthållande roll (Fairburn et al., 2003). Även här blir behandlingens tillkortakommande tydligt.



Trots att vi svarar ja på frågeställningen anser vi att behandlingens ”effektivitet” kan diskuteras. När man avgör om en behandling är effektiv kan man utöver statistiska analyser av förändringar på instrument även välja att titta på kliniskt signifikanta förbättringar. Generellt uppmättes få kliniska förbättringar på attityd- och personlighetsinstrumenten, störst andel klinisk förbättring uppmättes dock på EDI:s två delskalor ”Viktfofi” och ”Bulimi” samt på BSQ, där mellan en fjärdedel och en tredjedel förbättrades. Vi anser att en behandling inte kan räknas som fulländad med dessa sistnämnda resultat, men att behandlingen kan anses vara effektiv när detta definieras utifrån en svårbehandlad patientgrupp hos vilken förändring har visat sig vara svår att få till stånd.

### **Livskvalitet, självkänsla och depression**

Den andra frågeställningen löd: Är självhjälp i kombination med terapeutstöd via e-post och Internetbaserat diskussionsforum en effektiv behandling vid full/subtröskel BN respektive BED vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?

På de instrument som mäter dessa variabler förbättrades resultatet signifikant med stora effekter, vilket gör att svaret är ja. Låg livskvalitet, depression och låg självkänsla är kända komorbida symptom vid BN och BED. Behandlingen har haft god effekt på dessa generella variabler. Våra resultat ligger i linje med tidigare forskning som också visar på signifikant förbättring på generella variabler vid samma typ av självhjälpsbehandling (Ghaderi & Scott, 2003; Loeb et al., 2000; Carter & Fairburn, 1998).

Självkänsla har visat sig vara en faktor som i hög grad påverkar livskvaliteten hos personer med ätstörningar (de la Rie et al., 2005). Hög självkänsla är en av de faktorer som anses kunna vara predicerande för gott behandlingsutfall (Fairburn et al., 1993) medan låg självkänsla och därmed misstro till sin förmåga att förändra sitt beteende är en de faktorer som tros motverka förändring hos en del patienter (figur 2; Fairburn et al., 2003). Vi tror att det kan innebära att de deltagare vars självkänsla förbättrats av behandlingen därmed har ökat tron på sin förmåga att lyckas förändra sitt beteende. Det skulle kunna leda till bra förutsättningar att fortsätta förbättras efter avslutad behandling vad gäller mer ätstörningsrelaterade symptom. Även minskad grad av depression kan ge förutsättningar för vidare förbättring, då lägre grad av depression också gör att man lättare svarar på behandling (Agras & Crow et al., 2000).

Vad gäller kliniskt signifikanta förbättringar hade en tredjedel av dem som vid behandlingens start var deprimerade kliniskt förbättrats vid behandlingen slut, beträffande livskvalitet hade

inte lika många kliniskt förbättrats och detsamma för självkänsla. Utgår man från kliniskt signifikanta förbättringar är svaret på frågeställningen därmed inte lika entydigt ja. Återigen tyder det på att behandlingen inte är fulländad men effektiv.

## **Tillägg av ACT**

Den tredje frågeställningen löd: Leder tillägg av behandlingskomponenter ur ACT till bättre utfall vad gäller förändring i beteende, attityd- och personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar? Den fjärde löd: Leder tillägg av behandlingskomponenter ur ACT till bättre utfall vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?

Resultaten för dem som fick KBT jämfört med dem som även fick ett tillägg av ACT skilde sig inte signifikant åt vad gällde någon av dessa variabler. Eftersom vi endast jämförde de som fullföljde behandlingen blev det få deltagare i varje betingelse, vilket gav låg power och därmed liten möjlighet att upptäcka en eventuell skillnad dem emellan. Därför valde vi att slå ihop resultaten från etapp 2 med resultaten från etapp 1 för att jämföra behandlingsbetingelserna, vilket gav bättre power. På de instrument som mätte generella variabler fanns inga signifikanta skillnader, varför den fjärde frågeställningen besvaras nekande.

På de flesta instrument aktuella för frågeställning tre fanns inga signifikanta skillnader, men de skillnader i behandlingsutfall som upptäcktes var genomgående till KBTACT:s fördel. ACT-tillägget gav med stora effekter en signifikant större förbättring på EDE-Q:s delskala "Återhållsamhet" och på BSQ och tycks därmed alltså bättre komma åt graden av restriktion i ätande samt missnöje med kroppsstorlek och figur och upplevelsen av att känna sig tjock. Vidare gav ACT-tillägget bättre utfall på EDI:s "Viktfofi" och "Missnöje med kroppen" samt på EDE-Q "Total", dessa skillnader var dock inte signifikanta men p-värdet närmade sig gränsen för signifikans. Sammanfattningsvis fanns signifikanta och tendentiösa skillnader till KBTACT:s fördel på fem av de nio attitydinstrumenten.

KBTACT gav en större förbättring på EDI:s delskala "Perfektionism" än KBT, vilket är intressant eftersom etapp 2 generellt inte förbättrades på denna delskala. Effekten var måttlig, men då denna skillnad inte heller var signifikant utan tendentiös ska den tolkas varsamt. Perfektionism är en av de faktorer som nämns som svåra att komma åt i traditionell KBT och där nya grepp behövs (Fairburn et al., 2003), vilket gör det viktigt att ändå uppmärksamma denna skillnad.

Som nämnts är det intressant att de skillnader som framkom mellan behandlingsbetingelserna genomgående visade på ett bättre resultat för KBTACT. Få skillnader var dock signifikanta, vilket gör att frågeställning tre inte kan besvaras entydigt utan med ett försiktigt ”något”. Det har tidigare inte gjorts någon forskning på ACT-behandling vid BN eller BED och det har inte heller tidigare provats att plocka ur delar ur ACT som ett komplement till annan behandling, varför det är svårt att jämföra våra resultat med tidigare forskning. Det är vanskligt att spekulera kring varför och vad i ACT-tillägget som bidrog till att deltagarna i den betingelsen förbättrades mer.

### **Väntetidens inverkan**

Den femte frågeställningen löd: Leder väntan på behandling i ca 18 veckor jämfört med väntan i ca 5 veckor till skillnad i behandlingsutfall?

Behandlingsutfallet på etapp 2 skiljer sig inte på något signifikant sätt åt från utfallet på etapp 1. Detta gör att vi svarar nej på denna frågeställning. Det tycks inte spela någon roll för behandlingens utfall om man får vänta några månader längre. Detta går alltså emot tidigare framlagda resultat som visat att väntetid kan påverka huruvida man påbörjar en behandling eller ej (Bell & News, 2004) och även behandlingsutfall i och med att kort sjukdomstid innan behandling ger bättre prognos (Hay & Bacaltchuk, 2000). Det ska dock tas i beaktande att de deltagare som ingick i etapp 2 var informerade om när deras behandling skulle börja och de hade under väntetiden kontinuerligt kontakt med projektet genom att de gjorde veckomätningar, samt de större mätningarna före, i mitten och efter väntetiden. Den uteblivna skillnaden i behandlingsutfall beroende av väntetid ska därför generaliseras med försiktighet till andra typer av väntan på behandling. Det är vanligt att man får vänta på specialistbehandling inom psykiatri (Väntetider i Vården, 2005) och det är troligt att denna väntetid har flera olikheter med den som förelåg i denna studie. Det kan tänkas att ovisshet om när man ska få behandling skulle kunna inverka negativt, liksom frånvaro av kontinuerlig kontakt. En längre väntetid än vad som var fallet här vet vi inte heller något om.

Det fanns inga signifikanta skillnader från för- till eftermätning under väntetiden på några instrument. Det lidande som ätstörningen orsakade får antas ha varit oförändrat vilket innebär att det är viktigt att behandling sätts in så fort som möjligt. Däremot sjönk antalet OBE signifikant från screeningen till förmätningen. En anledning till detta kan vara att deltagarna under denna period genomgick den EDE-intervju där diagnos fastställdes för inkluderande i studien. Där fick de nämligen veta definitionen av en OBE och vad som skiljer en OBE från

en SBE, vilket kan ha gjort att de vid de efterföljande mätningarna rapporterade mer ”korrekta” uppgifter. Ytterligare en förklaring skulle kunna vara att bara det att veta att man ska få behandling gör att symptomen minskar. Att få uppmärksamhet och prata med någon om sina problem - flera av deltagarna hade aldrig tidigare berättat för någon om sina hetsätningar - skulle även det kunna ha bidragit till minskningen.

## **Avhopp**

Under behandlingens gång hoppade sju (22%) deltagare av behandlingen. Av dessa hade två diagnosen BN, en SBN, två BED och två SBED, vilket innebär att ingen diagnos var överrepresenterad hos avhopparna. Detta kan jämföras med tidigare forskning på självhjälpsbehandlingar vid BN och/eller BED där avhoppet har utgjort mellan 12 och 42% beroende på studie (Carter & Fairburn, 1998; Thiels et al., 1998; Loeb et al., 2000; Palmer et al., 2002; Carter et al., 2003; Ghaderi & Scott, 2003; Bailer et al., 2004; Grilo & Masheb, 2005). För etapp 1 i föreliggande forskningsprojekt utgjorde avhoppet 31% (Grebäck & Ljótsson, 2005a). Föreliggande studies avhopp ligger med andra ord i linje med tidigare studiers.

Det fanns inte några signifikanta skillnader mellan fullföljare och avhoppare på de centrala ätstörningsmåttin innan behandlingens start vilket visar att fullföljare och avhoppare inte hade uppenbart olika förutsättningar inför behandlingen. Över lag fanns inte heller skillnader i behandlingsresultat mellan dem som fullföljde respektive hoppade av behandlingen. På de huvudsakliga variablerna upptäcktes inga signifikanta skillnader förutom på livskvalitetsinstrumentet QOLI där fullföljare hade förbättrats i signifikant högre grad med stor effekt jämfört med avhoppare. Fullföljande av behandlingen tycks således ha påverkat den självupplevda livskvaliteten. Att det inte fanns någon signifikant skillnad på övriga instrument är anmärkningsvärt. Det är svårt att säga varför, men de deltagare som hoppade av gjorde det mellan vecka två och sju och en spekulation är att de i varierande utsträckning ändå satte igång med självhjälpsbehandlingen och att det är detta som givit resultaten.

## **Metoddiskussion**

### **Deltagare**

En studies externa validitet, d v s hur väl man kan generalisera resultaten, kan påverkas av en mängd olika faktorer som t ex urval. I föreliggande studie fick deltagarna själva anmäla sitt intresse för att delta i studien. Information om studien publicerades så brett som möjligt

med förhoppningen att så många som möjligt skulle få reda på dess existens. Vi vet dock inte hur många som faktiskt nåddes av informationen och inte heller hur eller om de som därefter gjorde screeningen skilde sig från den övriga populationen BN- och BED-patienter. Av dem som kallades till intervju föll 41 personer bort innan förmätningen till etapp 1:s behandling respektive etapp 2:s väntetid genomförts. Dessa personer skilde sig signifikant åt från dem som gjorde förmätningen och hade lägre BMI, lägre ålder och uppgav ett större antal träningstillfällen under de senaste fyra veckorna. Med tanke på hur bortfallet skilde sig åt från deltagarna kan man misstänka att det slutgiltiga urvalet hade bristande representativitet vad gällde unga personer med BN/BED, BN/BED-patienter med lägre BMI samt vad gällde personer som ägnar sig åt intensiv träning.

Det faktum att studien innefattar flera diagnoser, både BN- och BED-patienter inklusive personer med subtröskeldiagnoser, ökar den externa validiteten då det i högre utsträckning bör avspegla den kliniska verkligheten.

## **Design**

Den interna validiteten, d v s huruvida det är interventionen i sig som ger effekt, kontrolleras vanligtvis för genom användandet av en kontrollgrupp som inte får någon behandling vilket, inom psykoterapiforskning, brukar innebära att en grupp sätts på väntelista. Då deltagarna i föreliggande studie själva var kontrollgrupp till behandlingsetapp 1 fanns det med andra ord inte en regelrätt kontrollgrupp till dessa. Medan deltagarna i etapp 2 stod på väntelista genomförde de mätningar. Vid en analys av dessa data visade det sig att det inte fanns några signifikanta skillnader från för- till eftermätning under väntetiden. Designen gör att vi vet hur gruppen förändrats över tid utan intervention och gör att vi med större säkerhet kan anta att förändringarna under behandlingstiden härrör från behandlingen (Clark-Carter, 2004).

## **Procedur**

### *Administrering av testinstrument via Internet*

I studien användes många olika självskattningsinstrument för att försöka få en heltäckande bild av deltagarnas ätstörningsrelaterade och associerade symptom. Det finns naturligtvis en risk att självrapportering av beteende inte ger en korrekt bild av verkligheten. Vad gäller Internetadministrering av test har korrelationer med pappersversioner visat att de håller måttet (Carlbring et al., in press) och det fanns fördelar i och med att deltagarna kunde göra rapporteringen när de själva ville. Ytterligare en fördel var att vi direkt fick information om huruvida deltagarna gjort mätningarna och kunde vidta åtgärder om de inte hade det

(mejl/sms/telefonsamtal), vilket antagligen bidrog till att alla som påbörjade etapp 2 också gjorde eftermätningen. En risk med användande av Internet generellt, är naturligtvis att man inte har någon garanti för att det är rätt person som är avsändare. Vi bedömer dock denna risk som mycket liten i föreliggande behandling.

### *Behandlingen*

Att studien administrerades, och att även stödet gavs, via Internet gjorde att deltagandet inte begränsades geografiskt eller tidsmässigt. Hur mycket och hur varje deltagare arbetade med självhjälsprogrammet är svårt att säga. Det ligger i en självhjälsbehandlings natur att individen ska arbeta med materialet i sin egen takt och på ett sätt som passar henne/honom. Det gör naturligtvis också att det bidrar till frågetecken runt behandlingens validitet, vi kan inte med säkerhet veta att det är just behandlingen som givit förändringen på utfallsmåtten.

Det stod varje deltagare fritt att välja i vilken utsträckning hon/han utnyttjade det Internetbaserade diskussionsforumet. Det var fullt möjligt att använda det endast för att läsa andras inlägg, vilket då inte gick att se. Diskussionsforumen i de två betingelserna sågs främst som ett stöd som kunde användas vid önskan, även om deltagarna uppmanades att göra det. Vår uppfattning är att diskussionsforumen utnyttjades i mycket varierande utsträckning av deltagarna och också uppfattades på mycket olika sätt. Vårt intryck är att en ganska stor del såg forumet som ett stort stöd i att följa självhjälsprogrammet, framför allt i början. En mindre grupp verkade inte tycka att det inte gav något eller upplevde det som stressande att veta var i programmet andra befann sig. Diskussionsforumen har inte analyserats närmare i denna uppsats eftersom det låg utom ramen för syftet.

Vad gäller e-postkontakten mellan deltagare och behandlare har inte heller denna analyserats närmare. Den instruktion deltagarna fick var att mejla sin behandlare en gång i veckan, men e-postkontakten varierade i hög grad mellan deltagarna, både vad gäller antal mejl och mejlens innehåll och längd. Inga beräkningar har gjorts på de veckomätningar deltagarna gjorde under behandlingen, men de gjorde att vi fick en indikation på om de arbetade med behandlingen och har i viss mån vägts in i bedömningen av fullföljande av behandlingen eller inte.

Det har visat sig att behandlingsresultat påverkas mer av huruvida man arbetar aktivt under hela behandlingen snarare än av hur långt man under denna tid kommer i behandlingsprogrammet (Ghaderi & Scott, 2003; Thiels et al., 2001; Carlbring, Nilsson-Ihrfelt et al., 2005). Mot bakgrund av detta räknades de deltagare som arbetade med självhjälsbehandlingen minst 75% av de 12 veckorna som fullföljare oavsett vilket steg de

hunnit till. Detta är också anledningen till att det stöd som gavs i vår behandling inte syftade till att försöka få deltagarna att gå igenom så många steg som möjligt under de 12 veckorna, utan istället betonade att deltagarna skulle genomgå stegen i sin egen takt. Alla fullföljare hann också arbeta med steg 2 vilket anses vara det viktigaste steget (Fairburn, 1995) och 84% hann längre än så. Vi har dock inte analyserat hur antal genomförda steg påverkade behandlingsutfallet, eftersom det låg utanför uppsatsens frågeställningar.

### *Stödets omfattning och karaktär*

I tidigare studier har korta träffar (ca 20 minuter) med en behandlare utgjort stöd vid självhjälpsbehandling (Ghaderi & Scott, 2003; Carter & Fairburn, 1998; Loeb et al., 2000). Eftersom våra resultat generellt går i linje med dessa studiers, verkar Internetstöd vara en likvärdig stödform.

Den ideala omfattningen och utformningen av stöd vid självhjälpsbehandling kan diskuteras. Tidigare forskning har visat att stöd bidrar till bättre effekt än inget stöd vid självhjälpsbehandling (Carter & Fairburn, 1998; Loeb, et al., 2000). Celio et al. (2002) har visat att ökat stöd ger ökat deltagande i behandling och man kan spekulera i att en utökning av omfattningen av stödet i föreliggande studie, t ex genom att mejlkontakten mellan behandlare och deltagare förtätades, skulle kunna ge fler fullföljare. Detta skulle dock innebära betydligt större arbetsinsats från behandlarna och andra studier visar att det inte nödvändigtvis ger bättre resultat (Ghaderi & Scott, 2003). Något som talar för att inte utöka stödet är att det skulle tänja gränserna för vad som kan kallas självhjälpsbehandling. Denna behandlingstyp är tänkt att användas som det första steget i en stegvis behandling där de som klarar sig med lite stöd stannar här medan de som behöver mer omfattande stöd ska kunna gå vidare till traditionell KBT-behandling eller något mellanting.

### **Statistiska analyser**

Att använda sig av ITT-analyser anses vara ett sätt att öka den externa validiteten av behandlingsresultaten. I föreliggande studie har dock avsteg från ITT gjorts då två personer som hoppade av behandlingen under tiden de stod på väntelista inte räknades med i de statistiska analyserna av behandlingsresultaten av etapp 2. Man skulle kunna ha använt sig av metoden last observation carried forward (LOCF) då det sista mätvärdet flyttas fram till efterföljande mättillfällen, men eftersom de valde att hoppa av under ett mycket tidigt skede – inte ens halvvägs in på väntetiden – ansåg vi att det inte var nödvändigt att räkna med dem i

analyserna eftersom de på inget sätt deltagit i behandlingen. Sannolikt hade slutsatserna dock varit något säkrare om dessa två personer hade innefattats i analyserna.

Att enbart använda sig av ITT-analyser har kritiserats eftersom det riskerar att man missar att upptäcka vilka eventuella effekter en behandling egentligen har (Whitney, 2001). För att möta denna kritik räknades kliniska signifikanser ut samt genomfördes analyser av fullföljare. Genom att kombinera dessa olika sorters analyser anser vi att resultaten på ett bra sätt visar hur effektiv behandlingen var på gruppnivå.

Vid jämförelsen av behandlingsbetingelserna KBT och KBTACT användes enbart analyser av fullföljare. Anledningen till detta var att vi ville se vilka eventuella effekter just ACT-tillägget gav vilket är lättare att upptäcka bland dem som fullföljt behandlingen.

Vid de statistiska analyserna har inte resultaten från mittenmätningen använts. Syftet med studien var att undersöka huruvida denna behandling var effektiv vid BN/BED. Om syftet hade varit att studera behandlingsprocessen, d v s om frågeställningarna hade handlat om var i behandlingen olika förändringar sker, hade resultaten från mittenmätning använts. Det finns många olika sätt att analysera data på, men utifrån syftet med föreliggande studie och dess frågeställningar bedömde vi att det var lämpligast att använda oss av resultaten från för- och eftermätningarna.

### ***Implikationer för framtida klinisk verksamhet och forskning***

Föreliggande studies resultat har betydelse för behandling vid ätstörningar som full/subtröskel BN respektive BED i och med att den utgör ytterligare underlag för att självhjälpsbehandling med stöd är en effektiv intervention. Självhjälpsbehandling med Internetstöd ger goda resultat, i föreliggande studie blev en tredjedel hjälpta så pass väl att de inte längre hade några symptom av överätning eller självrensande. Detta gör att denna typ av behandling på allvar bör beaktas som ett första steg i en stegvis behandling.

I nuläget får man på många håll vänta på behandling inom psykiatrin. Som ett alternativ till väntetid skulle en första hjälp kunna sättas in direkt i form av självhjälpsbehandling med Internetstöd. Det finns många anledningar till att testa en stödform som stöd via Internet. Dels är den varken geografiskt eller tidsmässigt bunden och dels är den inte beroende av en viss behandlare. Den kanske främsta anledningen är dock att det i dagsläget inte finns adekvat behandling för ätstörningar att tillgå överallt. Ytterligare en anledning är att denna typ av stöd vid självhjälp antagligen tilltalar den växande del av befolkningen som i allt större utsträckning är dator- och Internetvana. I dagens samhälle är det också en fördel att kunna ta



del av stöd närhelst och varhelst det passar den enskilda individen. Behandlingen kan dessutom vara mer kostnadseffektiv än traditionell KBT då den bl a kräver mindre arbetsinsats från terapeuten. Vidare kan det finnas personer som tycker att det är lättare att uttrycka sig i skrift och att inte behöva ha kontakt öga mot öga. En ytterligare vinst med att framgångsrikt kunna behandla en grupp patienter med små resurser är att resurserna då kan användas för att effektivisera behandlingen för de patienter som idag inte blir hjälpta av traditionell KBT-behandling.

Framtida forskning bör fokusera på vad i behandlingen som är effektivt och vad som kan läggas till för att den ska effektiviseras och nå de individer som idag inte blir hjälpta. Att i föreliggande studie ha ett ACT-tillägg i den ena behandlingsbetingelsen var ett steg i denna riktning och det är intressant att konstatera att det gav en tilläggseffekt på vissa mått. Fortsatt forskning för att finna en effektiv behandling vid BN och BED är angelägen eftersom det finns en grupp patienter som inte blir hjälpta av någon form av behandling som finns idag. Detta är mycket viktigt, men det är också viktigt att utforma en effektiv behandling för de patienter som tvärtom klarar sig med mindre stöd. Dessa två saker går hand i hand eftersom en stegvis behandling innebär ett bättre användande av resurser och att fler blir hjälpta.

## Referenser

Agras, W. S. (1993). Short-term psychological treatments for binge eating. I C. G. Fairburn, & G. T. Wilson, (Red.) *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behaviour treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.

Agras, W. S., Walsh, M. D., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association, (2002). *Mini-D IV - Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson & M. Landqvist, övers.) Kristianstad: Pilgrim Press.

Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R., & Paulosky, C. A. (2004). Assessment of eating disorders: review and recommendations for clinical use. *Behavior Modification*, 28, 763-782.

Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 73-77.

Bacaltchuk, J., Trefiglio, R. P., de Oliveira, I. R., Hay, P., Lima, M. S., & Mari, J. J. (2000). Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 256-267.

Bacaltchuk, J., Trefiglio, R. P., de Oliveira, I. R., Lima, M. S., & Mari, J. J. (1999). Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 24, 23-31.

Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N., Hornik, K., & Kasper, S. (2004). Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 522-537.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Becker, L. A. (1999). Statistical and clinical significance. Hämtad 2005-10-26 från: <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/clinsig.htm>

Bell, L., & Newns, K. (2004). What factors influence failure to engage in a supervised self-help programme for bulimia nervosa and binge eating disorder? *European Eating Disorders Review*, 12, 178-183.

Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L-G, & Andersson, G. (In press). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*.

Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (In press). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1321-1333.

Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, *32*, 751-764.

Carril, N. B., Williams, C. J., Carril, M. G. P., Reid, Y., Murray, K., Aubin, S., Harkin, P. J. R., Treasure, J., & Schmidt, U. (2004). A preliminary investigation into the feasibility and efficacy of a CD-ROM-based cognitive-behavioral self-help intervention for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *35*, 538-548.

Carter, J. C., Aimé, A. A., & Mills, J. S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders*, *30*, 187-192.

Carter, J. C., & Fairburn, C. G. (1998). Cognitive-behavioral self help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 616-623.

Carter, J. C., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., McCabe, R. F., Mills, J. S., & Aimé, A. (2003). Self help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 973-978.

Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Dev, P., & Taylor, B. C. (2002). Improving compliance in on-line, structured self-help programs: evaluation of an eating disorder prevention program. *Journal of Psychiatric Practice*, *8*, 14-20.

Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research - a student's handbook*. New York: Psychology Press.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 485-494.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.

Dowson, J., & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, *102*, 263-271.

- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1999). *Guided self-help for bulimia nervosa. Therapist's manual*. University of Oxford, Oxford, UK.
- Fairburn, C. G. (2003). *Att övervinna hetsätning. Ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram*. (A. Ghaderi & B. Scott, övers.). Riga: Cura.
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2322-2324.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorders NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 691-701.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. (12<sup>th</sup> ed). I C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Red.) *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 425-432.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*, 407-416.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. I C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Red.) *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Welch, H. A., Doll, B. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 509-517.
- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (1993). Binge eating: definition and classification. I C. G. Fairburn, & G. T. Wilson, (Red.) *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Gnutzmann, A. (1998). Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 285-405.

Frisch, M. B., Cornell, J., & Villanueva, M. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: a measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment, 4*, 92-101.

Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2 professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-34.

Ghaderi, A. (2005). Psychometric properties of the Swedish version of Self-concept Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 139-146.

Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 122-130.

Ghaderi, A., & Scott, B. (2002). The preliminary reliability and validity of the Survey for Eating Disorders (SEDs): a self-report questionnaire for diagnosing eating disorders. *European Eating Disorders Review, 10*, 61-76.

Ghaderi, A., & Scott, B. (2003). Pure and guided self-help for full and sub-threshold bulimia nervosa and binge eating disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 257-269.

Ghaderi, A., & Scott, B. (2004). The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology, 45*, 319-324.

Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review, 13*, 169-186.

Grebäck, N., & Ljótsson, B. (2005a). *Självhjälp vid bulimia nervosa och hetsättningsstörning. En randomiserad kontrollerad studie av Internetstöd och tillägg av ACT-komponenter*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Grebäck, N., & Ljótsson, B. (2005b). *Hjälp till självhjälp vid hetsätning*. Opublicerat självhjälpsmaterial, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1509-1525.

Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2001). Different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder: A replication. *Obesity Research, 9*, 418-422.

Götestam, R. A., & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders among females aged 18-30 in the general population. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 119-126.

- Hay, P. J., & Bacaltchuk, J. (2000). Bulimia nervosa. Clinical evidence. *British Medical Journal*, *323*, 33-37.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory, a post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*, 35-54.
- Hayes, S. C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 243-247.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy - an experiential approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Kordy, H. (2005). Counting the COST: A European collaboration on the efficiency of psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *13*, 153-158.
- Lent, R. W. (1983). Perceptions of credibility of treatment and placebo by treated and quasi-control subjects. *Psychological Reports*, *52*, 383-386.
- Loeb, K. L., Pike, K. M., Walsh, B. T., & Wilson, G. T. (1994). Assessment of diagnostic features of bulimia nervosa: Interview versus self-report format. *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 75-81.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Gilbert, J. S., & Labouvie E. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 259-272.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, *8*, 198-216.
- Mazumdar, S., Liu, K. S., Houck, P. R., & Reynolds III, C. F. (1999). Intent-to-treat analysis for longitudinal clinical trials: coping with the challenge of missing values. *Journal of Psychiatric Research*, *33*, 87-95.
- MHSIP Report Card. (1996). The Rosenberg Self-Esteem Scale. Hämtad 2005-10-25 från: <http://www.mhsip.org/reportcard/rosenberg.PDF>
- Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. I Fairburn, C. G. & Wilson, T. (Red.) *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 551-567.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Nevonen, L., & Broberg, A. G. (2001). Validating the eating disorder inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *Eating Weight Disorders*, 6, 59-67.
- Nollett, C. L., & Button, E. J. (2005). Questionnaire measures of psychopathology in eating disorders: Comparisons between clinical groups. *European Eating Disorders Review*, 13, 211-215.
- Norrington, C., & Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Rockert, W. (2005). Defining remission and relapse in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 1-6.
- Palmer, R., Birchall, H., McGrain, L., & Sullivan, V. (2002). Selfhelp for bulimic disorders: a randomized controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *British Journal of Psychiatry*, 181, 230-235.
- Pastore, D. R., Fisher, M., & Friedman, S. B. (1996) Abnormalities in weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *Journal of Adolescent Health*, 18, 312-319.
- Paunovic, N., & Öst, L-G. (2004). Clinical validation of the Swedish version of the quality of life inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder and a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 15-21.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engbloom, S., Nugent, S., Pederson Mussell, M., Crow, S. J., & Thuras, P. (2001). Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 363-374.
- Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engbloom, S., Nugent, S., Pederson Mussell, M., & Miller, J. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 125-136.
- Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive Behavioral Therapy*, 32, 125-135.
- de la Rie, S. M., Noordenbos, G., & van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1511-1522.
- Rizvi, S. L., Peterson, C. B., Crow, S. J., & Agras W. S. (2000). Test-retest reliability of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 311-316.

- Robinson, P. H., & Serfaty, M. A. (2001). The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9, 182-193.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-519.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Shafran, R. (2002). Eating disorders and the Internet. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.
- SPSS 12.0 for Windows. (2005).
- Svanborg, P., & Ekselius, L. (2003). Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 291-296.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.
- Thiels, C., Phil, M., Schmidt, U., Treasure, J., Garthe, R., & Troop, N. (1998). Guided self-change for bulimia nervosa incorporation use of a self-care manual. *American Journal of Psychiatry*, 155, 947-953.
- Thiels, C., Schmidt, U., Troop, N., Treasure, J., & Garthe, R. (2001). Compliance with a self-care manual in guided self-change for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 9, 255-262.
- Turner, H., & Bryant-Waugh, R. (2004). Eating disorders not otherwise specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*, 12, 18-26.
- Väntetider i vården* (2005). Information hämtad 2005-10-24 från <http://sas.skl.se/>
- Weaver, J. F. (1998). Treatment credibility and the outcome of psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58.
- Wells, A., Garvin, V., Dohm, F-A., & Striegel-Moore, R. (1996). Telephone-based guided self-help for binge eating disorder: a feasibility study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 341-346.
- Whitney, J. D. (2001). Using intent-to-treat analysis in clinical studies. *Journal of WOCN*, 28, 267-269.



Wilfley, D. E., Robinson Welch, R., Stein, R. I., Borman Spurrell, E., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Zoler Douchis, J., Frank, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 713-721.

Wilson G. T., & Pike, K. M. (2001). Eating disorders. I D. H. Barlow, (Red.) *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.

Wolff, G. E., & Clark, M. M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder, a clinical study. *Eating Behaviors*, *2*, 97-104.

Zabinski, M. F., Celio, A. A., Jacobs, M. J., Manwaring, J., & Wilfley, E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *11*, 183-197.

## Bilaga A: Treatment Credibility-frågor

Dessa frågor ställs kontinuerligt till personer som deltar i denna typ av projekt. De är inte avsedda att ge en bedömning av terapeuten utan det är dina åsikter om den behandlingsmetod som vi kommer att använda som vi är intresserade av.

1. Hur logisk tycker du att den här typen av behandling verkar utifrån den begränsade information du har om den nu?  
1 (inte alls logisk) – 10 (mycket logisk)
2. Hur säker är du på att den här metoden kommer att vara framgångsrik i behandlingen av dina ätproblem?  
1 (inte alls säker) – 10 (mycket säker)
3. Med vilken grad av tillit skulle du rekommendera den här behandlingsmetoden till en vän med samma typ av problem som du har?  
1 (inte alls tillitsfull) – 10 (mycket tillitsfull)
4. Hur framgångsrik tror du att denna behandling skulle vara i behandling av andra likartade problem?  
1 (inte alls framgångsrik) – 10 (mycket framgångsrik)
5. Hur förbättrad förväntar du dig att bli av den här behandlingen?  
1 (inte alls förbättrad) – 10 (mycket förbättrad)

## Bilaga B: Veckomättningsfrågor

Frågorna 1-17 skattades mellan 0 och 10.

0 = Inte alls, 2 = Lite grand, 4 = Måttligt, 6 = En hel del, 8 = Mycket, 10 = Våldigt mycket

Under de senaste 7 dagarna, hur mycket har du besvärats (känt) av:

- (1) Nedstämdhet
- (2) Ångest
- (3) Sömnsvårigheter
- (4) Stress
- (5) Svårigheter att äta med andra
- (6) Obehag inför planerade måltider
- (7) Obehag eller oro efter maten
- (8) Att känna mig för tjock
- (9) Att tycka illa om min kropp
- (10) Att vara lättirriterad

Jag har under de senaste 7 dagarna:

- (11) Tänkt ständigt på mat
- (12) Varit rädd för att gå upp i vikt
- (13) Försökt banta
- (14) Tänkt på kropp och vikt
- (15) Planerat dagarna utifrån tankar och känslor rörande mitt ätande
- (16) Störts av tankar på mat
- (17a) Avstått aktiviteter på grund av mina tankar och känslor rörande mat
- (17b) Varit motiverad att fortsätta arbetet med behandlingen

Under de senaste 7 dagarna, hur många gånger har du:

- (18) hetsätit: (...) gånger
- (19) kräkts: (...) gånger
- (20a) använt laxermedel: (...) gånger
- (20b) typ av laxermedel: (...)
- (20c) antal (totalt): (...) doser

- (21a) använt vätskedrivande medel: (...) gånger
- (21b) typ av medel: (...)
- (21c) antal (totalt): (...) doser
- (22a) motionerat mycket och intensivt: (...) gånger
- (22b) typ av träning: (...)
- (22c) minuter per gång: (...) minuter

Om självhjälsprogrammet:

- (23) I vilket steg av programmet är du nu?
- (24) Hur mycket tycker du att programmet hjälper hittills? (Inte alls, Lite grand, Måttligt, En hel del, Mycket, Väldigt mycket)
- (25) Hur väl har du kunnat följa programmet? (Inte alls, sådär, Rätt bra, Bra, Mycket bra, Helt och hållet)
- (26) Vad i programmet, hittills, tycker du har hjälpt dig bäst? (...)
- (27) Hur mycket tid i timmar har du lagt ned på programmet (läsning, diskussionsforum, uppgifter, mailkontakt)? (Inte alls, 0-1 timme, 1-2, 2-3, 3-4, 4-5, 5-10, Över 10 timmar)

## **Bilaga C: Hemuppgifter till teoridelen och de sex stegen**

### *Teoridelen*

#### **ALLA**

Gå in på forumet och gör ett inlägg i avdelningen ”Teoridelen”. Dela med dig av din läsupplevelse. Vad tycker du om det som stod i boken? Gör ett kort eller långt inlägg, fråga eller kommentera. Känner du igen dig? Har man missat något som du funderar över? Fanns det något som förvånade dig? Vad var nytt och givande i faktadelen? Fanns det något som var svårt att förstå eller ta till sig? Fanns det något som inte alls gick ihop med de tankar och föreställningar du har eller det du har hört/läst tidigare?

#### **KBTACT**

I häftet presenteras några tankar om mänskligt lidande, inre och yttre kontroll och vårt språk. Vissa av dessa tankar är kanske nya för dig. Skriv ett inlägg på forumet i avdelningen ”Häftet” där du frågar om/reflekterar kring/ifrågasätter häftets innehåll.

### *Steg 1*

#### **ALLA**

Nu ska du börja med steg 1 i behandlingen. Det går ut på att du ska registrera dina ätmönster och är ett viktigt första steg mot att kunna börja förändra dem, vilket du ska börja arbeta med först i steg 2. Läs noggrant igenom introduktionen till självhjälpsprogrammet (s 161-173) och hela steg 1 (s 174-188) och följ alla anvisningar. Här får du också några uppgifter av mig, så att jag ska kunna följa hur det går för dig och ge dig feedback!

#### **KBT**

(1) Läs igenom s 162-165 samt 169 och fundera över vilka dina mål med behandlingen är. Det är viktigt att du ställer upp konkreta mål för den här behandlingen. Utan tydliga mål ökar risken att du tappar bort dig på vägen och undrar varför du överhuvudtaget lägger så mycket ansträngning på något såhär tidskrävande och jobbigt. Skriv ner ditt svar på följande frågor och mejla till mig.

Om jag slutar hetsäta:

Hur kommer mina känslor mot mig själv att bli bättre?

Hur kommer det att förbättra min livskvalitet?

Hur kommer jag att bli friskare kroppsligen?

Hur kommer andra att ha nytta av det?

#### **KBTACT**

(1) Läs igenom s 162-165 samt 169 i boken och avsnittet om mål och värderingar i häftet på s 5-7. Fundera över vilka dina mål med behandlingen är. Det är viktigt att du ställer upp konkreta mål för den här behandlingen. Utan tydliga mål ökar risken att du tappar bort dig på vägen och undrar varför du överhuvudtaget lägger så mycket ansträngning på något såhär tidskrävande och jobbigt. Fyll i formuläret "Vad har jag för mål med behandlingen" (instruktioner i häftet, ladda ner formuläret från hemsidan) och skicka en kopia till mig.

#### **ALLA**

(2) Fyll i observationslistan (finns på hemsidan, ladda först ner den på din hårddisk innan du fyller i den) för en dag och maila den till mig så att jag kan ge feedback på hur du använder

den.

(3) Gå in på forumet. Ta reda på hur andra i gruppen lyckas med observationerna. Kom med tips eller be om hjälp!

Kom ihåg att boka in "utvärderingssessioner" med dig själv (s 182-185). Det är viktigt eftersom du då har koll på att du verkligen följer steg 1. Du kommer att ha två utvärderingssessioner med dig själv per vecka. Låt en av dem infalla då du gör veckomätningen (söndag oftast). Vid det tillfället följer du instruktionerna på s 185-187 och fyller i sammanfattningsbladet (finns på hemsidan, ladda först ner den på din hårddisk innan du fyller i den), som du behåller själv. När du har gjort din veckomätning kommer du automatiskt att komma till ett likadant sammanfattningsblad som du också fyller i, så att jag kan se hur det går. Detta kommer också att kunna nås genom en länk på hemsidan.

Mejla mig på din kontaktdag och berätta hur det har gått. Berätta hur många av de dagar du följt steg 1 som varit "bra" (se s 185-187), så bestämmer vi tillsammans om det är dags att gå vidare eller inte. Det är viktigt att man har lärt sig att registrera innan man går vidare till nästa steg. Därför är det bättre att stanna upp här en vecka extra än att hasta vidare!

## *Steg 2*

### **ALLA**

Nu ska du börja följa steg 2 som har sin tyngdpunkt på att börja äta regelbundet. Läs noggrant igenom hela steg 2 och följ alla anvisningar (s 189-205). Det här steget är viktigt att du inför i din egen takt, om du har svårt att börja med allt på en gång så börja med den måltid / del av dagen som känns lättast. Det här steget är jobbigt och tar ofta flera veckor att lära sig att följa helt, men det är ett jätte viktigt steg mot att få ett normalt ätande utan hetsätning! Säkert kommer du att behöva repetera vad som står i boken flera gånger. Gå gärna också tillbaka till det du har läst tidigare. Kom ihåg att fortsätta med dina utvärderingssessioner 2 ggr/v, använd checklistan på s 202-204. Nedan följer några uppgifter till det här steget:

När du har följt steg 2 i några dagar gå in på forumet under "steg 2". Dela med dig av dina tips och idéer kring hur man gör för att följa steg 2! Vilka råd från boken fungerar bra för dig? Har du några egna tips som du kan dela med dig av för att stötta de andra? Mejla mig på din kontaktdag och berätta hur det går! Vad fungerar bra? Vad tycker du är svårt? Bifoga gärna 1-2 observationslistor!

### **KBTA CT**

Läs igenom hela häftet. Prova att göra den medvetna närvaro-övningen och börja gärna använda dig av den enligt instruktionerna i häftet!

Mejla mig på din kontaktdag och berätta hur det går med den medvetna närvaro-övningen!

## *Steg 3*

### **ALLA**

Steg 3 skulle man kunna säga innehåller sådant som hjälper dig att fortsätta med det arbete du har påbörjat i steg 2. Det går ut på att skapa alternativa aktiviteter som ersättning för hetsätning. Läs igenom steg 3 s 206-212 och följ noggrant alla anvisningar. Du ska fortsätta med de saker du har lärt dig i steg 1 och 2, att registrera och äta regelbundet. Kom ihåg att ha dina uppföljningssessioner och att använda checklistan på s 211!

När du mejlar mig på din kontaktdag bifoga din egen lista med alternativa aktiviteter. Berätta hur det har fungerat! Gå också in på forumet under steg 3 och dela gärna med dig av din lista!

### **KBTACTION**

Läs igenom avsnittet i häftet om inre och yttre kontroll på s 8-10. Ladda ner formuläret Funktionell analys från hemsidan och fyll i ett eller fler exempel på en analys av ditt beteende. Det kan vara ett gammalt ätbeteende eller ett nytt, alternativt, beteende. Skicka det till mig på din kontaktdag!

Läs s 22-23 om att ta kontroll över sitt liv i häftet. Hur upplever du att det du har läst fungerar när det gäller att motstå impulsen att hetsäta? Kan du acceptera att denna starka tanke/känsla finns och ändå göra något annat? Hur känns det att närma sig impulsen istället för att "ta bort" den? Diskutera det här på forumet under rubriken "häftet"!

### *Steg 4*

#### **ALLA**

Steg 4 är ytterligare ett redskap som kommer att hjälpa dig att fortsätta med allt du har tränat på hittills i behandlingen. Det handlar om att på ett effektivt sätt lösa de problem som brukar kunna leda till hetsätning. Läs igenom s 213-223 noggrant och följ alla anvisningar. Det du hittills lärt dig i steg 1-3 fortsätter du med precis som vanligt. När det är dags för veckomejl, vill jag att du ska skriva ner hur det gick vid ett tillfälle då du använde problemlösning på ett problem kopplat till hetsätning och skicka det till mig. Skriv i tur och ordning hur du följde punkt 1 till och med 6 samt din utvärdering av problemlösningen! Självklart skriver du också hur det går för övrigt och bifogar gärna en eller två observationslistor. Gå också in på forumet under "steg 4" och dela med dig av dina tips och tankar kring problemlösning! De sista sidorna av steg 4 i boken, s 224-225, ägnas åt en utvärdering. Den väntar vi med till nästa hemuppgift, så nu är det alltså fram till s 223 som gäller! Lycka till!

### **KBTACTION**

När man försöker lösa problem kan regler man har skapat för sig själv göra det svårt att komma på nya lösningar. Läs igenom avsnittet "Om språket och de regler vi skapar" på s 11-15 i häftet och fundera över vilka regler du har som kan göra det svårt att tänka i nya banor då du försöker lösa problem. Mejla mig på din kontaktdag och berätta vad du har kommit fram till! Gå även in på forumet och diskutera under "häftet".

### *Utvärderingen mellan steg 4 och 5*

#### **ALLA**

Läs igenom s 224-225. Fundera därefter *noggrant* på vilket av de tre utfallen som stämmer på dig.

Utfall 1: Fortsätt med steg 5.

Utfall 2: Detta stämmer endast om du verkligen följt programmet helt och fullt varje dag - du har alltså nästan 7 bra dagar varje vecka - och det ändå inte hjälper. Då bör du överväga att söka annan hjälp.

Utfall 3: Fundera igenom vad i steg 1-4 som du skulle kunna göra ännu bättre. Lista vilka de sakerna är, och jobba med dem under en eller flera veckor. Mejla mig så att jag vet vad du bestämt dig för att jobba extra med. Vi fortsätter med veckomejlen som vanligt, men avvaktar med steg 5 så länge. Utvärdera sedan igen för att se om du ska fortsätta till steg 5.

Mejla mig när du har gjort utvärderingen och berätta vad du kommit fram till!

### *Steg 5*

#### **ALLA**

Läs noggrant igenom s 226-234. I boken beskrivs tre olika typer av bantning samt andra former av undvikande.

- (1) Skriv en sammanfattning av hur det ser ut för just dig och mejla den till mig!
- (2) Gör utifrån instruktionerna i boken en plan för hur du ska ta itu med din form av bantning och undvikande. Tänk på att den ska vara stegvis, börja lätt och bli allt svårare. Mejla den till mig!
- (3) Diskutera på forumet hur man ska jobba med steg 5 på ett så bra sätt som möjligt! Dela gärna med dig av din plan om du vill.

#### **KBTACT**

Fundera också över vad i häftet du kan ha nytta av just nu.

### *Steg 6*

#### **ALLA**

Läs igenom s 235-241. Beskriv kortfattat skillnaden mellan bakslag och återfall och hur du kan använda den här kunskapen i ditt fortsatta arbete med dina ätproblem. Mejla det till mig!

Ta fram de mål med behandlingen du skrev ned tidigare. Gå in på forumet under ”steg 6” och diskutera utifrån detta: Vilka är dina förväntningar inför framtiden? Diskutera även vad som är realistiskt att förvänta sig!

#### **KBTACT**

Fundera över vad i häftet som känns extra viktigt för dig att ta med dig från den här behandlingen – dela med dig av detta på forumet under ”häftet”!