



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Vårterminen 2005

**Självhjälp vid bulimia nervosa och hetsätningstörning**  
*En randomiserad kontrollerad studie av internetstöd och tillägg av ACT-komponenter*

Niklas Grebäck & Brjánn Ljótsson

Handledare: Ata Ghaderi  
Biträdande handledare: Per Carlbring

Examinator: Timo Hursti

## **Tack till**

Ata och Per för tålamod och engagemang  
Kajsa och Carolina för att ni för facklan vidare  
JoAnne för att ha varit en sann inspirationskälla  
Timo, Emma och Anna för att de läser 99 sidor

Niklas vill också tacka:

Ruth och Björn som delfinansierat fem års studier, utan er ingen examen  
Sara som hejat på och varit allmänt underbar  
Linn, Caisa och Fanny som varit de bästa barn en studerande pappa kan önska sig  
Sixpack Holiday för en värld utan böcker men med musik  
ICA's nudlar

Brjánn tackar:

Mamma och pappa som alltid ställt upp  
Bror  
Vänner som gett av sin tid  
Dödsmetallen och hårdrocken och allt där emellan

och sist, men absolut inte minst, alla deltagare utan vars medverkan ingenting vore

## Sammanfattning

Det huvudsakliga syftet med denna randomiserade kontrollerade studie var att undersöka om KBT-självhjälp med stödkontakt via e-post är en effektiv behandling av hetsätningsstörning och bulimia nervosa. Syftet var även att undersöka om tillägg av komponenter ur acceptance and commitment therapy (ACT) ger förbättrade behandlingsresultat jämfört med endast KBT. Deltagarna ( $n = 69$ ) slumpades i betingelserna, kontrollgrupp ( $n = 34$ ) och behandlingsgrupp, vilken bestod av en KBT-grupp ( $n = 18$ ) och en KBT+ACT-grupp ( $n = 17$ ). Behandlingsgruppen genomgick en 12 veckor lång självhjälpsbehandling med stödkontakt via e-post och tillgång till ett internetforum. Analyser av behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen gjordes utifrån intent-to-treat och kliniskt signifikanta förbättringar. Dessa visade på goda resultat med 37 % symtomfria deltagare, medelstora till stora minskningar på ätstörningsrelaterade mått och stor nedgång i depression. Analyser av tillägget av ACT-komponenter gjordes på deltagare som fullföljde behandlingen och visade på medelstora effekter på ätstörningsrelaterade mått, med få signifikanta skillnader.

Slutsatsen av studien är att självhjälp med stödkontakt via e-post visar goda resultat, jämförbara med liknande studier där stöd erbjudits via personlig kontakt. Tillägget av ACT-komponenter har haft effekter, men vidare forskning är nödvändig för att se hur komponenterna kan administreras på optimalt sätt i självhjälpssammanhang.

Nyckelord: *bulimia nervosa, hetsätning, internet, självhjälp, kognitiv beteendeterapi, acceptance and commitment therapy, biblioterapi*

## Innehåll

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	6
Vad är en ätstörning?.....	6
Bulima Nervosa.....	6
Binge-Eating Disorder.....	7
Prevalens.....	8
Etiologi.....	8
Teori.....	9
Kognitiv beteendeterapi.....	9
Relational Frame Theory.....	11
Behandling.....	13
KBT.....	13
Acceptance and commitment therapy.....	14
Andra behandlingar.....	16
Alternativa administrationsformer.....	17
Självhjälp.....	17
Internet.....	19
Behovet av en förbättrad KBT-modell för behandling.....	19
Kognitionernas roll.....	20
En utveckling av administration och behandling.....	21
Studiens syfte och frågeställningar.....	22
Syfte.....	22
Frågeställningar.....	22
Metod.....	23
Design.....	23
Oberoende variabler.....	23
Beroende variabler.....	23
Deltagare.....	24
Urval.....	24
Bortfallsanalys.....	27
Beskrivning av deltagarna.....	28
Material.....	30
Fairburns självhjälpmanual.....	30
ACT-häfte.....	30
Survey for Eating Disorders (SEDs).....	31
Eating Disorders Examination (EDE).....	31
Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q).....	32
Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2).....	33
Body Shape Questionnaire (BSQ).....	35
Montgomery Åsberg Depression Scale Self-assesment (MADRS).....	35
Satisfaction with Life Scale (SWLS).....	36
Quality of Life Inventory (QOLI).....	37
Rosenbergs skala för självkänsla (RSE).....	38
Self-Concept Questionnaire (SCQ).....	38
Treatment Credibility.....	39
Veckomätning.....	39
Internetforum.....	40
Samtycke.....	40
Procedur.....	40

Rekrytering .....	40
EDE-intervjuer .....	40
Onlineadministration av testinstrument .....	41
Förberedelser .....	42
Behandlingen .....	42
Kontakt med behandlarna .....	43
Hemuppgifter .....	44
Internetforumen .....	44
Etiska överväganden .....	44
Statistiska analyser .....	45
Intent-to-treat-analys .....	45
Analysmetoder .....	46
Resultat .....	49
Behandlingsgrupp jämfört med kontrollgrupp .....	49
Intent-to-treat analyser .....	49
Completersanalyser .....	51
Kontroll av symtomskillnader mellan behandlings- och kontrollgrupp vid förmätning .....	53
KBT jämfört med KBTAC .....	54
Kontroll av symptom- och Treatment Credibility-skillnader mellan KBT och KBTAC vid förmätning .....	56
Kliniskt signifikanta förbättringar .....	58
Symtomfrihet .....	62
Skillnader mellan KBT och KBTAC avseende klinisk signifikans .....	62
Korrelation av SWLS och QOLI .....	62
Diskussion .....	63
Resultatdiskussion .....	63
Resultatsammanfattning .....	65
Diskussion av metod .....	70
Urval .....	70
Mätinstrument .....	71
Design .....	72
Statistisk analys .....	75
Framtida forskning .....	76
Referenser .....	79
Bilaga A: Beskrivning av EDI:s delskalor 1-7	
Bilaga B: Treatment Credibility-frågor	
Bilaga C: Veckomättningsfrågor	
Bilaga D: Hemuppgifter till teoridelen	
Bilaga E: Tolkningsguide för diagram av kliniskt signifikanta förbättringar	

## Inledning

### *Vad är en ätstörning?*

Begreppet ätstörning kan definieras som ”en ihållande störning av ätbeteende eller beteende som syftar till kontroll av vikt, som påtagligt försämrar fysisk hälsa samt psykosocial funktion. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd medicinsk eller annan psykiatrisk sjukdom” (Fairburn & Walsh, 2002). De två mest kända diagnoserna inom området, Anorexia Nervosa (AN) och Bulimia Nervosa (BN), uppfyller båda väl dessa kriterier. Det finns också en stor grupp individer som, trots att de inte möter kriterierna för AN respektive BN, ändå kan sägas lida av en ätstörning. Dessa är i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) samlade under diagnos 307.50, Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). Det finns två möjligheter att nå denna diagnos. Den första är att någon enstaka av diagnostiska karaktäristika saknas helt i en annars typisk bild, ibland kallat ”partiellt syndrom”, den andra att samtliga karaktäristika förekommer men i otillräcklig omfattning, vanligtvis benämnt ”subthreshold”. Under denna diagnos faller Binge-Eating Disorder (BED) vilken är överensstämmande med BN undantaget kompensatoriskt beteende.

### **Bulimia Nervosa**

Kännetecknande för BN är återkommande diskreta episoder av hetsätning vilka kan beskrivas som ätande av en, under rådande omständigheter, onormalt stor kvantitet mat under avgränsad tid, så kallade objektiva bulimiska episoder (OBE). Individen upplever både en mycket stark lust att äta och att ätandet är omöjligt att kontrollera när det väl börjat. Individen ägnar sig också regelbundet åt kompensatoriskt beteende i syfte att motverka viktökning. Sådant kan innefatta såväl självrensande beteende som självframkallad kräkning och missbruk av vätskedrivande och/eller laxermedel, men också fasta och intensiv motion. För att klassas som kompensatoriskt skall beteendet i huvudsak syfta till viktkontroll. Vanligt är också att ofrivillig abstinens från beteendet framkallar påtagligt obehag. En andra typ av bulimisk episod är den där individen upplever att ätandet är okontrollerat trots att ingen objektivt sett överdriven mängd mat konsumerats, så kallad subjektiv bulimisk episod (SBE). Karaktäristiskt för BN är den mycket starka kopplingen mellan vikt/figur och självbild, och en påtaglig rädsla för att gå upp i vikt.

Förutom det psykologiska lidande detta beteende innebär följer en rad fysiska konsekvenser (Pomeroy & Mitchell, 2002). Självrening kan leda till obalans i vätskekoncentration och hypokalemi. Detta kan utlösa hjärtarytmi vilket är en av de vanligaste dödsorsakerna i samband med ätstörningar. Det är inte ovanligt att barn till mödrar med ätstörningar uppvisar långsammare tillväxt än vad som är normalt och andelen missfall är i gruppen högre än genomsnittet. En mängd problem kopplade till matsmältningssystemet har rapporterats (kramper, diarré, förstoppning, blödningar) och det är vanligt att tänderna skadas genom exponering för magsyra. Störningar av mättnads- och hungerkänslor har konstaterats i samband med både BN- och BED-diagnos (Fassino, Pierò, Gramaglia, & Abbate-Daga, 2004), men det är oklart om dessa är effekter av eller orsaker till ätstörning.

### **Binge-Eating Disorder**

BED står inte som egen diagnos i DSM-IV utan återfinns dels som en kategori under EDNOS, dels i appendix B som en möjlig framtida diagnos. Som kategori under EDNOS beskrivs den som ”återkommande episoder av hetsätning i frånvaro av regelmässigt användande av det kompensatoriska beteende som kännetecknar bulimia nervosa”. De forskningskriterier som uppställs i appendix B innefattar:

- 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

Dessa kriterier är provisoriska i avvaktan på data som kan tala för eller emot BED som en specifik ätstörningsdiagnos (Fairburn & Walsh, 2002).

Att drabbas av BED innebär ett stort lidande för individen. Den undergrupp av individer med ätstörningar som är överviktiga utsätts ofta för diskriminering när de söker jobb eller sjukvård, och inom utbildningssystemet (Puhl & Brownell, 2002). Undersökningar

visar dessutom att överviktiga med diagnos BED upplever väsentligt lägre livskvalitet än överviktiga utan BED (Reiger, Wilfley, Stein, Marino, & Crow, 2005).

### **Prevalens**

Uppgifterna rörande prevalens av BN och BED är av olika anledningar knapphändiga. Ätstörningar av denna typ är relativt lätta att dölja för omgivningen och de flesta drabbade känner stor skam inför sitt beteende. Det leder till att få söker hjälp på egen hand och inte heller uppmanas att söka hjälp av andra.

Man uppskattar att livstidsprevalensen för en kvinna i Sverige är 1 % för BN vilket är liknande den för AN. Vad gäller EDNOS är det 25 % risk att någon gång under livstiden utveckla ätstörningsrelaterade problem inom vilka BED ryms. Ghaderi och Scott (2001) undersökte prevalens av ätstörningar definierade enligt DSM-IV i en grupp svenska kvinnor i åldrarna 20-32 år. Man fann att prevalens för ätstörningar totalt låg på cirka 3 %, av dessa stod BN/BED för cirka 2.5 %.

Vad gäller samhällskostnaderna så har överviktenheten vid Huddinge sjukhus tillsammans med Institutionen för nationalekonomi vid Uppsala universitet beräknat att dessa för AN ligger på cirka 4 000 000 per individ och livstid (Bergh & Södersten, 1998). För BN och BDE har ingen sådan beräkning gjorts men man kan anta att även den är relativt hög eftersom komorbiditeten mellan BN och depression såväl som ångestsyndrom är dokumenterat hög (Bulik, 2002).

### **Etiologi**

Det råder i dagsläget ingen konsensus inom forskarvärlden vad gäller orsakerna till vare sig utveckling eller vidmakthållande av BN och BED. Under det relativt korta tidsspänn på cirka 25 år (Vandereycken, 2002) under vilka dessa symtombilder studerats systematiskt har frågan om etiologi behandlats utifrån ett antal olika perspektiv vilka ofta varit kopplade till den för tiden rådande strömningen inom psykologin (Schmidt, 2002). Under 70-talet betonades familjens inverkan, på 80- och 90-talet framhölls trauma i barndomen som troligaste orsak och idag fokuseras mycket forskning på biologiska faktorer.

En annan omständighet som genererat stort intresse är att förekomsten av ätstörningar är kulturellt snedfördelad. De som drabbas är i huvudsak yngre kvinnor som lever i västvärlden. Detta har riktat blickarna mot kulturella faktorer som kvinnligt skönhetsideal och bilden av den smala människan som effektiv och framgångsrik.



Waller (2002) benämner alla dessa faktorer ”predisponerande”. Han menar att vida mer övertygande fakta rörande orsakerna till hetsätning står att finna i omedelbart utlösande faktorer (immediate triggers), det vill säga händelser som direkt föregår en episod av hetsätning. Av dessa tycks hunger och negativ affekt ha störst betydelse för utlösandet av en hetsätningsepisod.

Oavsett vad man än betraktar som huvudorsak står det dock klart att ätstörningarnas ursprung är multifaktoriellt och att dessa faktorer är såväl gemensamma inom gruppen personer med ätstörning som specifika för individen (Bulik, 2002).

### *Teori*

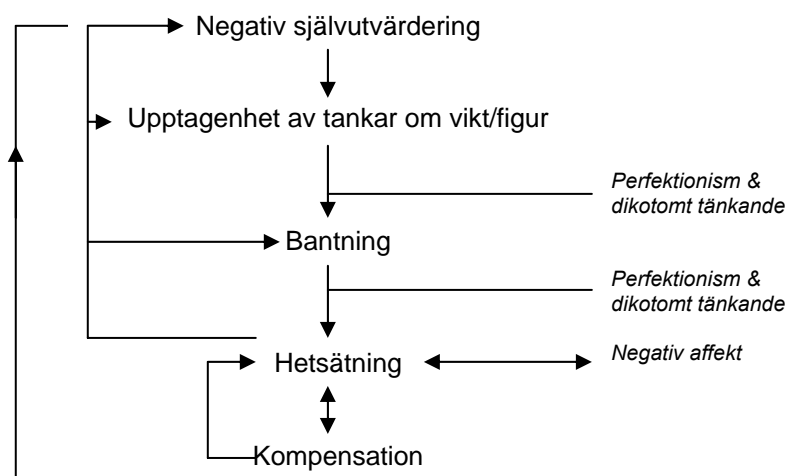
De teoretiska modeller som försöker förklara uppkomsten av BN och BED ser olika ut beroende på vilket perspektiv man har på deras respektive etiologi. Som exempel kan nämnas den forskning som pekar mot att ett flertal av de symtom som uppvisas vid BN korrelerar med fysiologiska förändringar vid periodvis extremt lågt kaloriintag (Laessle, Platte, Schweiger, & Pirke, 1996), familjens inverkan (Pike & Rodin, 1991), personlighet (Lilenfeld et al., 2000) och medias roll (Field et al., 1999). Dessa och andra studier som utforskar olika aspekter av ätstörningar hjälper oss att få en bredare och tydligare bild av problemet.

I föreliggande studie är dock fokus riktat på de psykologiska aspekterna av problemet och därför riktar denna redogörelse in sig mot dessa.

### **Kognitiv beteendeterapi**

Inom kognitiv beteendeterapi (KBT), dominerar en teoretisk modell som utarbetades i början av 1980-talet av Christopher Fairburn med kollegor i Oxford, England (Fairburn, 1981). Den centrala punkten i bulimi är enligt denna modell individens upptagenhet av att vara smal och att inte gå upp i vikt. Mycket framträdande är även låg självkänsla samt benägenheten att bedöma egenvärde utifrån vikt och figur. Att banta och bli smal är något som är möjligt att kontrollera och som, om man lyckas, leder till socialt accepterande och även uppskattning. Många av de beteenden som förekommer i denna problembild ses som sekundära till denna grundläggande föreställning om att egenvärdet bygger på att man är smal, och att låg vikt är ett synligt bevis på önskvärda personliga egenskaper. Bantning och dietrestriktioner såväl som en extrem upptagenhet av mat, vikt och figur är naturliga följder av detta.

En viktig aspekt av denna modell är de vidmakthållandeprocesser som gör att individen fastnar i ett destruktivt ätbeteende. I figuren nedan visas schematiskt hur en sådan process ser ut.



**Figur 1.** En kognitiv modell av vidmakthållande av bulimia nervosa (Fairburn, 2001)

Den del i modellen som inte är en naturlig del av strävan efter att bli smal är hetsätningen. Den förklaras dels av att strikt diet bygger upp ett fysiologiskt tryck att äta, dels av att individen ofta lutar åt ett perfektionistiskt och dikotomt tänkande. Det är mycket svårt att stå emot hungerkänslorna någon längre tid, och när man misslyckas så är det nära till hands att alla spärrar släpper. Upplevelsen blir att man lika gärna kan strunta i alla restriktioner om man bryter mot någon av dem. Efter en hetsätning upplevs en stark oro över att ha ätit alldeles för mycket vilket ofta leder till kompensation i form av självframkallad kräkning. Kompensation kan också förekomma i form av intensiv motion och/eller missbruk av vätskedrivande- och laxermedel. Det kompensatoriska beteendet förstärker sedan den negativa självbilden och individen känner sig ”äcklig” och misslyckad. Ånyo påbörjar individen sedan sina dietrestriktioner och cirkeln är sluten.

Hetsätningarna kommer sällan slumpmässigt utan ofta som en följd av att individen upplever negativa känslor som stress, frustration eller leda, och hetsätning har en tendens att snabbt dämpa sådana känslor. På så sätt används den ofta som ett medel för att reglera emotioner (Waller, 2002).

Evidens för denna modell kommer i huvudsak från behandlingsstudier där interventioner grundade i modellen används. Fairburn och kollegor fann i en studie att

bland de patienter med diagnosen BN som svarat på KBT var återfallsrisken störst bland de vars residualnivå av fokus på vikt och figur var högst. Detta talar för att upptagenhet av vikt och figur är nära kopplat till det destruktiva ätbeteendet (Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, 1993a). Wilson, Fairburn, Agras, Walsh och Kraemer (2002) visade att minskade restriktioner i dieten medierade effekten av KBT rörande hetsätning vid BN. Detta talar för att grad av dietrestriktioner inverkar på frekvens av hetsätning. Studier som jämfört behandlingar med respektive utan den kognitiva komponenten av fokus på ätande, vikt och figur visar att behandling som saknar denna leder till större risk för återfall (Cooper & Steere, 1995; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993b).

Denna teoretiska modell har klara implikationer för behandlingen av problemet. Den pekar bland annat på nödvändigheten av att inte enbart fokusera på hetsätningsepisoderna vilket ofta av klienten uppfattas som det huvudsakliga problemet. För att erhålla en varaktig effekt av behandlingen krävs att man utöver detta även jobbar med klientens dietrestriktioner, hanterande av negativa tankar och emotioner samt de dysfunktionella värderingarna av vikt, figur och ätande.

### **Relational frame theory**

En annan teori som på senare tid rönt ökat intresse inom den beteendevetenskapliga sfären är Relational frame theory, (RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Den representerar ett beteendeanalytiskt perspektiv på människors språk och kognitioner, och är därmed en teori som täcker ett väsentligt vidare område än ätstörningar. RFT-forskningen är i huvudsak strikt experimentell och ägnas åt basala processer rörande funktionen av människans språk och kognitioner i relation till hennes beteende. En heltäckande genomgång av de olika delarna i RFT ligger inte inom ramen för denna uppsats, därför följer endast en kort redovisning av några centrala begrepp. Dessa benämns i sin engelska form eftersom svenska motsvarigheter ännu saknas.

*Relational responding* hänvisar till människans förmåga att diskriminera relationer mellan stimuli vilket innebär att vi reagerar inte bara på stimuli i sig, utan även på hur dessa relaterar till andra stimuli. Som exempel kan vi tänka oss att om vi identifierar ormar som ormar och skog som skog utan att ha en aning om hur de relaterar till varandra så kan vi gå i en skog utan rädsla för att möta ormar. Om vi däremot har lärt oss av en bekant att ormar ofta befinner sig i skogen så kan våra reaktioner på skogspromenaden bli annorlunda. Vi kan känna oro över ormar fastän vi inte sett någon

på vår vandring. Vi reagerar alltså på stimuli ”skog” utifrån vår kunskap om dess relation till stimuli ”orm”. Relationen är hierarkisk, det vill säga ”skog” innehåller ”orm”.

I detta fall uppstår *derived relational responding* vilket syftar på just det faktum att relationen är härledd och inte upplevd. Vi reagerar alltså utifrån våra antaganden istället för vår egen erfarenhet.

Det vi också upptäcker är att den psykologiska funktionen av ett stimuli, i detta fall skogen, kan förändras, transformeras, beroende på hur dess relation ser ut till ett annat stimuli med vilket det kopplats samman, i detta fall ormar (*transformation of stimulus function*). Om relationen istället varit uteslutande, det vill säga ”i skog finns *inte* ormar”, skulle det antagligen ha styrt vår reaktion inför skogen i annan riktning än mot oro.

En viktig faktor är den roll som rådande kontext spelar. I det beskrivna exemplet antog vi att skogsflanören inte ville träffa på någon orm. Om vi istället tänker oss att vi skulle få en belöning på 10 000 kronor i det fall vi träffade på en orm, och dessutom var utrustade med höga gummistövlar, då kanske vår reaktion på skogen blev en annan. Kanske blev vi ivriga att gå djupare in i den, snarare än att hålla oss mitt på stigen? Konsekvensen blir då att den relation mellan ”skog” och ”orm” som tidigare gjorde oss oroliga plötsligt gör oss ivriga och nyfikna. Relationen mellan stimuli är densamma men den får en ny psykologisk laddning genom att förutsättningarna ändras. Detta förhållande, att situationen avgör reaktionen, benämns inom RFT som *contextual control* (Blackledge, 2003).

Inom RFT-litteraturen betonas att det som ovan beskrivits är en process och inte bör betraktas som utslag av något neuralt, kognitivt ”schema”. Processen består i dels hur vi lär oss relationer mellan stimuli (*relational framing*), dels i hur vi reagerar på dessa (*relational responding*). Man beskriver det som operanta beteenden vilka över tid formas genom individens interaktion med miljön och kan generaliseras över en mängd situationer (Healy, Barnes-Holmes, & Smeets, 2000).

Denna process, menar man, är grunden till att människan på mycket kort tid lär sig reagera adekvat på en mängd situationer hon tidigare inte stött på, men också en bidragande orsak till psykiskt lidande. Om vi sätter in de ovan beskrivna processerna i ett fall av ätstörningsproblematik så kan vi tänka oss flera olika konsekvenser. En är att

funktionen av en social situation, som till exempel en middag, kan ändras från ”trivselskapande” till ”ångestskapande” bara genom att individen omedelbart diskriminerar relationen middag-obehag som ”lika med”. Det spelar mindre roll att situationen ligger två veckor fram i tiden och därför aldrig upplevts i sig själv. Individen kan ändå känna starkt obehag under de närmaste två veckorna. Ett annat exempel kan vara den starka relation individen byggt mellan tjock och duktig och att den diskrimineras som ”är motsatsen till”. Reaktionen på viktuppgång blir i det fallet ”jag är inte duktig utan dålig”, och alla stimuli som utifrån individens tolkning har relationen ”orsakar” till viktuppgång väcker sedan negativa reaktioner. Dessa reaktioner påverkar vidare det overta beteendet. Det kan i detta fall handla om att undvika middagen och att undvika mat och/eller beteenden som ”orsakar” viktuppgång.

Denna forskningsgren har under senare år presenterat mängder av belägg för sina antaganden (Hayes & Bisset, 1998; O'Hora, Roche, Barnes-Holmes, & Smeets, 2002; Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Roche, & Smeets, 2001; Hayes, Devany, Kohlenberg, Brownstein, & Shelby, 1987) även om de inte stått helt oemotsagda (Boelens, 1994; Sidman, 1994; Hayes & Wilson 1994).

Ur denna teori har en syn på behandling utformats (Hayes, Wilson, & Strosahl, 1999a) som bland annat ifrågasätter värdet av att arbeta med korrigerande av tankemönster och som förordar ett större fokus på det overta beteendet (se Acceptance and commitment therapy).

## *Behandling*

### **KBT**

Behandlingen av BED liknar till stor del den som utformats för BN och i vår studie har samtliga deltagare, oavsett diagnos, tagit del av samma material. I annan behandling specifikt utformad för BED finns dock vissa modifikationer. Interventioner som är riktade mot kompensatoriskt beteende utesluts, frågan om dietrestriktioner handlar mer om att uppnå ett balanserat ätande än om att ge upp restriktioner och viss grad av bantning kan till och med uppmuntras (Wilfley, 2002).

Den kognitiva beteendeterapin vid BN, såsom den är utformad av Fairburn och kollegor (1981), var till en början en kombination av kognitiva tekniker för behandling av depression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) och tekniker från beteendeterapi vid fetma (Mahoney & Mahoney, 1976). I huvudsak är detta vad den fortfarande består av

även om innehåll och sekvens av de olika delarna i den modifierats under årens lopp (Fairburn, 2001). Behandlingen är indelad i tre övergripande steg.

Steg ett har tre syften. Det första är att involvera klienten i behandlingen genom att (1) rationalen förklaras, anpassad utifrån klienten, (2) klienten informeras om ätstörningar och dessa olika aspekter och (3) klienten får hjälp med att forma ett regelbundet ätmönster.

I det andra steget fortsätter arbetet med att bibehålla ett väl fungerande ätmönster, men man börjar också titta på riskerna med dietrestriktioner och hur klientens tankemönster ser ut gällande vikt och figur.

I det avslutande steget läggs tonvikten på vidmakthållande av de kunskaper och erfarenheter klienten fått men också på frågan om vilka förväntningar klienten har inför framtiden och hur man kan handskas med eventuella bakslag. Den terapeutledda behandlingen är vanligtvis på 16-20 sessioner över en tidsperiod av cirka 5 månader.

Utöver de behandlingsstudier som nämnts i teoriavsnittet rekommenderas Wilsons (1999) sammanställning för en övergripande bild av vilka förtjänster respektive brister denna modell har vid behandling av ätstörningar.

### **Acceptance and commitment therapy**

Acceptance and commitment therapy (ACT), riktar i första hand in sig på accepterande av kognitioner och emotioner istället för förändring av dem. Logiken bakom detta bygger på RFT och dess bild av de kognitiva och emotionella processerna som basala funktioner vilka är mycket svåra att korrigera i önskad riktning. Som en konsekvens av detta synsätt bör behandlingsarbete i första hand syfta mot en förändrad relation till tankar och känslor, snarare än mot en förändring av dem.

Ur ett ACT-perspektiv ökar möjligheten att förändra ett beteende om vi (1) jobbar med att ta reda på vad vi egentligen vill göra med våra liv och (2) kan inse att om vi agerar i enlighet med detta så kommer vi att erfara såväl negativa som positiva tankar och känslor samt (3) att dessa inte nödvändigtvis måste styra vårt agerande.

ACT-modellen antar att grunden till psykiskt lidande, i detta fall i samband med ätstörningar, står att finna i människans ovilja att möta dessa negativa inre upplevelser och de kontrollstrategier hon använder för undvikande. Denna ovilja är naturlig eftersom vi har en tendens att tolka tankar och känslor som ”verklighet”. Det beror på

att denna tolkning sker omedvetet och är en normal funktion av människans sätt att lära (se Relational frame theory). Det som händer är att vi agerar som om våra tankar och känslor var sanna i objektiv mening istället för att se dem för vad de är, det vill säga inre representationer av den objektiva verkligheten. Ett exempel är den upptagenhet av vikt och figur som klienten med BN eller BED har. Känslan av att vara tjock och tanken på att behöva banta för att bli ”bra” tolkas av klienten som en direkt beskrivning av en verklighet där klienten de facto är tjock och därför ”dålig”. Men i den objektiva verkligheten där såväl ”tjock” och ”dålig” som ”smal” och ”bra” är relativa begrepp står de inte i kausal relation till varandra. Att kunna förhålla sig till dessa inre processer på ett sätt som inte leder oss till ett destruktivt beteende är en av huvudpunkterna i ACT. I syfte att underlätta detta använder man sig bland annat av medveten närvaro (eng. *mindfulness*) vilken hjälper klienten att i stunden uppmärksamma de interna processer i form av kognitioner, emotioner och perceptioner som ständigt pågår inom oss. Detta hjälper oss att förstå hur vi tar in information, hur vi tolkar den och hur vi reagerar utifrån denna tolkning. Vi kan på detta sätt bli medvetna om hur vår egen tolkning av omvärlden påverkar oss (Nilsson, 2004). Man skulle kunna säga att det leder till att vi medvetandegör de processer som beskrivs i avsnittet om RFT.

En aspekt av språket är dess förmåga att rationalisera och förklara. I många fall har vi stor nytta av denna, och den är antagligen en av orsakerna till att människan som art varit så evolutionärt framgångsrik (Hayes et al., 2001). I vissa hänseenden kan den dock ställa till det för oss. Klienten uppvisar ofta, om inte alltid, ett sätt att resonera om sina problem som försvårar möjligheterna att finna en väg framåt. Ett sådant resonemang kan låta, ”jag vet att det jag gör är fel, men när man känner sig såhär deppig är det omöjligt att stå emot suget att hetsäta”. Det klienten gör är att postulera en verbal regel som, om den vore sann, möjliggjorde en förändring. Notera att regeln är verbal och inte bygger på faktisk erfarenhet. Om man skrapar på ytan visar det sig att klienten visst har varit deppig *och* motstått hetsätning vid flera tillfällen tidigare. Funktionen av att sätta upp en sådan verbal regel är att inför omgivningen och sig själv förklara sitt beteende, något vi alla får lära oss från tidiga år och som förstärks i sociala sammanhang.

Forskning inom området regelstyrt beteende visar att regler som vi formulerar verbalt i vissa fall har en tendens att styra vårt beteende i större utsträckning än våra faktiska erfarenheter (Hayes, Zettle, & Rosenfarb, 1989).

ACT-modellen förespråkar vidare att alternativet till att agera utifrån tillfälliga tankar, känslor och verbala regler är att agera utifrån de värderingar som vi alla har och som är väsentligt stabilare till sin natur. Dessa kan beskrivas som axiom vi ställer upp för oss själva och vårt handlande, till exempel hur vi vill vara som föräldrar eller som arbetskollegor. Värderingar kan inte utvärderas i sig själva, eller genom logiska resonemang bedömas som bra eller dåliga. På grund av detta står de emot tillfälliga förändringar av livsvillkoren och kan vara en vägvisare för oss oavsett rådande situation. Det är strävan att hjälpa klienten att leva i förenlighet med dessa värderingar som är grunden i ACT.

Behandlingsimplikationerna av detta synsätt är bland annat att klienten bör jobba med att tydligt formulera sina värderingar för att skapa en stabil grund att stå på då man i en given situation kan välja olika sätt att agera. Vidare bör språkets funktion klarläggas i syfte att hjälpa klienten att få distans till sin egen tankevärld. En av teknikerna som används inom ACT, delitteralisering, syftar till att motverka den bokstavliga tolkningen av språket och tankarna eftersom denna, ur ett ACT-perspektiv, är en starkt bidragande faktor till psykopatologi. Detta är en teknik som i olika former använts under lång tid, framför allt inom den buddhistiska traditionen, men först på senare utforskats i enlighet med västerländsk vetenskaplig praxis (Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, in press). Man antar att bokstavlig tolkning av tankar och språk ökar vår benägenhet att lita till verbalt formulerade regler snarare än våra direkta erfarenheter och att detta kan ställa till med problem vid behandling av klienten. Viktigt är också att träna sig i förmågan att möta inre processer (tankar, känslor, interoceptiva stimuli) på ett accepterande sätt så att fokus kan riktas från dessa, okontrollerbara, områden och mot det overta beteendet vilket kan kontrolleras (Hayes et al., 1999a).

Studier som talar för att denna ansats har behandlingseffekt har hittills berört områden som anorexia nervosa (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler (2002), ångest (Eifert & Heffner, 2003), smärta (Hayes et al., 1999b; McCracken & Eccleston, 2003) och psykos (Bach & Hayes, 2002).

### **Andra behandlingar**

Det finns alternativa modeller till KBT vid ätstörningar, och utifrån aktuell empiri är det bästa alternativet till KBT vid BN/BED interpersonell terapi (IPT; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). IPT har visat sig ha lika goda effekter som KBT med den skillnaden att resultaten av KBT visar sig tidigare i behandlingsprocessen. Vid



uppföljning efter ett år är dock de båda behandlingarnas resultat liknande (Fairburn et al., 1993b; Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000).

### **Alternativa administrationsformer**

Personer med ätstörningar har svårt att få adekvat KBT-behandling idag, eftersom den kräver KBT-terapeuter som är tränade i att tillämpa behandlingsmanualen och är resurskrävande (Wilson, Vitousek, & Loeb, 2000; Peterson et al., 1998). I Sverige har bara 4 % av Sveriges psykoterapeuter KBT-kompetens, och av dessa är det få som arbetar med behandling av ätstörningar. Det är tydligt att behovet vida överskrider tillgången (Haaga, 2000; Ghaderi & Scott, 2003; Chambless et al., 1996). Andra administrationsformer än traditionell psykoterapi är därför högintressanta att utforska.

#### *Självhjälp*

Självhjälp är tillgänglig i högre grad än professionell hjälp i form av psykoterapi och kan även ses som en lämplig behandlingsform för dem som annars upplever för starka skamkänslor för att söka hjälp (Loeb, Wilson, Gilbert, & Labouvie, 2000). Den kan vara billigare för såväl individen som samhället (Wilson, et al, 2000) och är en behandlingsform som gör litet intrång i individens privatliv (Haaga, 2000).

Gold och Clum (1993) fann i en metaanalys av 40 kontrollerade självhjälpstudier utförda inom olika områden en genomsnittlig effektstorlek på .75 vid avslutad behandling och .53 vid uppföljning. Beräkningarna gäller självhjälpbehandling generellt och inte specifikt inom området ätstörningar. Med detta i åtanke kan man ändå konstatera att självhjälpformatet som sådant tycks leda till stora effekter på kort sikt samt medelstora effekter på längre sikt.

Det är rimligt att se självhjälp som ett naturligt första steg i en behandlingsmodell som bygger på en gradvis ökning av intensitet och resurser, en så kallad ”trappstegsmodell”. National Institute of Clinical Excellence i England förordar i sina riktlinjer för behandling av ätstörningar just detta (NICE, 2004). I introduktionen till den utgåva av *Journal of Consulting and Clinical Psychology* som ägnades uteslutande åt trappstegsmodellen menar Haaga (2000) att denna tillåter oss att erbjuda klienter en behandling som kan tillgodose deras behov utan att öda resurser på åtgärder som går utöver detta. Denna möjlighet ses som särskilt viktig i tider då vårdresurser är knappa.

Davidson (2000) påpekar dock att sina fördelar till trots finns det faktorer som gör att självhjälpformatet bör utvärderas noga innan det kan rekommenderas som ett första

steg i en trappstegsmodell. Marknaden för självhjälpsmaterial är stor och kvaliteten skiftande. En uppenbar risk är att individen känner sig misslyckad och om möjligt ännu sjukare efter att ha misslyckats med en, kanske dåligt utformad, självhjälpsinsats. Dessutom kan den tid som lagts ner på bristfälliga självhjälpsprogram använts bättre om man sökt professionell hjälp istället.

Ett annat problem är att terapeutens möjlighet att följa upp hur väl klienten arbetar med materialet är liten. Gold & Clum (1993) fann att problemet med avhoppare, cirka 10 %, var litet i jämförelse med svårigheterna att förmå klienterna att använda sig av arbetsmaterialet. I denna studie var dock inte behandling för ätstörningar representerad vilket kan ge en något missvisande bild. Mahon (2000) rapporterar att cirka 45 % av dem som påbörjar självhjälpsprogram utan professionellt stöd vid ätstörningar hoppar av behandlingen innan den är slutförd.

Klart är att självhjälpsformatet erbjuder många möjligheter att nå presumtiva klienter som annars inte skulle få möjlighet till behandling och dessutom har förutsättningar att tillhandahålla en god behandling till en relativt låg kostnad. Det vetenskapliga samhället har dock, i samarbete med praktiserande kliniker, en viktig roll i att verka för att den självhjälp som erbjuds håller god kvalitet.

Studier som jämfört självhjälpsversioner av KBT vid BN/BED, med respektive utan terapeutstöd, har visat på skiftande resultat. Några har funnit att resultaten är fullt jämförbara (Ghaderi & Scott, 2003; Peterson, et al, 1998) medan Loeb et al. (2000) och Carter och Fairburn (1998) fann bättre resultat för den terapeutledda versionen. En okontrollerad studie som utvärderade effekterna av självhjälp med terapeutstöd på deltagare med BN fann att frekvensen av bulimiska episoder samt självframkallad kräkning föll med i genomsnitt 80 % respektive 79 % i den grupp som fullföljde behandlingen (Cooper, Coker, & Fleming, 1996). Samtliga dessa studier pekar mot att självhjälp enligt KBT-modell är ett bra förstahandsalternativ vid BN/BED, oavsett om behandlingen är terapeutledd eller genomförs helt på egen hand av klienten.

En självhjälpsmanual har författats utifrån den ledande KBT-manualen och finns i svensk översättning (Fairburn, 2003). Bokens första del består av en teoretisk genomgång av ätstörningsproblematik och presentation av fakta som anses ha vetenskapliga belägg, och utifrån denna grund förklaras upplägget av behandlingen.

Den andra delen av boken består av självhjälsprogrammet vilket är indelad i sex steg (se Material), konstruerade utifrån de tre stegen i KBT-modellen.

### *Internet*

Traditionellt sett sker det mesta av behandlingsarbete i direkt kontakt mellan klient och behandlare, men ny teknik har gjort det möjligt att söka alternativ till detta. Riley och Veale (1999) nämner ett flertal områden där internet skulle kunna användas som hjälp i det terapeutiska arbetet. Frågeformulär och hemläxor kan enkelt administreras via e-post, exponeringsövningar i bild- och ljudformat kan göras och med dagens teknik är det också möjligt att bedriva terapi och rådgivning i realtid. Man nämner även interaktiva behandlingsprogram för självhjälp som ett möjligt användningsområde.

De många möjliga fördelarna får dock inte göra oss blinda för potentiella risker. Frågor om hur man skall säkra sekretessen och föra journal över interventioner som skett via internet har inga självklara svar, inte heller hur man undviker de missförstånd som lätt uppstår då kommunikation sker i enbart text. Det är också viktigt att skapa rutiner som gör kommunikation via e-post säker (Shafran, 2002).

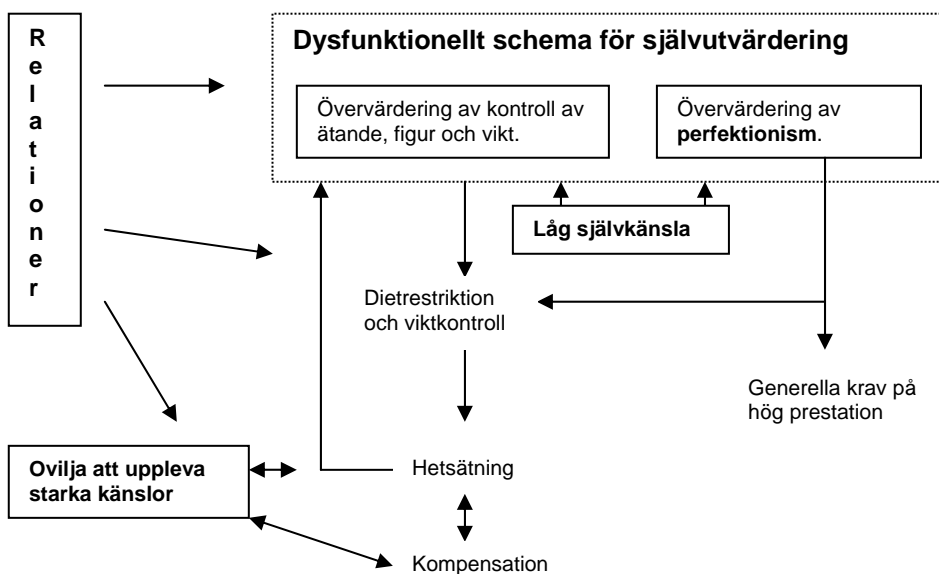
Inom den vetenskapliga litteraturen finns ännu ingen stor mängd rapporter över behandling som skett via internet vilket gör det till ett område där man bör gå försiktigt framåt. Det är ännu osäkert inom vilka problemområden denna typ av teknik har bäst användning, men resultat tyder på att bland annat paniksyndrom (Carlbring et al., in press; Carlbring, Ekselius, & Andersson 2003; Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius, & Andersson, 2001), depression (Andersson, et al., in press) och ätstörningar (Yager, 2001; Winzelberg, et al., 2000) kan vara sådana.

### *Behovet av en förbättrad KBT-modell för behandling*

Trots att de resultat man idag uppnår med både terapeutledd behandling och självhjälp kan anses goda är behovet av att utveckla KBT vid ätstörningar är stort. Fairburn, Cooper och Shafran (2003) pekar på fyra möjliga anledningar till att inte fler klienter blir friska. Den första möjliga förklaringen är att den bakomliggande teorin är felaktig och att fokus därför riktas på fel vidmakthållandefaktorer. Kanske är det andra faktorer än dysfunktionellt system för självutvärdering och upptagenhet av vikt och figur som är avgörande? Det kan också tänkas att de studier som ligger till grund för uppfattningen om behandlingens effekter inte utförts på ett korrekt sätt. Orsaken till detta skulle kunna vara att de av metodologiska skäl inte genomförts på ett individanpassat och flexibelt

sätt. Den tredje möjligheten är att teorin är riktig och metoderna de rätta men inte tillräckligt effektiva. Slutligen menar man att teorin kan vara riktig men i behov av att breddas för att täcka fler mekanismer som rör vidmakthållande.

Man menar att fakta talar emot de två första, möjliga, förklaringarna men att punkt tre och fyra bör beaktas. Vad gäller den bakomliggande teorin, punkt fyra, föreslår man följande omarbetning av den tidigare modellen beskriven i figur 1.



**Figur 2.** Ett förslag till omarbetad modell av vidmakthållande vid bulimia nervosa. Från Fairburn et al., (2003)

Av särskilt intresse för denna studie är betoningen av ”Ovilja att uppleva starka känslor”. Redan tidigt ansågs starka negativa känslor initiera hetsätningsepisoder och idag börjar man alltmer utforska denna komplexa relation (Waller, 2002). Man menar att istället för ett accepterande av förändringar i känslotillståndet så ägnar sig klienten åt att försöka kontrollera dessa (dysfunctional mood modulatory behaviour). Detta kan ske genom självskadande beteende (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2001) och drogmissbruk (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000), båda vanliga inom patientgruppen. Hetsätningar, kräkningar och intensiv motion kan tänkas fylla samma ångestreducerande funktion och med tiden bli ett invariant beteende (Fairburn et al., 2003).

### Kognitionernas roll

Om vi ser tillbaka på den bakomliggande teorin så kan det noteras att det steg som rör klientens kognitioner är centralt i behandlingen. Fairburn et al. (2003) menar att

klientens dysfunktionella system för självutvärdering är avgörande för vidmakthållandet av BN, och i Coopers och Fairburns (1993) diskussion om kärnan i psykopatologin vid BN betonas att förekomsten av denna ihållande övervärdering av vikt och figur är ett av de diagnostiska kriterierna. Detta till skillnad från till exempel missnöje med vikt och figur vilket varierar med aktuell vikt, känsla av kontroll och tillfällig sinnesstämning.

Ur ett teoretiskt perspektiv kan sägas att om de kognitioner som består i ett övervärderande av vikt och figur kan bearbetas, så kan man anta att en stor del av övriga symtom minskar i omfattning. Man borde också kunna se en minskad risk för återfall. Ett mer renodlat beteendeterapeutiskt alternativ kan vara att i huvudsak jobba med exponering och responsprevention (Rosen & Leitenberg, 1982). Studier som gjorts för att klarlägga bidraget av bearbetning av dysfunktionella kognitioner har visat på skiftande resultat (t. ex. Wolf & Crowther, 1992; Wilson, Eldredge, Smith, & Niles, 1991; Thackwray, Smith, Bodfish, & Meyers, 1993). Det tycks generellt som om återfallsfrekvensen ökar om den kognitiva komponenten utelämnas men det är svårt att göra en rättvisande jämförelse mellan modellerna då de båda i sin fullständiga utformning innehåller såväl kognitiva som beteendearbetade komponenter.

### **En utveckling av administration och behandling**

Utifrån det stora behov av behandling som finns och de knappa resurser som står till buds är det nödvändigt att pröva nya grepp för att erbjuda hjälp till personer med ätstörningar. Självhjälpsmanualen utifrån KBT är väl utprövad och ger oftast bättre effekter om de som använder den erbjuds någon form av stödkontakt. Dock kräver fysiska möten planering vad gäller både tid och plats, och detta tillsammans med reseavstånd kan göra att möjligheten till stöd blir begränsad av både resursmässiga och praktiska skäl. Att erbjuda stödkontakt via internet är en alternativ lösning vars effekter bör prövas.

KBT-behandlingen är också i behov av förbättring, och kognitionernas roll har här lyfts fram som fokus för nya idéer. Ett alternativ till att bortse från kognitionerna, som i enbart exponering med responsprevention, eller att försöka modifiera dem, som i KBT, skulle kunna vara att istället arbeta för att grundlägga ett nytt sätt att relatera till dem. Inom ACT-modellen är detta en central punkt varför tekniker hämtade från denna vore intressanta att pröva. I detta syfte författades ett häfte anpassat efter självhjälpsmanualen med ACT-resonemang om psykiskt lidande, kontroll av känslor och språkets roll. Värderingar presenterades som en grund för arbetet med behandlingen, och övningar i

medveten närvaro och acceptans föreslogs för att hantera ångesttankar och starka känslor. Instruktioner för tillämpande av funktionell analys på hetsätning gavs, och delitteralisering användes som metod för att hjälpa deltagarna identifiera de verbala regler som hindrar dem från att finna alternativ till hetsätning och självrensning.

### *Studiens syfte och frågeställningar*

#### **Syfte**

Ätstörningar som bulimia nervosa och hetsätningsstörning är problem som orsakar mycket lidande för individen och medför stora kostnader för samhället. Att utarbeta behandling som på ett effektivt sätt kan minska dessa problem är angeläget. Redan idag finns behandlingar, som KBT och IPT, som är dokumenterat framgångsrika. Trots detta får en majoritet av patienterna inte adekvat behandling, och cirka hälften av de som genomgår behandling blir inte symtomfria.

Föreliggande studie hade som syfte att undersöka om (1) självhjälp (Fairburn, 2003) med terapeutstöd via internet är ett effektivt sätt att behandla dessa problem och därmed ett verktyg för att göra behandling tillgänglig för fler, och (2) om behandlingskomponenter från ACT, i kombination med en väletablerad självhjälpsmanual (Fairburn, 2003), kan påverka behandlingsresultatet och göra en redan bra behandling bättre. Det första syftet leder till frågeställningarna 1 och 2, det andra till frågeställningarna 3 och 4.

#### **Frågeställningar**

1. Är självhjälp i kombination med terapeutstöd och gruppdiskussioner via internet en effektiv behandling vid ätstörningar vad gäller förändring i beteende och attitydmässiga symtom samt personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?
2. Är självhjälp i kombination med terapeutstöd och gruppdiskussioner via internet en effektiv behandling vid ätstörningar vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?
3. Leder tillägg av behandlingskomponenterna Värderingar, Delitteralisering och Acceptans till bättre utfall vad gäller ätstörningsspecifik psykopatologi?
4. Leder tillägg av behandlingskomponenterna Värderingar, Delitteralisering och Acceptans till bättre utfall vad gäller de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?

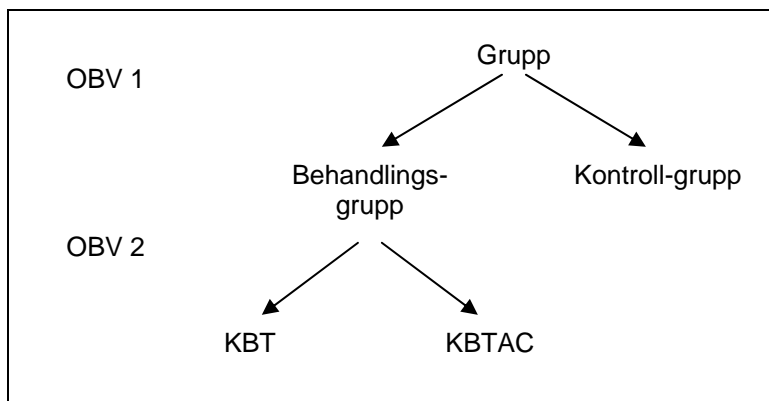
## Metod

### *Design*

Studien var en randomiserad kontrollerad studie av självhjälp vid BN och BED med stöd via internetkontakt och tillägg av ACT-komponenter.

### **Oberoende variabler**

Det fanns två oberoende mellangrupsvariabler som var hierarkiskt ordnade. Den överordnade var grupp, med två lägen, behandlings- eller kontrollgrupp, och den underordnade delade behandlingsgruppen i två betingelser, KBT-betingelse ("KBT") och KBT med tillägg av ACT-komponenter-betingelse ("KBTAC").



Figur 3. Oberoende variabler

För att finna skillnad mellan betingelserna administrerades två mätningar; för- och eftermätning, vilket gav en oberoende inomgruppsvariabel, mättillfälle.

### **Beroende variabler**

Utfallet av behandlingen bedömdes på grundval av behandlingsgruppens relativt kontrollgruppens, och KBT:s relativt KBTAC:s, förändring vad gäller:

- beteendemässiga symtom på ätstörningar (mäts genom EDE-Q:s beteendemått)
- attitydrelaterade symtom på ätstörningar (mäts genom EDE-Q:s total-, och delskalor, EDI 1-3 samt BSQ)
- personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar (mäts genom EDI 4-7)
- upplevd livskvalitet (mäts genom QOLI och SWLS)
- självkänsla (mäts genom RSE och SCQ)
- depression (mäts genom MADRS)

## *Deltagare*

### **Urval**

Deltagarna anmälde sig till studien via en hemsida och fick därefter användarnamn och lösenord till en screening som gjordes via internet. I screeningen ingick följande instrument: Survey for Eating Disorders (SEDs; Ghaderi & Scott, 2002), Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992), Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987) och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-Assessment (MADRS; Svanborg & Åsberg, 1994).

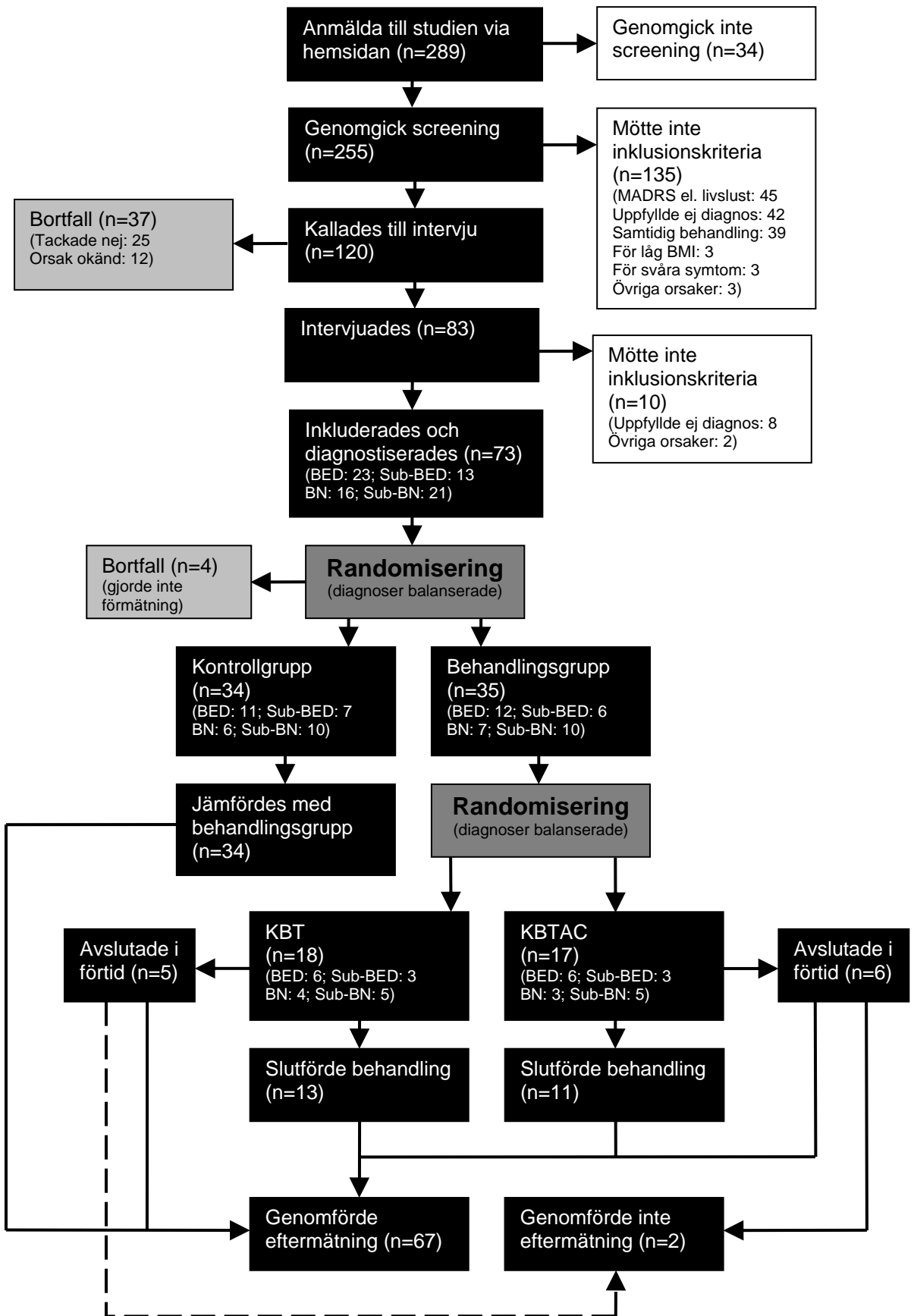
För att inkluderas i studien krävdes att potentiella deltagare:

- var minst 18 år gamla.
- talade och förstod svenska.
- inte var gravida.
- inte genomgick andra psykologiska behandlingar, stödsamtal eller behandling med psykofarmaka.
- inte var i behov av mer omfattande behandling för ätstörning eller andra psykiatriska problem.
- hade BMI  $\geq$  18.
- hade MADRS-resultat  $<$  30.
- skattade lägre än 4 på MADRS-fråga nr 9 (*”Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?”*), där deltagarna kunde skatta 0-6.
- uppfyllde någon av diagnoserna BED eller BN. Diagnoserna sub-BED och sub-BN accepterades även. Dessa gavs när hetsättnings- eller kompensationsbeteenden förelåg men inte hade tillräcklig frekvens eller varaktighet för att uppfylla full diagnos. För att inkluderas och kallas till intervju krävdes att man svarade Ja på SEDs-frågan om förekomst av OBE och svarade minst 2 OBE i månaden under de senaste tre månaderna. Detta sammanvägdes med svaren på frekvens av OBE på EDE-Q.
- kunde komma till Uppsala för personlig intervju.
- inte uppvisade några psykotiska symtom. Detta bedömdes under EDE-intervjun, dock ej på något formaliserat sätt. Ingen deltagare uteslöts på grund av psykotiska symtom.



Samtliga deltagare instruerades även att uppsöka läkare för medicinsk undersökning. De försågs med information om behandlingen som de lämnade till läkaren för att få hjälp med att utesluta eventuella medicinska hinder för deltagande.

Totalt anmälde sig 289 personer via hemsidan och 255 genomgick screening. På basis av denna exkluderades 135 personer och övriga 120 kallades till intervju, 37 tackade nej eller gick inte att nå, återstående 83 intervjuades och diagnostiserades. Tio personer exkluderades på basis av intervju eller information som framkom innan behandlingen påbörjades, varvid 73 personer återstod. Dessa randomiserades till behandlings- eller kontrollgrupp, 37 respektive 36 personer. Deltagarna i behandlingsgruppen randomiserades sedan till KBT eller KBTAC, 18 respektive 19 personer. Vid båda dessa randomiseringar balanserades deltagarna för att skapa så jämn fördelning över grupperna som möjligt avseende diagnoser BN, BED och subdiagnoserna. Efter randomisering gjorde fyra deltagare inte förmätningen innan behandlingens start och påbörjade sedan aldrig behandlingen, 2 ur kontrollgruppen och 2 ur KBTAC. För en beskrivning av deltagarflöde, exklusions- och bortfallsorsaker samt fördelning av diagnoser i de olika grupperna se figur 4.



Figur 4. Deltagarflöde

## Bortfallsanalys

Av 289 som anmälde sig genomgick 34 (12 %) inte screeningen, inga uppgifter finns tillgängliga för dessa personer. Tio av 120 som kallades på intervju exkluderades, 37 dök inte upp och 4 hoppade av innan behandlingen började, därmed föll 41 av 110 (37 %) potentiella deltagare ifrån studien och kontroll av skillnader mellan dessa och de återstående genomfördes. Inga skillnader hittades vad gällde utbildning, kön, datorvana, frekvens av vägningar, någon av EDE-Q:s delskalor, MADRS, QOLI eller BSQ (för beskrivning av dessa instrument, se Material). Däremot hittades skillnader i BMI, ålder och antal träningstillfällen under de senaste fyra veckorna, vilka redovisas i tabell 1.

**Tabell 1.** Skillnader mellan bortfall och deltagare

	Bortfall		Deltagare		t-test ( <i>df</i> = 108)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Antal träningstillfällen	9.3	11.9	4.4	7.7	2.59	<b>.01</b>
BMI <sup>†</sup>	24.1	4.6	28.7	7.6	3.48	<b>.00</b>
Ålder	28.0	7.2	34.6	10.3	3.61	<b>.00</b>

<sup>†</sup>Utifrån självskattning vid screening

Resultaten visar att det deltagarna var mer överviktiga och äldre än bortfallet. Logistisk multipel regressionsanalys visar att dessa faktorer tillsammans med kompensatorisk träning förklarar sammanlagt 21.5 % av variansen, men ingen av faktorerna bidrar signifikant till bortfallet. Ålder närmar sig dock signifikans ( $p = .051$ ).

Enligt tidigare forskning (Striegel-Moore, et al., 2001) skiljer sig personer med BED- och BN-diagnos åt vad gäller ålder och BMI, hetsätare är äldre och mer överviktiga än bulimiker. Man kan alltså misstänka att skillnaden i antalet träningstillfällen beror på att bulimiker som använder träning som kompensationsmetod i mindre utsträckning var benägna att komma på intervju efter att de kontaktats. Det kan dock inte sägas att bulimiker i allmänhet var mindre benägna att delta, vilket styrks av att det inte var någon skillnad mellan antal självrensande tillfällen mellan grupperna ( $t(108) = .59$ ,  $p = .56$ ). Fetma är ett synligt och socialt mer handikappande symptom än träning, som håller tillbaka viktökning. Detta tillsammans med en längre erfarenhet av ätstörningar gör kanske att de drabbade blir mer benägna att söka hjälp när de blir äldre.

## Beskrivning av deltagarna

För beskrivning av bakgrundsdata och ätstörningssymtomatologi hos deltagarna, se tabell 2 och 3.

**Tabell 2.** Bakgrundsdata för deltagare

	Totalt (n = 69)	Kontroll (n = 34)	Behandling (n = 35)	KBT (n = 18)	KBTAC (n = 17)
<b>Kön</b>					
Män	4	2	2	1	1
Kvinnor	65	32	33	17	16
<b>BMI</b>					
Medelvärde (SD)	28.7 (7.6)	29.7 (7.7)	27.8 (7.5)	28.6 (8.2)	27.0 (6.9)
Min-Max	18.7-45.6	18.9-45.6	18.3-44.8	19.5-44.8	18.7-44.8
<b>Högsta BMI</b>					
Medelvärde (SD)	32.2 (7.7)	32.6 (7.7)	29.7 (7.4)	31.0 (8.1)	28.3 (6.7)
Min-Max	19.8-48.5	21.0-48.5	19.8-45.5	21.1-44.8	19.8-45.5
<b>Ålder</b>					
Medelålder (SD)	34.6 (10.3)	35.5 (11.4)	33.7 (9.3)	34.4 (9.0)	32.8 (9.7)
Min-Max	18-64	18-64	20-54	21-54	20-54
<b>Datorvana</b>					
Mycket stor	23	12	11	9	2
Ganska stor	27	12	15	4	11
Medelstor	18	10	8	4	4
Ganska liten	1	-	1	1	-
Mycket liten	-	-	-	-	-
<b>Familjeförhållanden</b>					
Gift/sambo med barn	17	9	8	5	3
Gift/sambo utan barn	19	12	7	4	3
Särbo med barn	1	-	1	-	1
Särbo utan barn	5	3	2	1	1
Ensamstående med barn	4	-	4	3	1
Ensamstående utan barn	20	9	11	5	6
Änka/änkeman med barn	1	-	1	-	1
Bor hemma hos föräldrar	2	-	1	-	1
<b>Utbildning</b>					
Gymnasieskola (oavslutad)	2	1	1	-	1
Gymnasieskola (avslutad)	18	7	11	5	6
Folkhögskola (oavslutad)	1	1	-	-	-
Folkhögskola (avslutad)	2	1	1	1	-
Högskola/universitet (oavslutad)	21	11	10	6	4
Högskola/universitet (avslutad)	24	13	11	5	6
Lic eller fil dr	1	-	1	1	-
<b>Sysselsättning</b>					
Sjukskrivna	5	1	4	2	2
Yrkesarbetande (hel- eller deltid)	33	15	18	9	9
Studerande	23	13	10	4	6
Arbetssökande	5	3	2	2	-
Pensionär (sjuk- eller ålderspensionär)	3	2	1	1	-

**Tabell 3. Ätstörningssymtomatologi hos deltagare**

	Totalt (n = 69)	Kontroll (n = 34)	Behandling (n = 35)	KBT (n = 18)	KBTAC (n = 17)
<b>Diagnoser</b>					
BN	33	16	17	9	8
varav SBN	20	10	10	5	5
BED	36	18	18	9	9
varav SBED	13	7	6	3	3
<b>Ålder första OBE</b>					
Medelålder (SD)	19.6 (7.0)	17.8 (5.0)	21.2 (8.2)	19.7 (7.6)	22.8 (8.8)
Min-Max	9-43	9-35	9-43	9-39	13-43
<b>Frekvens av OBE</b>					
En gång per vecka	3	1	2	1	1
2-3 gånger per vecka	30	16	14	6	8
Dagligen	27	12	15	8	7
Fler än en gång per dag	9	5	4	3	1
<b>Ålder första kompenserande</b>					
Medelålder (SD)	20.0 (7.6)	19.7 (8.1)	20.8 (9.2)	21.3 (9.0)	20.2 (9.7)
Min-Max	8-50	12-50	8-45	8-45	13-45
<b>Regelbundet kräkts, fastat, tagit laxermedel, lavemang, urindrivande medel eller tränat mycket hårt för att förhindra viktuppgång?</b>					
Nej, aldrig	27	15	12	5	7
Ja, under senaste 3 månader	25	11	14	9	5
Ja, men inte under senaste 3 månader	17	8	9	4	5
<b>Former av kompenserande</b>					
Inga	5	2	3	3	-
Hoppar över en måltid	45	23	22	11	11
Äter mindre vid varje mål	54	28	26	13	13
Äter mindre kolhydrater	34	17	17	8	9
Tar laxeringsmedel	14	9	5	1	4
Tar bantningsmedicin	22	9	13	6	7
Hård fysisk träning	37	18	16	10	9
Äter mindre sötsaker	54	26	28	12	16
Fastar	28	20	18	10	8
Äter mindre fett	52	25	27	13	14
Kräks	27	11	16	8	8
<b>Ålder första bantning</b>					
Medelålder (SD)	17.3	17.0 (5.3)	17.7 (7.0)	17.3 (6.7)	18.0 (7.4)
Min-Max	6-40	6-34	8-40	8-30	10-40
<b>Har du bantat någon gång?</b>					
Aldrig	5	2	3	3	-
Ja, men inte just nu	32	16	16	8	8
Ja, nu och tidigare	32	16	16	7	9
<b>Släktingar som bantar/bantat?</b>					
Ja	37	18	19	10	9
Nej	32	16	16	8	8
<b>Vägt mindre än vad andra tycker är rimligt pga bantning?</b>					
Ja	22	9	13	9	4
Nej	47	25	22	9	13
<b>I vilken utsträckning påverkas självkänsla av figuren och vikten?</b>					
Lite grand	1	1	-	-	-
Måttligt	1	1	-	-	-
Ganska mycket	9	5	4	3	1
Mycket	30	17	13	5	8
Extremt	28	10		10	8

## *Material*

### **Fairburns självhjälpsmanual**

Självhjälpsmanualen (Fairburn, 2003) bygger på samma principer som den terapeutledda behandlingen men presenteras i bokform. Boken omfattar cirka 280 sidor och finns att köpa i handeln. Efter en inledande teoretisk del följer ett strukturerat självhjälpsprogram indelat i sex steg.

Steg 1, ”Att komma igång”, innebär självobservationer av ätbeteende samt regelbunden vägning. I detta steg eftersträvas ingen förändring utan bara ett förtydligande för klienten om hur dennas matvanor ser ut konkret. Syftet med regelbunden vägning är att ge klienten en korrekt bild av hur dennas vikt förändras eller inte förändras, något som ofta är oklart.

Steg 2, ”Regelbundet ätande”, handlar om att äta mindre kaotiskt än tidigare, men också om att upphöra med kompensatoriskt beteende.

Steg 3, ”Alternativ till hetsätande”, går ut på att klienten lär sig att möta impulsen att hetsäta med en annan aktivitet, helst en som minskar möjligheten att kunna äta, till exempel prata i telefon.

Steg 4, ”Problemlösning och utvärdering”, innehåller information om hur man lär sig möta vardagens problem på ett sätt som minskar risken att falla in i ett destruktivt ätande. Klienten har många gånger använt hetsätning som en strategi för att ”lösa” problem eller för att hantera de starka känslor som kan vara förknippade med problemsituationer. I detta steg gör man dessutom en utvärdering av det arbete som hittills lagts ned.

Steg 5, ”Bantning och liknande former av undvikande”, lär klienten att ta itu med dels sina dietrestriktioner, dels det vanligt förekommande regelsystemet för vad, när och hur man får äta. Målet är att lösa upp den rigida struktur som klienten har runt ätandet.

Steg 6, ”Och sedan?”, handlar om hur klienten bäst ska hantera eventuella bakslag och hur en rimlig målsättning för det fortsatta arbetet kan se ut.

### **ACT-häfte**

Deltagarna i betingelsen KBTAC fick utöver Fairburns (2003) självhjälpsmanual även ett häfte sammanställt av författarna. Häftet innehåller såväl teoretiska resonemang som praktiska övningar inriktade på områdena värderingar, delitlateralisering och acceptans

och omfattar 25 sidor. Deltagarnas arbete med häftet och självhjälpmanualen skedde parallellt.

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

För screening av deltagarna användes SEDs, ett instrument bestående av 36 frågor utvecklat av Götestam och Agras (1995) och modifierat av Ghaderi och Scott (2002). Arton av frågorna är formulerade utifrån de kriterier som anges i DSM-IV för BN-diagnos och de föreslagna kriterierna för BED-diagnos (American Psychiatric Association, 1994; Fairburn & Walsh, 2002). Fyra av frågorna är demografiska frågor och resterande gäller ålder vid första hetsätning och bantning samt utlösare av dessa beteenden. SEDs innehåller också en definition av OBE (*”Med hetsätning menas att man under en begränsad tid (t ex inom två timmar) äter en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta normalt och att man samtidigt tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet (t ex man känner att man inte kan sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter)”*) för att öka validiteten av responserna.

Ghaderi och Scott (2002) screenade 124 studenter och 45 patienter med instrumentet för att pröva validitet och reliabilitet. Studenternas resultat på SEDs jämfördes med EDI (se nedan) och visade hög diskriminativ och samtidig validitet, samt mycket god test-retest reliabilitet. Patienterna genomgick en intervju utifrån EDE (se nedan) och deras resultat utifrån SEDs jämfördes med denna. SEDs visade även där goda resultat med ett positivt prediktionsvärde på 96 %.

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

EDE (Fairburn & Cooper, 1993) anses vara “gold standard” för bedömning och diagnostisering av ätstörningar (Rizvi, Peterson, Crow, & Agras, 2000). EDE administreras i intervjuform och skattar dels två beteendemått, överätning och extrema viktkontrollbeteenden, dels fyra delskalor (*Återhållsamhet, Upptagenhet vid ätande, Upptagenhet vid figur, och Upptagenhet vid vikt*) och en totalpoäng av delskalorna. Totalpoängen och delskalornas poäng ligger mellan 0 och 6. Skattningen av beteendemåtten och delskalorna görs av intervjuaren utifrån de svar som ges, detta för att säkerställa att skattningen görs i enlighet med objektiva kriterier. Individens ombedes beskriva sina överätningsepisoder så noggrant som möjligt och intervjuaren avgör om dessa ska klassificeras som objektiva bulimiska episoder (OBE) eller ej. När intervjuaren har fått en klar bild av hur överätning och hetsätningsepisoderna ser ut,

skattas frekvensen av dessa i första hand under de senaste 28 dagarna och sedan även de senaste 3 månaderna. Intervjun tar cirka 60 minuter att genomföra.

EDE har goda psykometriska egenskaper, med god interbedömarreliabilitet, intern samstämmighet och diskriminativ validitet (Anderson, Lundgren, Shapiro & Paulosky, 2004). Test-retest reliabiliteten för frekvens av OBE, extrem viktkontroll och de fyra delskalorna ligger mellan .71 och .97. (Rizvi, et al., 2000). I denna studie användes EDE för att avgöra om de som screenats positiva för ätstörningsdiagnos skulle inkluderas eller inte.

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

EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) är ett självskattningsformulär baserat på Eating Disorders Examination (EDE). EDE-Q utvecklades som ett kostnadseffektivt och mer lättadministrerat alternativ till EDE, men med målet att mäta samma symtomatologi som EDE. EDE-Q innehåller 36 frågor med samma delskalor som EDE.

Ett flertal studier har gjorts där både EDE-Q och EDE administrerats till samma deltagare, och överensstämmelsen i resultat har använts som ett mått på EDE-Q:s validitet. I Fairburn och Beglins (1994) inledande studie av EDE-Q fanns en stark korrelation mellan de båda måtten i samtliga delskalor (.79-.85), medan Mond, Hay, Rodgers, Owen och Beumont (2004) fick något lägre korrelationer (mellan .68 för 'upptagenhet vid ätande' och .75 för 'upptagenhet vid figur'). EDE-Q har visat sig generera högre frekvenser av rapporterade objektiva hetsätningsepisoder än EDE (Fairburn & Beglin, 1994; Carter, Aimé, & Mills, 2001; Mond, et al., 2004). I en studie av kvinnor med hetsätningstörning (Grilo, Masheb, & Wilson, 2001) visades att instrumentet hade god överensstämmelse med EDE vad gällde frekvens av OBE, medan övriga delskalor hade sämre korrelationer (.42 till .63).

De skillnader som funnits anses härröra ur definitionssvårigheter av OBE (kontrollförlust och stor mängd mat) och delskalorna. De tekniker som används under EDE-intervjun för att förbättra minnesbilden av de senaste 28 dagarna och definiera symtom som t.ex. upptagenhet vid kropp och vikt anses ge en mer korrekt bild än självrapporteringsformulär (Fairburn & Beglin, 1994; Carter et al., 2001). Dock har det visats att om definitioner av ätstörningssymtom som hetsätning, självrensning och upptagenhet vid vikt och figur i förväg har givits till patientgrupperna så ökar samstämmigheten mellan EDE och självrapporteringsformulär (Goldfein, Devlin, &



Kamenetz, 2005; Loeb, Pike, Walsh, & Wilson, 1994). I föreliggande studie har alla deltagare genomgått EDE-intervjun innan de randomiserats till behandlings- eller kontrollgrupp och genomgått förmätning. Därmed har de fått definitioner av OBE och upptagenhet vid vikt och figur.

Vid en utprovning av instrumentet jämfördes resultaten av EDE-Q med EDE, varvid medelvärden för kvinnor som inte uppfyllde ED-diagnos räknades fram (Mond et al., 2004). Dessa värden och Cronbachs alfa framräknat från samtliga svar ( $n = 255$ ) vid screeningen till denna studie redovisas i tabell 4.

**Tabell 4.** Normer för normalpopulation och reliabilitet för EDE-Q

Delskala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbachs $\alpha$
Återhållsamhet	1.19	1.21	.72
Upptagenhet vid ätande	.49	.74	.62
Upptagenhet vid figur	1.49	1.20	.29
Upptagenhet vid vikt	2.03	1.38	.07
Total	1.30	.96	.67

Normer hämtade från Mond et al. (2004), reliabilitet framräknad från screening till denna studie

EDE-Q har visat sig vara ett lämpligt instrument för utvärdering av behandling (Sysko, Walsh, & Fairburn, 2005) och screening och det visar god diskriminativ validitet när frekvens av OBE används som främsta symtom på ätstörningar (Mond, et al., 2004). I denna studie användes EDE-Q som screeninginstrument och ingick också i för-, efter- och mittenmätningen.

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

För att kunna bedöma olika psykologiska karaktäristika och symtomområden associerade med ätstörningar utvecklade Garner (1991) EDI-2 vilket bygger på EDI (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983).

Det ursprungliga instrumentet innehöll 8 delskalor (1. *Viktfofi*, 2. *Bulimi*, 3. *Missnöje med kroppen*, 4. *Låg självkänsla*, 5. *Perfektionism*, 6. *Interpersonell misstro*, 7. *Störd interoceptiv medvetenhet* och 8. *Rädsla för vuxenlivet*). EDI-2 består av dessa ursprungliga delskalor med 3 tillägg (*Asketism*, *Störd impulsreglering* och *Social osäkerhet*). Samtliga skalor poängsätts i intervallet 0-35. Det ursprungliga instrumentet har översatts till svenska av Norring och Sohlberg (1988) och utprovats med goda

resultat; Cronbachs alfa varierade mellan .76 och .92 för de olika delskalorna. EDI-2 har också normerats på svensk population av Nevonen och Broberg (2001). De tillagda skalorna visar genomgående lägre intern överensstämmelse (Garner, 1991) och i Nevonen och Brobergs studie var Cronbachs alfa mellan .59 och .75.

I studien av Norring och Sohlberg (1988) samt den av Nevonen och Broberg (2001) visade EDI och EDI-2 på god diskriminativ validitet. I den förra studien skiljde instrumentet på patienter med AN- och BN-diagnoser på delskalorna 'bulimi' och 'missnöje med kroppen', patienter med ätstörningar från kontrollgrupp på samtliga skalor utom 'missnöje med kroppen' och patienter som hetsåt från samtliga andra på 'viktfofi', 'bulimi' och 'missnöje med kroppen'. I den senare studien skiljde EDI-2 på patienter med AN-diagnos, patienter med BN-diagnos och kontrollgrupp på 5 av 11 skalor, medan 6 av skalorna skiljde ut antingen AN- eller kontrollgruppen från de övriga.

Tabell 5 redovisar svenska normer för delskalorna 1-7 från Nevonen och Broberg (2001) och intern samstämmighet för delskalorna (Nevonen, L., personlig kommunikation, 2005-05-16).

**Tabell 5.** Normer för normalpopulation och reliabilitet för EDI delskalor 1-7

Delskala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Reliabilitet
1. Viktfofi	2.8	3.9	.85
2. Bulimi	0.3	0.8	.84
3. Missnöje med kroppen	8.8	7.4	.84
4. Låg självkänsla	2.1	3.0	.71
5. Perfektionism	2.6	3.5	.80
6. Interpersonell misstro	1.9	2.7	.80
7. Störd interoceptiv medvetenhet	1.6	2.4	.80

EDI-2 är ett av de mest använda självskattningsinstrumenten för ätstörningar och täcker flera centrala symtomområden. Det anses vara känsligt för förändringar hos patienter och är därför lämpligt för utvärdering av behandlingar (Anderson et al., 2004). EDI-2 är genom sina diskriminativa kvaliteter också lämpligt för screening av ätstörningar (Nevonen & Broberg, 2001). I föreliggande studie togs de tre tillagda skalorna och 'rädsla för vuxenlivet' bort för att minska mängden frågor och fokusera på centrala ätstörningsmått (för en beskrivning av de inkluderade delskalorna se bilaga A). EDI-2

administrerades vid för-, efter- och mittenmätningen. I löpande text refereras instrumentet som ”EDI”.

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

BSQ (Cooper, et al., 1987) mäter missnöje med kroppsstorlek och figur, och fokuserar i synnerhet på den egna upplevelsen av att känna sig tjock. BSQ är framtaget genom försökspersoner under intervju fick prata om denna upplevelse, under vilka omständigheter den uppstod och vilka beteende- och känslomässiga konsekvenser den fick. Dessa intervjuer gav upphov till kategorier som renodlades gällande interkorrelationer, frekvens och förmåga att differentiera mellan kliniska och icke-kliniska grupper, vilket utmynnade i 34 frågor (Cooper, et al., 1987).

En förkortad version med 14 frågor har föreslagits och visat goda preliminära psykometriska egenskaper (Dowson & Hendersson, 2001). Ghaderi och Scott (2004) har översatt BSQ till svenska och utprövat det på tre grupper: ett representativt urval ( $n = 1157$ ) av kvinnor mellan 18 och 30 år, en grupp kvinnor ( $n = 90$ ) med BN- eller EDNOS-diagnos samt psykologstudenter ( $n = 124$ ). De extraherade den korta versionen av instrumentet i efterhand och det visade god reliabilitet, Cronbachs alfa mellan .94 och .96 och split-half reliabilitet mellan .93 och .96. BSQ visade också god samtidig validitet (korrelationen med EDI-delskalan 'missnöje med kroppen' var mellan .71 och .83). Normer för personer utan någon samtidig eller tidigare ED-diagnos ( $n = 826$ ) fastställdes till  $M = 34.1$  och  $SD = 14.7$  (Ghaderi, A., personlig kommunikation, 2005-05-16).

BSQ betraktas som ett instrument lämpat för att mäta grad av psykopatologi hos patienter med ätstörningar, och passar därför som utvärderingsinstrument av behandlingar riktade till denna patientgrupp (Anderson et al., 2004; Cooper et al., 1987). I denna studie användes BSQ som screeninginstrument och den förkortade version ingick i för-, mitten- och eftermätningen.

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

MADRS (Svanborg & Åsberg, 1994) är ett självskattningsformulär baserat på den ursprungliga MADRS-skalan (Montgomery & Åsberg, 1979) som designades för att användas av kliniker vid bedömning av patienters depression. MADRS utvecklades för att mäta grad av depression som inte är relaterad till personlighetsdrag utan snarare nuvarande sinnestillstånd, och avsågs därmed vara känsligt för förändring hos

deprimerade personer som behandlades med psykofarmaka (Montgomery & Åsberg, 1979). MADRS uppvisade hög interbedömarreliabilitet och god förmåga att skilja icke-kliniska fall från kliniska fall.

MADRS består av 9 frågor där individen ska skatta sitt sinnestillstånd under de senaste 3 dagarna inom områden som *sinnestämning*, *oroskänslor* och *sömn*, på en skala från 0 till 6. Området ges en kort beskrivning (t.ex. ”*SINNESSTÄMNING. Här ber vi dig beskriva din sinnestämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dyster till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du känt dig lättare till sinnet och det hänt något positivt.*”). För skalstegen 0, 2, 4 och 6 ges en beskrivning sinnestämningen (0 = ”*Jag kan känna mig glad eller ledsen, allt efter omständigheterna*”, 6 = ”*Jag är totalt nedstämd och olycklig att (sic!) jag inte kan tänka mig värre*”). Totalpoängen ligger mellan 0 och 60 poäng, och följande gränser har föreslagits för MADRS; 12 poäng eller under, ingen depression, 13-19, mild depression, 20 eller mer, moderat eller svår depression (Svanborg & Ekselius, 2003).

Svanborg och Åsberg (1994) jämförde MADRS med den ursprungliga skalan och fann korrelationer på mellan .83 och .93. Samma författare jämförde också MADRS med Beck Depression Inventory, BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), och fann en korrelation på .87. Dock menar författarna att BDI i högre grad mäter personlighetsdrag och skymmer rena depressionssymtom, varför de rekommenderar att MADRS används för att mäta förändring av depression i behandlingsstudier (Svanborg & Åsberg, 2001). I denna studie användes MADRS som screeninginstrument och ingick i eftermätningen. Cronbachs alfa beräknades till .85 genom att använda samtliga svar vid screeningen ( $n = 255$ ).

### **Satisfaction with Life Scale (SWLS)**

SWLS avser mäta individens livskvalitet utifrån dennas subjektiva uppfattning om vad som definierar ett gott liv. Därmed mäts inte affektiva komponenter utan istället speglas en kognitiv beslutsprocess där individen jämför sin nuvarande livssituation med en tänkt standard (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

SWLS består av 5 påståenden om livstillfredsställelse (t.ex. ”*I de flesta avseenden ligger mitt liv nära mitt ideala liv*”) som individen bedömer från på en sjugradig skala där 1 = *stämmer mycket dåligt* och 7 = *stämmer mycket bra*. Totalpoängen summeras

och varierar från 5 till 35, där 5-9 poäng representerar extremt missnöje, 15-19 visst missnöje, 20 poäng ett neutralt läge, 21-25 viss tillfredsställelse och 26-30 tillfredsställelse med livskvaliteten. Normalvärden anses ligga mellan 23 och 28 poäng (Pavot & Diener, 1993).

Diener et al. (1985) utvärderade instrumentet och visade att SWLS hade god test-retest reliabilitet (.82) och hög intern samstämmighet (Cronbachs alfa = .87). SWLS har också visat tillräcklig korrelation med andra instrument som genom olika administrationsformer (intervju, observation och självrapportering) mäter subjektivt välmående och livskvalitet (Pavot & Diener, 1993). SWLS anses kunna vara ett värdefullt instrument för att mäta förändring i subjektivt uppfattad livskvalitet, men det har inte visats i några kontrollerade studier (Pavot & Diener, 1993). I denna studie ingick SWLS i för-, mitten- och eftermätningen.

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

QOLI (Frisch, et al., 1992) ger en sammantagen bild av livskvalitet genom att mäta det uppskattade värdet av och kvaliteten på 16 olika områden i livet, bl.a. hälsa, självrespekt och ekonomi. Genom att mäta kvalitet inom olika områden, vikta dem utifrån individens värdering och sedan addera dem ges en individuellt anpassad totalbild av livskvalitet (Frisch, et al., 1992).

Alla områden ges en kort definition (t.ex. ”*EKONOMI innebär i detta sammanhang tre saker. Det är den inkomst man har, de saker man äger (som t ex bil eller möbler), och den förväntan man har om att ha de pengar och saker man behöver i framtiden.*”) och individen får sedan skatta från inte viktigt (= 0) till mycket viktigt (=2) hur viktigt området är för den och därefter hur nöjd han eller hon är med det området i sitt liv, från mycket missnöjd (= -3) till mycket nöjd (= 3). Genom att multiplicera värdet av området med kvaliteten av det får man ett tal mellan -6 och 6 (QOLI-poäng) som anses mäta en sammanvägd tillfredsställelse med området (Frisch, et al., 1992). Medelvärdet av QOLI-poängen för de 16 områdena, bortsett från de områden givits värden av 0, ger ett mått på livskvalitet mellan -6 och 6. Normal livskvalitet för en vuxen population motsvaras av en poäng på mellan 2.00 och 3.75 och poäng utanför detta område anses ligga signifikant högt eller lågt (Frisch et al., 1992).

I sin utvärdering av QOLI fann Frisch et al. (1992) att test-retest reliabilitet varierade mellan .80 och .91, och att Cronbachs alfa varierade mellan .77 och .89. För att testa

samtidig validitet av instrumentet jämförde man med andra instrument som mäter subjektiv livskvalitet (bl.a. SWLS, se ovan) och fann signifikanta korrelationer mellan .35 och .64. Dessutom jämförde man QOLI med olika mått på depression (BDI), ångest och generell psykopatologi och fann där signifikanta korrelationer mellan .39 och .51, vilket pekar på god diskriminativ validitet mellan kliniska och icke-kliniska populationer.

Sammantaget betraktas QOLI som ett kliniskt värdefullt instrument som kan användas för att mäta de effekter psykoterapier har på patienters subjektiva uppfattning av livskvalitet (Frisch, et al., 1992). I denna studie användes QOLI som screeninginstrument och ingick i för-, mitten- och eftermätningen.

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

RSE mäter självkänsla, som definieras som en positiv eller negativ hållning gentemot oss själva, där en positiv hållning är något vi eftersträvar (Rosenberg, 1979).

RSE består av 10 påståenden (t.ex. ”*Totalt sett är jag nöjd med mig själv*”) som individen tar ställning till genom att välja ett av fyra alternativ mellan *stämmer helt* och *stämmer inte alls*. Totalpoängen varierar mellan 0 och 6, där 0-1 motsvarar hög självkänsla, 2 normal självkänsla och 3-6 låg självkänsla (Pastore, Fisher, & Friedman, 1996).

Validitet och reliabilitet för RSE har fastställts i många studier. Test-retest reliabiliteten har uppmätts till .85, Cronbachs alfa ligger mellan .74 och .80, och RSE korrelerar signifikant med klinisk bedömning av självkänsla, indikationer på ångest, nyttjande av psykiatriska resurser och psykofarmaka samt popularitet (MHSIP Report Card, 1996). I denna studie ingick RSE i för-, mitten- och eftermätningen.

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

SCQ utvecklades av Robson (1989) på grund av bristen på instrument som gav en mångdimensionell bild av självkänsla. Konstruktionen av skala utgick från definitionen av självkänsla som ”Känslan av tillfredsställelse och självacceptans som kommer av en individs värdering av sitt eget värde, sin viktighet, attraktivitet, kompetens och förmåga att nå sina mål” (Robson, 1989, egen översättning).

SCQ består av 30 frågor som täcker 7 områden som anses tillhöra självkänsla; *significance, worthiness, appearance/social acceptability, resilience and determination,*

*competence, control over personal destiny* och *value of existence*. Varje fråga (t.ex. ”De flesta tycker att jag är rätt attraktiv”) skattas från 0 = *Stämmer inte alls* till 7 = *Stämmer helt*. Detta ger en totalsumma mellan 0 och 210 poäng. Man instrueras att skatta det ”som bäst beskriver hur du känner för det mesta” för att fånga självkänslan som stabilt personlighetsdrag (trait) snarare än situationsbundet (state).

Ghaderi & Scott (1999) översatte skalan till svenska och prövade den på tre grupper, ett representativt urval av svenska kvinnor, 18-30 år. Översättningen visade hög intern samstämmighet, Cronbachs alfa mellan .83 och .91 och test-retest reliabilitet = .89. SCQ visade också god diskriminativ och samtidig validitet. Skalan korrelerade signifikant med RSE (se ovan) och även med ’låg självkänsla’ inom EDI, och kunde också differentiera mellan personer med ( $M = 130, SD = 22.5$ ) eller utan ( $M = 152, SD = 20.4$ ) ätstörningar i det representativa urvalet (Ghaderi, 2005).

I denna studie ingick SCQ i för-, mitten- och eftermätningen.

### **Treatment Credibility**

För att mäta deltagarnas uppfattning om behandlingens trovärdighet ställdes fem frågor som rörde huruvida deltagarna trodde behandlingen skulle kunna hjälpa dem, tyckte att den var logiskt upplagd, och om de skulle rekommendera den till en vän. Svaren skattades mellan 1 och 10 och gav en totalpoäng mellan 5 och 50. Frågorna återfinns i bilaga B. Treatment credibility har visat sig ha en stark korrelation med behandlingsresultat (Weaver, 1998), varför det är viktigt att behandlingen uppfattas som trovärdig. Därför jämfördes KBT och KBTAC vad gällde Treatment credibility för att se om deltagarnas uppfattning om betingelsernas trovärdighet skiljde sig åt. Detta skedde två veckor efter behandlingens start.

### **Veckomätning**

Under behandlingen utförde deltagarna i behandlings- och kontrollgruppen en mindre mätning varje vecka. Mätningen innehöll sammanlagt 21 frågor i olika kategorier: 14 frågor om kognitiva och emotionella ätstörningssymtom, 3 frågor om störande tankar kring mat och om dessa påverkat beteende och 4 frågor om antal hetsätningar och kompensande beteenden. För behandlingsgruppen tillkom dessutom en fråga om motivation att fortsätta med behandlingen och 4 frågor om arbetet med behandlingen. Samtliga frågor finns att tillgå i bilaga C.

## **Internetforum**

Varsitt internetforum av typen phpBB<sup>1</sup> skapades för de två behandlingsgrupperna. Internetforum fungerar som anslagstavlor och ger möjlighet för dess användare att skriva inlägg inom olika ämnen eller svara på andras inlägg. Vid svar bildas konversationer (så kallade trådar) som alla användare av forumet kan följa och delta i. Forumen var lösenordsskyddade och deltagarna valde själva grad av anonymitet genom att de fick bestämma användarnamn och om deras e-postadresser skulle synas.

## **Samtycke**

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

## *Procedur*

### **Rekrytering**

Deltagarna fick själva anmäla sig till studien via en hemsida<sup>2</sup>. Information om studien och adressen till hemsidan spreds genom att dagstidningarna Upsala Nya Tidning och Expressen kontaktades och skrev artiklar om studien. Dessutom fanns en länk till studiens hemsida på Riksföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakts hemsida<sup>3</sup>. Anmälan var möjlig mellan 2004-10-30 och 2004-12-10.

När deltagarna anmälde sig via hemsidan lämnade de kontaktuppgifter och informerades om att de för egna medel måste åka till Uppsala för intervju om de ville delta i studien. Efter anmälan fick de användarnamn och lösenord för att komma åt screening-formulären, och efter att dessa fyllts i bedömdes om deltagarna enligt urvalskriterierna skulle kallas till intervju eller inte. De som inkluderades ombads via e-post ange lämpliga tider för intervju och ringdes sedan upp för att bestämma exakt tid. Intervjuerna hölls mellan slutet av oktober och mitten av januari.

### **EDE-intervjuer**

Intervjuerna genomfördes av 5 psykologistuderande på termin 8-10 samt en doktorand i psykologi, samtliga vid Uppsala universitet. Intervjuerna genomgick en EDE-utbildning av uppsatshandledaren, som även lyssnade igenom bandinspelningar av samtliga

---

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

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

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



intervjuer. Diagnos fastställdes av handledaren efter intervjuerna och de deltagare som uppfyllde inklusionskraven meddelades om detta via e-post.

### **Onlineadministration av testinstrument**

Samtliga instrument utom EDE administrerades via hemsidor på internet. Introduktionstexter, frågeformuleringar och svarsalternativ kopierades ordagrant från testinstrumenten. Inför administrationen av respektive instrument presenterades dess introduktionstext samt antalet frågor som det innehöll, och därefter presenterades frågorna en och en. Svaren avgavs genom att deltagarna klickade på svarsalternativ, eller fyllde i text där detta var tillämpligt. Deltagarna kunde när som helst gå tillbaka bland svaren och ändra dem om de så önskade.

Onlineadministration av mätinstrument har jämförts med pappersadministration i två aktuella studier med goda resultat (Luce, et al., in press; Carlbring, et al., in press). Luce et al. administrerade instrument i både pappers- och onlineformat och korrelerade resultaten: längd och vikt (.97 till 1.0), bekymmer med vikt och figur (.73 till .85) och sinnestämning (.58 till .82). De lägre korrelationerna för det sistnämnda instrumentet ansågs härröra ur tidseffekter snarare än administrationsform. Carlbring et al. administrerade flera instrument relaterade till paniksyndrom samt MADRS och QOLI som även användes i denna studie. De fann att båda administrationsformerna visade liknande psykometriska egenskaper för samtliga instrument (Cronbachs alfa mellan .79 och .95).

I båda studierna dras slutsatsen att onlineadministration är ett lämpligt alternativ till pappersadministration.

Instrumenten presenterades vid följande tillfällen och ordning:

Screening: Demografiska data, SEDs, EDE-Q, MADRS, QOLI, BSQ.

För- och mittenmätning: EDI, BSQ, SCQ, SWLS, EDE-Q, RSE, Treatment Credibility.

Slutet av andra behandlingsveckan: Treatment Credibility.

Eftermätning: EDI, BSQ, SCQ, SWLS, EDE-Q, RSE, MADRS, QOLI.

I samband med onlinemätningarna påmindes de deltagare som inte fyllt i mätningarna efter 2-3 dagar först via sms, sedan e-post och till sist telefonsamtal.

## Förberedelser

Före behandlingens start randomiserades deltagarna till respektive betingelse, sedan kontaktades samtliga via e-post och meddelades om de placerats i behandlings- eller kontrollgrupp och de ombads genomföra förmätningen. De som inte gjorde förmätningen inom ett par dagar efter e-postkontakten blev uppringda för påminnelse. Sedan skickades självhjälpboken till hela behandlingsgruppen och häftet enbart till ACT-gruppen. Ett mejl skickades även ut till samtliga deltagare, med information om vecko-, mitten- och eftermätningar. Information om behandlingens upplägg, veckokontakt med behandlare och internetforumen skickades till behandlingsgruppen.

## Behandlingen

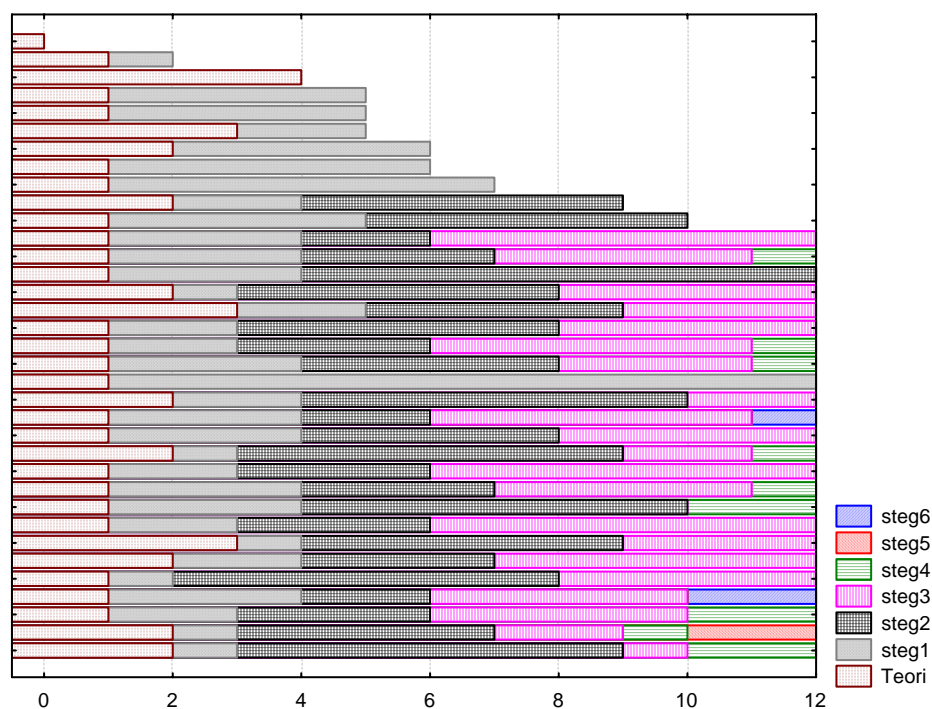
Behandlingen pågick under 12 veckor, från och med 2005-01-24 till 2005-04-17. Den första veckan ägnades åt att läsa igenom teoridelen av boken och göra hemuppgifter till den, därefter påbörjades arbetet med första steget i behandlingsdelen av boken. Tonvikten under behandlingen låg på att deltagarna skulle ta sig igenom boken steg för steg i sin egen takt. När deltagarna kände sig redo att gå vidare till nästa steg utvärderade de den senaste veckans arbete och diskuterade det med sin behandlare.

**Tabell 6.** Antal veckor deltagarna i snitt tillbringade på teoridelen och de 6 stegen i behandlingen samt antalet deltagare som nådde varje steg.

Steg	Antal veckor	Antal deltagare
Teori	1.5	34
1	2.8	33
2	4.2	25
3	3.7	23
4	1.0	12
5	0.7	3
6	1.3	3

Av de 35 som randomiserades till behandlingsgruppen och genomförde förmätningen fortsatte 24 till slutet av behandlingen. En deltagare påbörjade inte behandlingen och 10 avslutade mellan vecka 2 och vecka 10. För att det skulle betraktas som att en deltagare avslutade behandlingen i förtid skulle denna antingen 1) meddela detta eller 2) inte svara på e-post-begäran om att mejla sin behandlare.

I figur 5 nedan visas alla deltagare, hur många veckor de tillbringade på varje steg och hur länge de arbetade med behandlingen.



**Figur 5.** Deltagarnas arbete med behandlingen.

### **Kontakt med behandlarna**

Författarna agerade behandlare i studien och deltagarna i behandlingsgruppen slumpades på dem. Behandlare 1 tilldelades 18 deltagare, varav 9 ur KBTAC och 9 ur KBT, behandlare 2 tilldelades 17 deltagare varav 8 ur KBTAC och 9 ur KBT. Den individuella kontakten mellan deltagare och behandlare skedde via e-post och deltagarna instruerades att en gång i veckan e-posta sin behandlare. De kunde då ställa frågor, berätta om sitt arbete med behandlingen samt bifoga eventuella hemuppgifter.

Bemötandet som behandlarna gav deltagarna skiljde sig något mellan KBT och KBTAC. I mejlkontakten med deltagare ur KBT utgick behandlarna huvudsakligen från manualen för stöd till dem som genomgår självhjälpsbehandlingen (Fairburn, 1999) och refererade till delar i självhjälpsboken där det ansågs lämpligt. I kontakten med KBTAC utgick behandlarna även ifrån häftet, men använde också resonemang ur ACT-litteraturen, som inte togs upp i häftet. I båda betingelserna låg tonvikten på stöd och uppmuntran för att få deltagarna att följa självhjälpsbehandlingen snarare än

psykoterapi. Behandlarna dokumenterade kontakten med deltagarna och assisterades av uppsatshandledaren, kunnig inom både RFT/ACT, KBT och ätstörningsbehandling.

### **Hemuppgifter**

Utifrån teoridelen och varje steg i självhjälsboken samt häftet formulerades ett antal hemuppgifter som skickades till deltagarna via e-post. Dessa var av två typer, antingen att diskutera ett ämne med de andra deltagarna på forumet eller e-posta ett ifyllt formulär eller en besvarad fråga till behandlaren. Hemuppgiften till teoridelen skickades i början av behandlingen och därefter skickades de när deltagarna påbörjade ett nytt steg i behandlingen. KBTAC fick samma uppgifter som KBT med tillägg av uppgifter som rörde de ACT-komponenter som togs upp i häftet.

För att hålla balans på forumet skickades inte hemuppgifterna ut till deltagarna förrän cirka tre deltagare nått motsvarande steg. Eftersom så få nådde steg 5 och 6 skickades hemuppgifterna till dessa steg aldrig ut. Hemuppgifterna till teoridelen och steg 1-3 finns i bilaga D.

### **Internetforumen**

Aktiviteten på internetforumen var frivillig, men alla deltagare uppmanades delta aktivt i dem för att diskutera behandlingen med varandra. Behandlarna deltog också i diskussionerna, men skapade inga egna diskussioner utan svarade på deltagarnas frågor eller kom med kommentarer. Genom att ge deltagarna i hemuppgift att skriva inlägg på forumen stimulerades diskussioner, men aktiviteten var som störst under första hälften av behandlingen för att sedan stadigt sjunka. Av 18 deltagare i KBT och 17 i KBTAC deltog 14 respektive 13 med minst ett inlägg, i snitt skrev de deltagarna 9.7 ( $SD = 9.7$ ) respektive 12.6 ( $SD = 9.5$ ) inlägg var. Notera att KBTAC fick fler diskussionspunkter i hemuppgifter än KBT, därav en förklaring till snittskillnaden i antalet inlägg.

### *Etiska överväganden*

Deltagarna informerades vid anmälan till studien om att den bestod av en självhjälsbehandling, och att de skulle ha minimal kontakt med behandlare. För att ingen av deltagarna i studien skulle vara i behov av mer omfattande än den som erbjöds exkluderades de som uppvisade alltför allvarlig symtomatologi eller var för deprimerade (se Urval). De som exkluderades ur studien fick rekommendationer om hur och var de kunde söka alternativ behandling på hemorten, samt i de fall det bedömdes som lämpligt, rekommendationer om relevant självhjäls litteratur.

De som inkluderades informerades om att de skulle komma att slumpas till behandlings- eller kontrollgrupp, och att kontrollgruppens behandling skulle påbörjas direkt efter att eftermätningen administrerats. Kontrollgruppens behandling påbörjades 2005-04-25.

Flera åtgärder vidtogs för att skydda personuppgifter och personlig integritet. Deltagarna fick personligt användarnamn och kod vilka de använde för att genomföra veckomätningar och för- efter och mittenmätningar. Tillgång till diskussionsforumen begränsades också med lösenord och de övervakades av behandlarna så att inga obehöriga skulle registrera sig där och läsa de inlägg som skrevs. Separata e-postkonton vilka enbart användes för behandlingskontakt skapades för behandlarna, och alla personuppgifter som fanns lagrade i digital form var lösenordskyddade och krypterade.

Studien har genomgått etikprövning med diarienummer 2004:M-366.

### *Statistiska analyser*

#### **Intent-to-treat-analys**

I jämförelsen mellan behandlings- och kontrollgrupp har vi följt intent-to-treat-principen (ITT), som baserar sig på effectiveness- snarare än efficacy-analys av en intervention (Lachin, 2000). Medan en efficacy-analys fokuserar på hur interventionen fungerade för de deltagare som följde det föreskrivna programmet eller behandlingen, ser man i en effectiveness-analys snarare på resultaten för samtliga deltagare i interventionen. Det förra anses ge högre inre validitet men bristande generaliserbarhet, medan det senare ger högre extern validitet men mindre kontroll över data (Stricker, 2000). Men det finns också viktiga metodologiska skäl till att följa ITT i randomiserade studier. Randomiseringen utesluter yttre påverkan vid indelningen i experiment- och kontrollgrupp, och signifikanta skillnader som uppmäts efter interventionen kan med större sannolikhet sägas härröra från interventionen i sig snarare än någon form av snedfördelad faktor. Om någon i experiment- eller kontrollgruppen utesluts från analys efter randomisering, oavsett anledning, så introducerar experimentledaren en bias som tidigare inte funnits, och dess effekter är i strikt mening omöjliga att förutsäga (Begg, 2000). Detta minskar generaliserbarheten av studien, och eftersom vi undersökt huruvida internetadministration av en väletablerad behandlingsmetod för patientgruppen är ett bra alternativ till traditionell administration, en frågeställning med klara praktiska implikationer, är det viktigt med hög extern validitet.

Sjuttiofre personer randomiserades och skulle därmed vara med i eftermätningen, men ett avsteg fick göras från ITT vad gällde de 4 personer som randomiserades men inte gjorde förmätningen innan behandlingens start. Dessa 4 har istället ingått i bortfallsanalysen ovan. Resterande 69 deltagare som randomiserades till behandlings- eller kontrollgrupp och gjorde förmätningen, oavsett om de hoppade av under behandlingens tid eller inte, tagits med i analysen av skillnader mellan grupperna. Två av deltagarna i behandlingsgruppen stod emellertid inte att få tag på vid behandlingens slut, och eftermätningensdata för dessa saknas därmed. Det finns en mängd metoder för att hantera saknade data (Streiner & Geddes, 2001; Mazumdar, Liu, Houck, & Reynolds III, 1999), varav de flesta kräver avancerad statistisk analys av samtidiga eller föregående data. Sådan analys ansågs inte vara nödvändig och gällde bara två fall. Därför användes istället last observation carried forward (LOCF). Den innebär i detta fall att förmätningensdata har använts som eftermätningensdata för de två deltagarna. LOCF används ofta inom psykiatrisk forskning, och trots uppenbara brister anses det bättre än att helt utesluta deltagare från analyser (Streiner & Geddes, 2001).

För att effekten av att faktiskt genomgå hela programmet också ska framträda redovisas även skillnader på centrala ätstörningsmått mellan de i behandlingsgruppen som fullgjorde alla 12 veckor och kontrollgruppen ("completersanalys"). Dessa analyser är inte mått på behandlingens effektivitet, utan demonstrerar vilka tänkbara effekter man kan förvänta sig finna hos den andel av deltagarna som fullgör hela behandlingen.

Vid analys av skillnader mellan KBT och KBTAC överges ITT och effectiveness-analys för efficacy-analys av ACT-komponenterna genom att endast deltagare som fullgjorde alla 12 veckor av behandlingen inkluderades. Efficacy-analyser görs när man försöker utöka den vetenskapliga kunskapsbasen angående en viss metod snarare än att bevisa att metoden fungerar. ACT-komponenter har tidigare inte utprovats på denna population under liknande former, varför vi såg det som värdefullt att försöka isolera möjliga effekter av dessa tillägg. För att göra detta krävs att metoden utprovats under så ideala omständigheter som möjligt, t.ex. med en homogen grupp av patienter (Roland & Torgerson, 1998). Analys av hela behandlingsgruppen gav inga signifikanta skillnader, och därför renodlades gruppen till de deltagare som fullgjort hela behandlingen.

### **Analysmetoder**

För att se om några skillnader finns mellan behandlings- och kontrollgrupp, respektive KBT och KBTAC har 2x2 ANOVA mixed design (split-plot) med måttillfälle som

inomgruppsvariabel, betingelse (dvs kontroll kontra behandlingsgrupp) som mellangruppsvariabel och poäng på respektive instrument som beroendevARIABLE använts. Effektstorlekar av ANOVA-beräkningarna ges i partiell eta i kvadrat ( $\eta_p^2$ ), som räknas ut genom att dividera  $SS_{interaktionsffekt}$  med  $SS_{interaktionseffekt} + SS_{fel}$ . Detta ger en uppskattning av hur stor del av variansen utöver den av mättillfälle och grupp som kan förklaras av interaktionen mellan dessa. Jämfört med  $\eta^2$  ger  $\eta_p^2$  aningen högre värden, så de riktlinjer som ges för tolkning av  $\eta^2$ , där .01 tolkas som liten effekt, .059 som medelstor och .138 som stor effekt, ska tillämpas strängare vid tolkning av  $\eta_p^2$ , t.ex. anses .19 vara en bättre gräns för stor effekt. Där effektstorlekar anges som Cohens  $d$  har den ”poolade” standardavvikelsen använts i beräkningen. Poolad standardavvikelse tar hänsyn till båda gruppernas standardavvikelser och antal personer i dem.

För att bedöma kliniska signifikanser av förändringar användes den modell som 1984 föreslogs av Jacobson och kollegor. De menade att för att kunna bedöma effekten av en behandling räcker inte signifikanstester och effektstorlekar, man måste även se om individuella patienter förbättras så mycket att de kan sägas ha rört sig ut ur ett dysfunktionellt spektrum (Jacobson & Truax, 1991). Detta har formaliserats på följande sätt (Thiel, Züger, Jacoby, & Schübler, 1998):

- För att en patient ska betraktas som kliniskt signifikant förbättrad, ska denna ha förbättrats tillräckligt för att det ska vara säkerställt att förändringen inte beror på mätfel (*pålitlig förändring*).
- korsat den sannolika gränsen mellan dysfunktionella och funktionella normer (*kliniskt signifikant förbättring*).

Pålitlig förändring beräknas med formeln

$$1,96 \cdot s \cdot \sqrt{2 \cdot (1 - r)}$$

där  $r$  är reliabiliteten för testet och  $s$  är standardavvikelsen för hela gruppen vid den ursprungliga mätningen (förmätningen i det här fallet). Om en deltagares poäng på en skala förändras mer än den pålitliga förändringen är det troligt att detta speglar en sann förändring (Jacobson & Truax, 1991).

Det finns olika sätt att dra gränsen för kliniskt signifikant förbättring, det vanligaste är att sätta den mitt emellan normalpopulationens och behandlingsgruppens medelvärden (Jacobson & Truax, 1991). Gränsen räknas då ut med formeln

$$\frac{s_0 M_1 + s_1 M_0}{s_0 + s_1}$$

Där  $M_0$ ,  $s_0$  och  $M_1$ ,  $s_1$  är medelvärde och standardavvikelse för normalpopulation respektive behandlingsgrupp. Metoden kräver dock att man känner till medelvärde och standardavvikelse för normalpopulationen. När dessa saknas, men man har tillgång till föreslagna kliniska gränser för instrumenten, kan dessa användas (Becker, 1999).

Värden för pålitlig förändring och kliniskt signifikant förändring redovisas för varje instrument i resultatdelen.

T-test genomfördes på ätstörningsinstrumenten i förmätningarna för att se om behandlings- och kontrollgrupp respektive KBT och KBTAC skiljde sig åt på någon punkt. De instrument som skiljde grupperna åt användes som kovariat i 2x2 ANCOVA mixed design (split-plot) där behandlings- och kontrollgruppens utfall på nyckelinstrument jämfördes, dessa var EDE-Q total, OBE och självrensande beteenden, EDI 1-3 och BSQ. I jämförelsen mellan KBT och KBTAC testades också eventuell skillnad mellan Treatment credibility-mätningen som genomfördes i slutet på andra behandlingsveckan. Den Treatment credibility-mätning som genomfördes vid mittenmätningen togs inte med i beräkningarna, eftersom behandlingseffekter inför bias i mätningen (Weaver, 1998)

Dessutom korrelerades resultaten av QOLI och SWLS vid eftermätningen för att undersöka hur SWLS relaterade till det mer väletablerade QOLI. Eftersom QOLI administrerades vid screeningen och inte vid förmätningen så var det inte möjligt att korrelera de värden som användes som förmätningvärden för skalorna.



## Resultat

### *Behandlingsgrupp jämfört med kontrollgrupp*

Jämförelsen mellan behandlings- och kontrollgruppen inleds med de ITT-analyser som ligger till grund för bedömning av behandlingens effektivitet, varvid completeranalys följer och till sist jämförs gruppernas förmätningvärden och eventuella skillnader utreds. Där annat inte anges gäller samtliga resultatredovisningar av ANOVA i text och tabeller interaktionseffekter mellan mättillfälle och grupp där behandlingsgruppen förbättras jämfört med kontrollgruppen eller KBTAC förbättras jämfört med KBT.

### Intent-to-treat analyser

I tabell 7 jämförs för- och eftermätningens resultat av beteendemått. Endast de deltagare som någon gång under screening, för- mitten-, eller eftermätning rapporterat förekomst av respektive beteende har inkluderats i beräkningarna. Behandlingsgruppen visade en signifikant minskning i antalet hetsättningsepisoder med medelstor effekt (se figur 6) och antal självrensande episoder visade en icke signifikant medelstor effekt (figur 7).

**Tabell 7.** Frekvens av ätstörningsbeteenden hos behandlings- och kontrollgrupp vid för- och eftermätning.

	Antal		Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
	(n)		Behandl		Kontroll		Behandl		Kontroll		$df = 1, n_B + n_K - 2$		
	B	K	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta_p^2$
OBE	34	33	<b>15.1</b>	19.1	<b>9.6</b>	7.6	<b>5.4</b>	9.5	<b>12.1</b>	18.6	5.98	<b>.02</b>	.08
SBE	23	23	<b>4.4</b>	5.7	<b>6.9</b>	8.7	<b>4.2</b>	6.5	<b>7.3</b>	8.7	0.07	.80	-
Självrensande <sup>†</sup>	16	11	<b>10.2</b>	11.5	<b>13.6</b>	12.7	<b>8.1</b>	13.3	<b>16.0</b>	8.8	1.41	.25	.06
Träning	22	17	<b>6.4</b>	6.9	<b>10.8</b>	11.8	<b>5.4</b>	8.4	<b>7.9</b>	9.1	0.36	.55	-

<sup>†</sup>Antal självrensande episoder är summan av episoder där kräkning, laxermedel eller vätskedrivande medel använts i självrensande syfte

Kolumnerna B och K är antal deltagare ur behandlings- respektive kontrollgrupp som inkluderats i beräkningen

Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-."

Tabell 8 visar resultaten på de ätstörningsrelaterade skalorna för båda grupperna. De skalor inom EDE-Q som visade signifikant skillnad mellan grupperna visade alla samma tendens som totalskalan (figur 8) där kontrollgruppen i stort sett inte förändrades mellan för- och eftermätning medan behandlingsgruppen visade en minskning mellan 0.5 och 0.9 poäng för de olika skalorna. Totalskalan och 'upptagenhet vid vikt' visade medelstora effekter medan 'upptagenhet vid ätande' visade knappt stor effekt.

Symtomskalorna inom EDI visade samtliga på signifikanta skillnader, 'bulimi' (figur 9) visade stor skillnad mellan grupperna. BSQ visade också signifikant skillnad med mellan medelstor och stor effektstorlek.

Två av personlighetsskalorna inom EDI visade på signifikanta skillnader, 'låg självkänsla' med medelstor effektstorlek och 'störd interoceptiv medvetenhet' (figur 10) med stor effektstorlek.

**Tabell 8.** Resultat på ätstörningsrelaterade skalor hos behandlings- och kontrollgrupp vid för- och eftermätning.

	Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
	Behandl		Kontroll		Behandl		Kontroll		df = 1, 67		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta_p^2$
<b>Attitydmått</b>											
(EDE-Q)											
Återhållsamhet	<b>2.7</b>	1.3	<b>2.8</b>	1.5	<b>2.1</b>	1.5	<b>2.6</b>	1.6	2.93	.09	.04
Upptagenhet v. ätande	<b>3.2</b>	1.3	<b>3.3</b>	1.1	<b>2.1</b>	1.2	<b>3.3</b>	1.3	14.51	<b>.00</b>	.18
Upptagenhet v. figur	<b>3.3</b>	1.0	<b>3.4</b>	1.0	<b>3.2</b>	1.0	<b>3.2</b>	0.9	.01	.93	-
Upptagenhet v. vikt	<b>3.3</b>	0.8	<b>3.3</b>	0.9	<b>2.8</b>	1.0	<b>3.3</b>	1.0	7.00	<b>.01</b>	.09
Total	<b>3.1</b>	0.8	<b>3.2</b>	0.9	<b>2.6</b>	0.9	<b>3.1</b>	0.9	11.24	<b>.00</b>	.14
(EDI 1-3)											
Viktfofi	<b>11.3</b>	5.2	<b>14.4</b>	5.1	<b>8.4</b>	5.9	<b>13.9</b>	4.9	5.43	<b>.02</b>	.07
Bulimi	<b>8.9</b>	3.9	<b>9.0</b>	3.5	<b>4.7</b>	4.1	<b>9.0</b>	4.1	23.43	<b>.00</b>	.26
Missnöje med kroppen	<b>19.8</b>	5.7	<b>21.6</b>	6.1	<b>16.6</b>	6.8	<b>21.8</b>	6.3	8.53	<b>.01</b>	.11
BSQ	<b>65.9</b>	12.6	<b>69.3</b>	12.3	<b>57.5</b>	13.8	<b>69.3</b>	12.7	11.71	<b>.00</b>	.15
<b>Personlighetsvariabler</b>											
(EDI 4-7)											
Låg självkänsla	<b>9.6</b>	5.7	<b>9.9</b>	5.9	<b>6.6</b>	5.9	<b>10.1</b>	8.0	8.00	<b>.01</b>	.11
Perfektionism	<b>5.8</b>	4.1	<b>6.6</b>	4.7	<b>4.7</b>	4.2	<b>6.2</b>	4.6	1.29	.26	.02
Interpersonell misstro	<b>5.0</b>	3.7	<b>4.1</b>	3.6	<b>4.2</b>	3.6	<b>4.2</b>	3.6	2.65	.11	.04
Störd interoceptiv medv	<b>9.1</b>	4.9	<b>10.2</b>	6.6	<b>5.1</b>	4.2	<b>11.5</b>	8.3	24.51	<b>.00</b>	.27

Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"

Tabell 9 visar resultaten på måtten av självkänsla, livskvalitet och depression för båda grupperna. SWLS visade signifikant skillnad med medelstor effektstorlek medan QOLI inte visade någon skillnad och liten effektstorlek. Både måtten av självkänsla visade medelstora effektstorlekar, RSE var signifikant medan SCQ låg precis ovanför signifikant p-värde. MADRS visade hög signifikans (figur 11) och stor effektstorlek,

medelvärde för behandlingsgruppen låg vid eftermätningen precis på gränsen mellan ingen depression och mild depression.

**Tabell 9.** Resultat på mått av självkänsla, livskvalitet och depression hos behandlings- och kontrollgrupp vid för- och eftermätning.

	Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
	Behandl		Kontroll		Behandl		Kontroll		<i>df</i> = 1, 67		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta_p^2$
<b>Livskvalitet</b>											
SWLS	<b>17.3</b>	5.6	<b>18.1</b>	6.0	<b>20.1</b>	6.0	<b>18.5</b>	7.3	6.65	<b>.01</b>	.09
QOLI <sup>†</sup>	<b>0.8</b>	1.7	<b>-0.2</b>	1.7	<b>1.0</b>	1.6	<b>0.8</b>	1.8	1.29	.26	.02
<b>Självkänsla</b>											
SCQ	<b>122.7</b>	15.3	<b>119.4</b>	12.9	<b>127.7</b>	13.9	<b>119.6</b>	16.4	3.98	.05	.06
RSE	<b>4.0</b>	1.6	<b>4.0</b>	1.9	<b>3.0</b>	1.9	<b>3.7</b>	1.9	5.12	<b>.03</b>	.07
<b>Depression</b>											
MADRS <sup>†</sup>	<b>18.8</b>	8.0	<b>15.6</b>	7.0	<b>12.1</b>	7.6	<b>16.9</b>	8.1	16.90	<b>.00</b>	.20

<sup>†</sup>Data från screening och eftermätning  
Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"

### Completersanalyser

I resultaten nedan har de 24 av 35 (68 %) deltagare som fullgjorde 12 veckor av behandlingen jämförts med hela kontrollgruppen på centrala ätstörningsmått. Tabell 10 visar signifikant skillnad i antal hetsätningsepisoder med medelstor effektstorlek, och en icke signifikant skillnad med medelstor effekt i antal självrensande episoder.

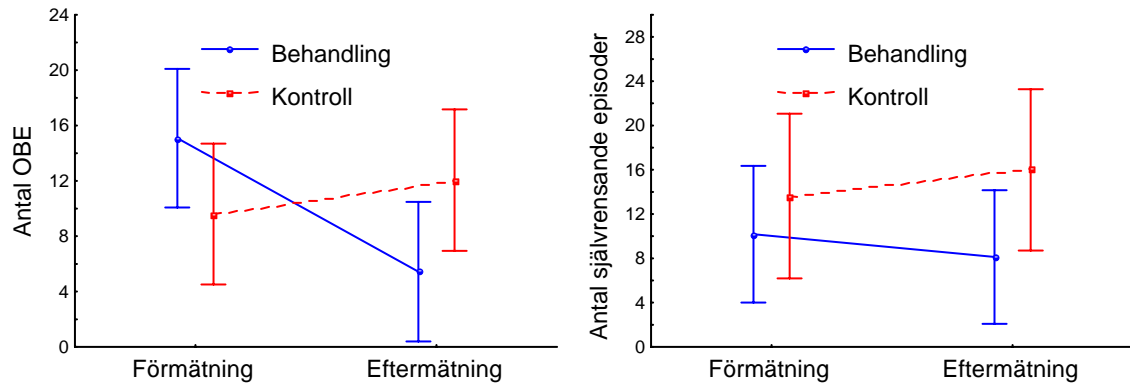
**Tabell 10.** Frekvens av ätstörningsbeteenden hos kontrollgrupp och completers i behandlingsgrupp vid för- och eftermätning.

	Antal		Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
	<i>(n)</i>		Behandl		Kontroll		Behandl		Kontroll		<i>df</i> = 1, $n_B+n_K-2$		
	B	K	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta_p^2$
OBE	23	33	<b>13.7</b>	9.2	<b>9.6</b>	7.6	<b>4.9</b>	10.5	<b>12.1</b>	18.6	6.29	<b>.02</b>	.10
Självrensande <sup>†</sup>	11	11	<b>9.3</b>	12.6	<b>13.6</b>	12.7	<b>6.6</b>	14.7	<b>16.0</b>	8.8	1.47	.24	.07

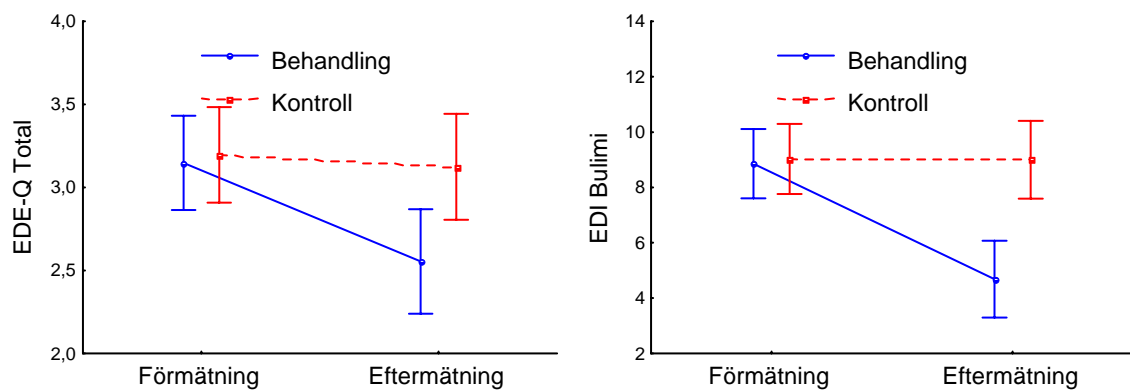
<sup>†</sup>Antal självrensande episoder är summan av episoder där kräkning, laxermedel eller vätskedrivande medel använts i självrensande syfte  
Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"  
Kolumnerna B och K är antal deltagare som inkluderats i beräkningen ur behandlings- respektive kontrollgrupp

Figur 6-11. För- och eftermätningvärden för behandlings- och kontrollgrupp

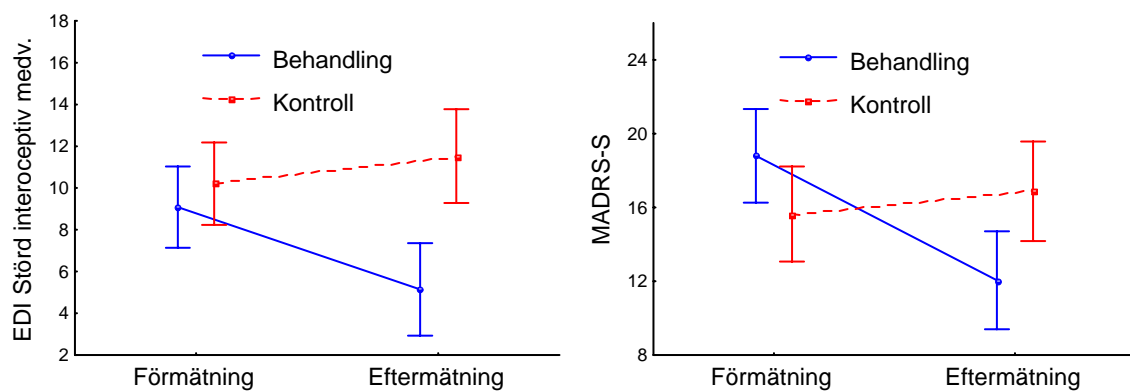
Vertikala staplar anger 95 % konfidensintervall



Figur 6 och 7. Antal hetsättnings- respektive självrensande episoder vid för- och eftermätning för behandlings- och kontrollgrupp.



Figur 8 och 9. EDE-Q total och EDI bulimi vid för- och eftermätning för behandlings- och kontrollgrupp.



Figur 10 och 11. EDI Störd interoceptiv medvetenhet och MADRS vid för- och eftermätning för behandlings- och kontrollgrupp.

Tabell 11 visar resultaten på de ätstörningsrelaterade måtten. Förutom 'upptagenhet vid figur' visade alla mått signifikanta skillnader med medelstora eller större effekter. EDE-Q total hade stor effektstorlek och två av EDI-måtten samt BSQ mycket stor effektstorlek.

**Tabell 11.** Resultat på ätstörningsrelaterade skalor hos kontrollgrupp och completers i behandlingsgrupp vid för- och eftermätning.

	Förmätning				Eftermätning				ANOVA <i>df</i> = 1, 56		
	Behandl		Kontroll		Behandl		Kontroll		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta_p^2$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<b>Attitydmått</b>											
(EDE-Q)											
Återhållsamhet	<b>2.8</b>	1.4	<b>2.8</b>	1.5	2.1	1.6	<b>2.6</b>	1.6	4.95	<b>.03</b>	.08
Upptagenhet v. ätande	<b>3.3</b>	1.2	<b>3.3</b>	1.1	1.9	1.2	<b>3.3</b>	1.3	21.62	<b>.00</b>	.29
Upptagenhet v. figur	<b>3.2</b>	1.0	<b>3.4</b>	1.0	3.1	1.0	<b>3.2</b>	0.9	.00	.99	-
Upptagenhet v. vikt	<b>3.4</b>	0.9	<b>3.3</b>	0.9	2.7	1.1	<b>3.3</b>	1.0	8.87	<b>.00</b>	.14
Total	<b>3.2</b>	0.8	<b>3.2</b>	0.9	2.4	1.0	<b>3.1</b>	0.9	17.70	<b>.00</b>	.24
(EDI 1-3)											
Viktfofi	<b>12.0</b>	4.9	<b>14.4</b>	5.1	7.7	5.8	<b>13.9</b>	4.9	16.81	<b>.00</b>	.23
Bulimi	<b>9.0</b>	3.9	<b>9.0</b>	3.5	4.3	4.3	<b>9.0</b>	4.1	27.28	<b>.00</b>	.33
Missnöje med kroppen	<b>19.5</b>	5.7	<b>21.6</b>	6.1	16.0	6.5	<b>21.8</b>	6.3	10.10	<b>.00</b>	.15
BSQ	<b>65.9</b>	12.7	<b>69.3</b>	12.3	55.2	14.3	<b>69.3</b>	12.7	17.91	<b>.00</b>	.32

Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"

### Kontroll av symtomskillnader mellan behandlings- och kontrollgrupp vid förmätning

EDI 'viktfofi' skilde mellan grupperna, behandlingsgruppen hade lägre medelvärde (11.3) mot kontrollgruppen (14.4), ( $t(67) = 2.47$ ,  $p = .02$ ). ANCOVA-beräkningar av nyckelmått med EDI 'viktfofi' som kovariat gjordes och resultaten visade att inga av måtten skiljde mer än marginellt mellan justerade och icke-justerade värden. Test för parallellism av regression visade att antagandet om homogenitet av regressionslinjerna var uppfyllt för alla utfallsmått ( $F < 2.40$ ,  $p > .13$ ).

### *KBT jämfört med KBTAC*

I samtliga beräkningar nedan har endast deltagare som fullgjorde de 12 veckorna av behandlingen tagits med. Sammanlagt 24 av 35 (68 %) deltagare inkluderas i beräkningarna, varav 13 (72 % av 18) ur KBT och 11 (65 % av 17) ur KBTAC.

I tabell 12 visas beteendemåtten hos KBT och KBTAC, endast de deltagare som någon gång rapporterat förekomst av aktuellt symtom har inkluderats i beräkningarna. Även här redovisas kräkningsepisoder tillsammans med användande av laxermedel och vätskedrivande medel inom den summerade frekvensen "självrensande". Inga av beteendemåtten visade några signifikanta skillnader, men antal OBE (figur 12) och SBE visade medelstora effektstorlekar. Frekvens av kompensatorisk träning visade en liten effektstorlek där KBT visade större minskning av frekvensen än KBTAC.

I tabell 13 redovisas resultaten på de ätstörningsrelaterade skalorna för båda grupperna. EDE-Q totalskala visade ingen signifikant skillnad med medelstor effektstorlek, och delskalan 'återhållsamhet' visade signifikant skillnad med stor effektstorlek (figur 13). Två av attitydmåtten inom EDI, 'viktfobi' och 'missnöje med kropp', visade ickesignifikanta skillnader med medelstora effektstorlekar. BSQ visade signifikant skillnad mellan grupperna och stor effektstorlek (figur 14). Av personlighetsskalorna inom EDI närmade sig endast perfektionism signifikans (figur 15) med strax under stor effektstorlek.

**Tabell 12.** Frekvens av ätstörningsbeteenden hos KBT och KBTAC vid för- och eftermätning.

	Antal (n)		Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
			KBT		KBTAC		KBT		KBTAC		$df = 1, n_K + n_A - 2$		
	K	A	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta_p^2$
OBE	12	11	<b>12.4</b>	10.5	<b>15.2</b>	7.8	<b>6.3</b>	14.2	<b>3.5</b>	4.1	1.91	.18	.08
SBE	9	8	<b>1.2</b>	1.9	<b>3.4</b>	3.5	<b>1.6</b>	1.9	<b>2.0</b>	2.3	1.22	.30	.08
Självrensande <sup>†</sup>	8	3 <sup>††</sup>	<b>7.8</b>	12.4	<b>13.3</b>	15.0	<b>7.6</b>	17.2	<b>4.0</b>	5.3	-	-	-
Träning	8	7	<b>7.5</b>	6.2	<b>7.7</b>	8.2	<b>3.3</b>	4.2	<b>5.6</b>	13.1	.34	.57	-.03

<sup>†</sup>Antal självrensande episoder är summan av episoder där kräkning, laxermedel eller vätskedrivande medel använts i självrensande syfte

<sup>††</sup>Antal personer i KBTAC som rapporterat självrensande beteenden var för få för beräkningar

Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"

Kolumnerna K och A är antal deltagare som inkluderats i beräkningen ur KBT respektive KBTAC

**Tabell 13.** Resultat på ätstörningsrelaterade skalor hos KBT och KBTAC vid för- och eftermätning.

	Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
	KBT		KBTAC		KBT		KBTAC		df = 1, 22		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta_p^2$
<b>Attitydmått</b>											
(EDE-Q)											
Återhållsamhet	<b>2.7</b>	1.6	<b>3.0</b>	1.1	<b>2.4</b>	1.7	<b>1.6</b>	1.4	8.08	<b>.01</b>	.27
Upptagenhet v. ätande	<b>3.2</b>	1.4	<b>3.3</b>	0.9	<b>2.1</b>	1.3	<b>1.7</b>	1.1	1.03	.32	.04
Upptagenhet v. figur	<b>3.1</b>	1.1	<b>3.4</b>	0.8	<b>3.0</b>	0.7	<b>3.3</b>	1.3	.08	.79	-
Upptagenhet v. vikt	<b>3.2</b>	0.9	<b>3.7</b>	0.7	<b>2.6</b>	1.0	<b>2.8</b>	1.2	.83	.37	.03
Total	<b>3.0</b>	1.0	<b>3.3</b>	0.5	<b>2.5</b>	1.0	<b>2.3</b>	1.1	2.49	.13	.10
(EDI 1-3)											
Viktfofi	<b>12.0</b>	5.9	<b>11.9</b>	3.7	<b>8.8</b>	5.9	<b>6.4</b>	5.6	1.81	.19	.08
Bulimi	<b>9.3</b>	3.9	<b>8.7</b>	4.0	<b>4.7</b>	4.3	<b>3.8</b>	4.4	.04	.84	-
Missnöje med kroppen	<b>19.2</b>	6.4	<b>19.7</b>	5.0	<b>17.1</b>	5.7	<b>14.6</b>	7.3	2.14	.16	.09
BSQ	<b>64.8</b>	15.6	<b>67.2</b>	8.6	<b>60.8</b>	13.4	<b>48.6</b>	12.9	10.51	<b>.00</b>	.32
<b>Personlighetsvariabler</b>											
(EDI 4-7)											
Låg självkänsla	<b>9.2</b>	5.6	<b>9.6</b>	7.2	<b>5.3</b>	4.5	<b>5.0</b>	7.4	.14	.72	-
Perfektionism	<b>5.5</b>	3.7	<b>7.3</b>	4.4	<b>5.0</b>	4.7	<b>5.0</b>	4.3	4.16	.05	.16
Interpersonell misstro	<b>5.9</b>	3.5	<b>4.4</b>	4.0	<b>5.7</b>	3.5	<b>2.9</b>	3.8	1.20	.28	.05
Störd interoceptiv medv	<b>8.5</b>	5.6	<b>9.4</b>	4.4	<b>4.7</b>	4.3	<b>3.8</b>	3.8	1.25	.28	.05

Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"

Tabell 14 visar resultaten på måtten av självkänsla, livskvalitet och depression för båda grupperna. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna på något av måtten, samtliga effektstorlekar är  $< .01$  förutom en liten effektstorlek på SCQ. På RSE och MADRS följs gruppernas förändringar i stort sett åt (figur 16 och 17).

**Tabell 14.** Resultat på mått av självkänsla, livskvalitet och depression hos KBT och KBTAC vid för- och eftermätning.

	Förmätning				Eftermätning				ANOVA		
	KBT		KBTAC		KBT		KBTAC		<i>df</i> = 1, 22		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta_p^2$
<b>Livskvalitet</b>											
SWLS	<b>17.5</b>	5.9	<b>17.5</b>	6.0	<b>21.1</b>	4.9	<b>20.7</b>	6.4	.03	.87	-
QOLI <sup>†</sup>	<b>0.6</b>	1.6	<b>0.7</b>	1.8	<b>1.1</b>	1.4	<b>1.7</b>	1.7	.15	.70	-
<b>Självkänsla</b>											
SCQ	<b>122.2</b>	16.7	<b>122.6</b>	18.9	<b>127.4</b>	11.9	<b>132.6</b>	18.6	.90	.35	.04
RSE	<b>4.2</b>	1.5	<b>3.7</b>	2.0	<b>3.1</b>	2.0	<b>2.5</b>	2.0	.00	.96	-
<b>Depression</b>											
MADRS <sup>†</sup>	<b>18.9</b>	11.5	<b>19.2</b>	5.6	<b>10.3</b>	4.6	<b>10.5</b>	7.1	.00	.97	-

<sup>†</sup>Data från screening och eftermätning  
Värden för  $\eta_p^2 < .01$  anges med "-"

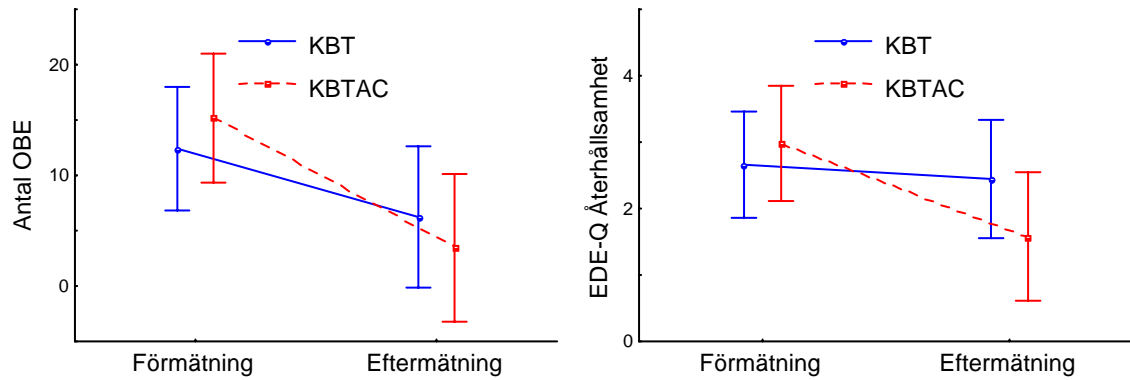
### Kontroll av symtom- och Treatment credibility-skillnader mellan KBT och KBTAC vid förmätning

T-test visade inga skillnader på åtstörningsskalorna vid förmätningen mellan KBT och KBTAC. Treatment credibility visade vid mätningen i slutet på andra veckan ett medelvärde på 30.0 (SD = 12.2) för KBT och 37.9 (SD = 5.8), vilket med t-test visade sig vara inte signifikant med stor effektstorlek ( $t(14) = 1.65$ ,  $p = .12$ , Cohens  $d = .82$ ). Endast 8 personer ur vardera betingelsen genomförde Treatment credibility-mätningen.

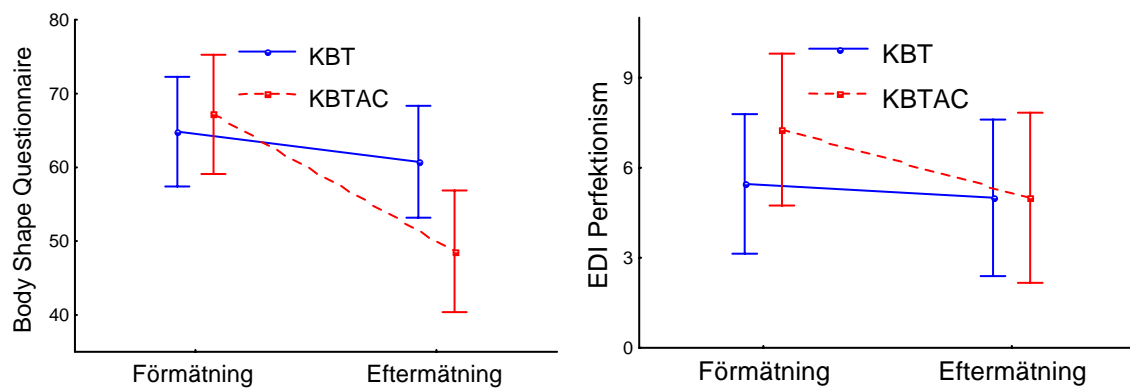


Figur 12-17. För- och eftermätningvärden för KBT och KBTAC

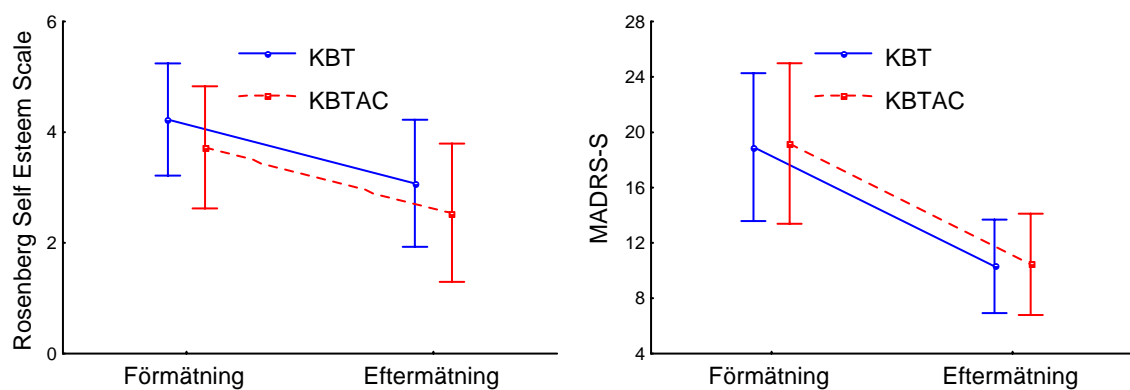
Vertikala staplar anger 95 % konfidensintervall



Figur 12 och 13. Antal OBE och EDE-Q Återhållsamhet vid för- och eftermätning för KBT och KBTAC



Figur 14 och 15. BSQ och EDI Perfektionism vid för- och eftermätning för KBT och KBTAC



Figur 16 och 17. RSE och MADRS vid för- och eftermätning för KBT och KBTAC

### *Kliniskt signifikanta förbättringar*

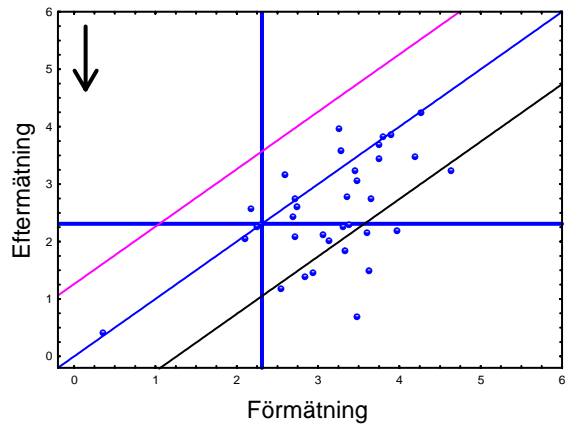
Beräkningar av kliniskt signifikanta förändringar gjordes på deltagarna i behandlingsgruppen. Tabell 15 sammanfattar medelvärden och standardavvikelser för behandlingsgruppen på de olika måtten, vilken reliabilitet som använts för att räkna ut pålitlig förändring, gräns för kliniskt signifikant förbättring samt metod för att fastställa denna. I de fall normgrupper använts för att fastställa gränsen återfinns medelvärden och standardavvikelser för dessa i materialavsnittet under respektive instrument. I sista kolumnen anges andelen av de deltagare som befann sig på den dysfunktionella sidan om gränsen för kliniskt signifikant förbättring vid förmätningen ("kandidater") som vid eftermätningen uppvisade pålitlig förändring över till den funktionella sidan.

Inom EDE-Q nådde 23 % av kandidaterna klinisk förbättring på delskalan 'upptagenhet vid ätande' och på totalskalan nådde 27 % av kandidaterna klinisk förbättring. På attitydmåtten inom EDI och BSQ visade cirka en fjärdedel kliniska förbättringar. På personlighetsvariablerna inom EDI nådde 15 % förbättring inom 'låg självkänsla' och 32 % förbättrades på 'störd interoceptiv medvetenhet'. QOLI och SWLS skilde sig åt, 27 % av kandidaterna gick från missnöjd till neutral eller högre på SWLS, medan 14 % gick från signifikant låg till normal på QOLI. Även inom måtten av självkänsla skilde sig instrumenten åt, 30 % gick från låg självkänsla till normal eller hög självkänsla på RSE, medan 18 % visade klinisk förbättring på SCQ. MADRS visade på högst andel kliniskt förbättrade, där 46 % av 28 deltagare som var deprimerade vid förmätningen passerade gränsen till ingen depression.

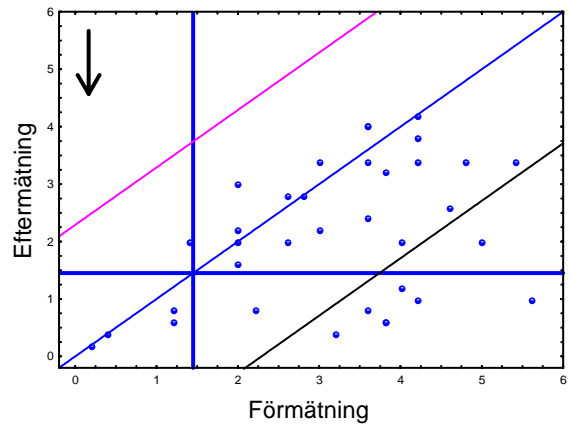
**Tabell 15.** Kliniskt signifikanta förbättringar. Medelvärden och standardavvikelser anges för hela behandlingsgruppen. Reliabilitet, beräknad pålitlig förändring och beräkningsmetod samt gräns för klinisk signifikans anges för respektive instrument.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Rel	<i>RC</i>	Metod	Gräns	Andel förbättrade	
<b>Attitydmått</b>								
(EDE-Q)								
Återhållsamhet	2.7	1.3	.72	1.9	Normer	1.9	3/23	13 %
Upptagenhet v. ätande	3.2	1.3	.62	2.3	Normer	1.5	7/30	23 %
Upptagenhet v. figur	3.4	1	.29	2.3	Normer	2.5	0/29	0 %
Upptagenhet v. vikt	3.4	0.8	.07	2.1	Normer	2.9	4/27	15 %
Total	3.2	0.8	.67	1.3	Normer	2.3	8/30	27 %
(EDI 1-3)								
Viktfofi	11.3	5.2	.85	5.5	Normer	6.5	8/29	28 %
Bulimi	8.9	3.9	.84	4.6	Normer	1.8	8/33	24 %
Missnöje med kroppen	19.8	5.7	.84	5.0	Normer	15.0	6/28	21 %
BSQ	65.9	12.6					9/32	28 %
<b>Personlighetsvariabler</b>								
(EDI 4-7)								
Låg självkänsla	9.6	5.7	.71	8.6	Normer	4.7	4/27	15 %
Perfektionism	5.8	4.1	.80	5.1	Normer	4.1	1/22	5 %
Interpersonell misstro	5.0	3.7	.80	4.6	Normer	3.2	2/22	9 %
Störd interoceptiv medv	9.1	4.9	.80	5.4	Normer	4.1	9/28	32 %
<b>Livskvalitet</b>								
SWLS	17.3	5.6	.87	5.6	Klinisk gräns	19.5	6/22	27 %
QOLI <sup>†</sup>	0.76	1.67	.83	1.9	Klinisk gräns	2	4/28	14 %
<b>Självkänsla</b>								
SCQ	122.7	15.3	.83	17.4	Normer	135.2	5/29	18 %
RSE	4.0	1.6	.85	1.7	Klinisk gräns	2.5	8/27	30 %
<b>Depression</b>								
MADRS <sup>†</sup>	18.8	8.0	.85	8.6	Klinisk gräns	12.5	13/28	46 %

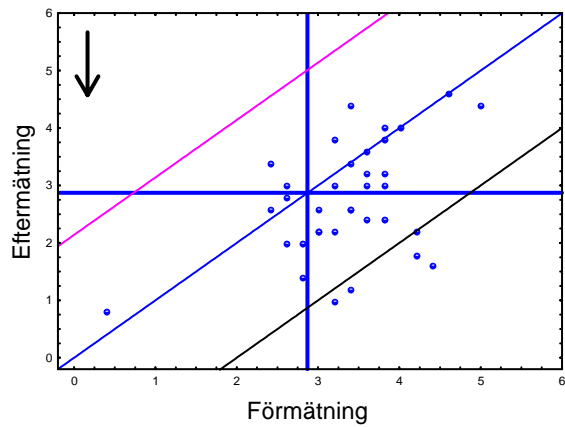
Figur 18-29 är diagram där individuella deltagares förändring mellan för- och eftermätningen visas och gränser för pålitlig förändring och klinisk gräns för förbättring ritats ut. Pilar på figurerna indikerar riktning för kliniskt signifikant förbättring (för tolkningsguide av figurerna se bilaga E).



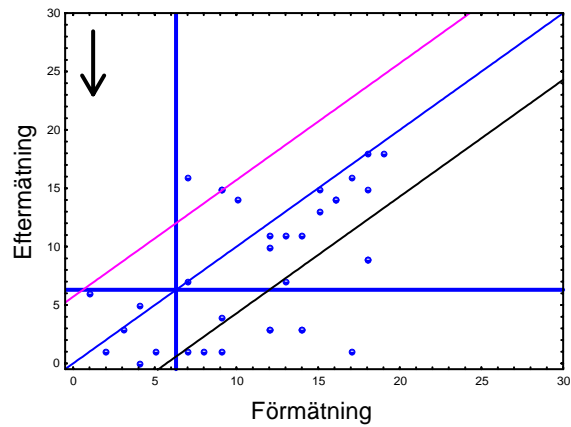
**Figur 18.** EDE-Q total. Plot av individuella deltagares resultat.



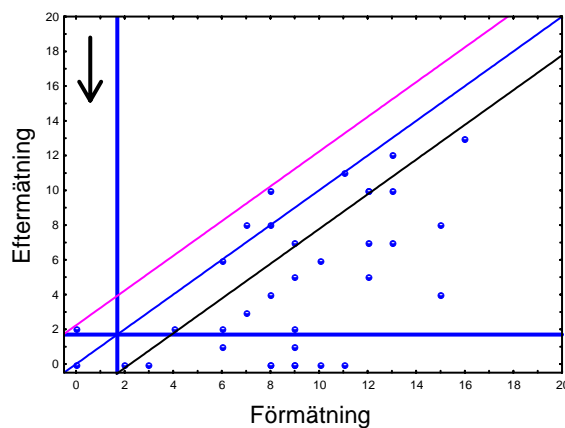
**Figur 19.** EDE-Q Upptagenhet vid ätande. Plot av individuella deltagares resultat.



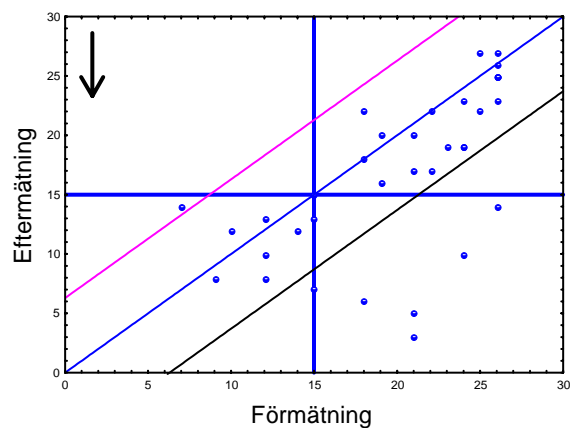
**Figur 20.** EDE-Q Upptagenhet vid vikt. Plot av individuella deltagares resultat.



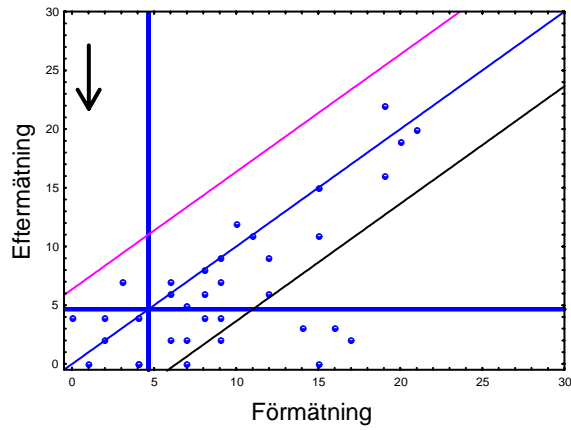
**Figur 21.** EDI Viktfobi. Plot av individuella deltagares resultat.



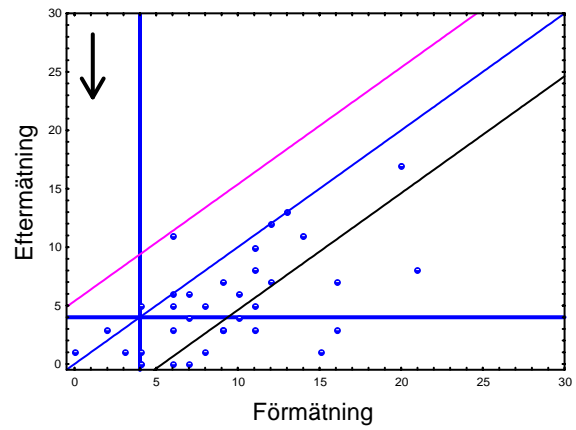
**Figur 22.** EDI Bulimi. Plot av individuella deltagares resultat.



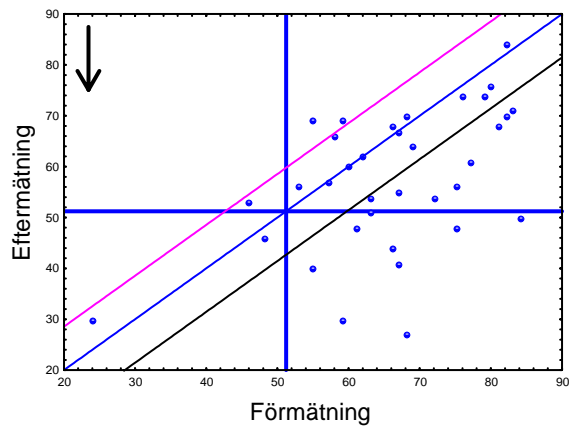
**Figur 23.** EDI Missnöje med kroppen. Plot av individuella deltagares resultat.



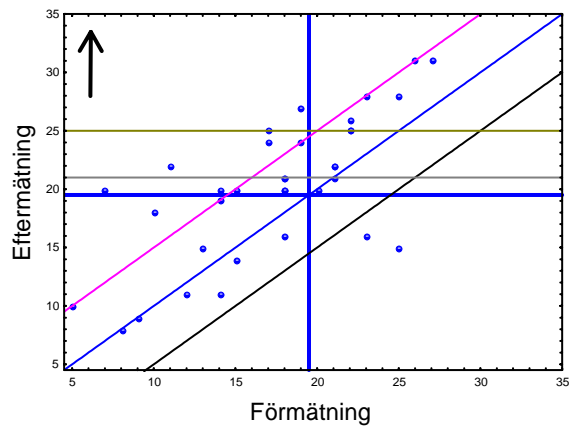
**Figur 24.** EDI Låg självkänsla. Plot av individuella deltagares resultat.



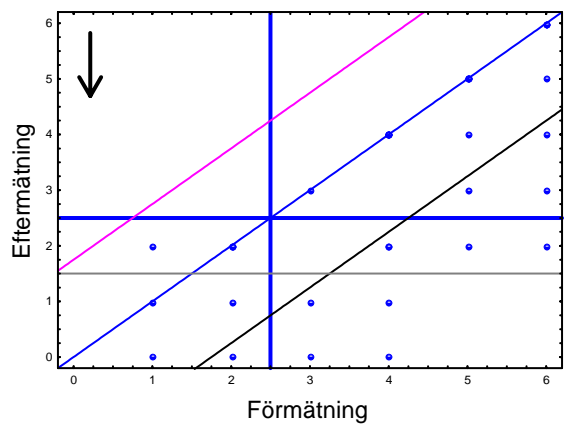
**Figur 25.** EDI Störd interoceptiv medvetenhet. Plot av individuella deltagares resultat.



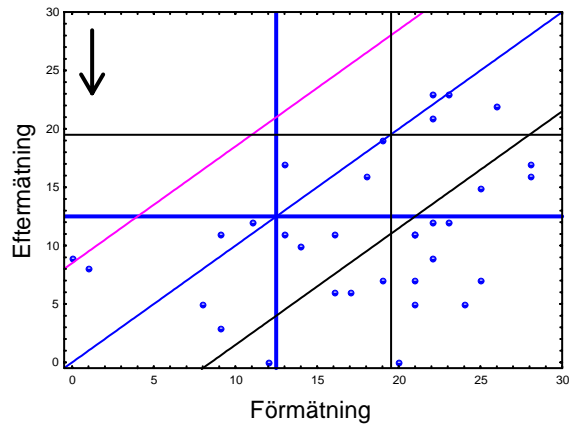
**Figur 26.** BSQ. Plot av individuella deltagares resultat.



**Figur 27.** SWLS. Plot av individuella deltagares resultat. Tunna linjer markerar gräns för viss tillfredsställelse respektive tillfredställelse.



**Figur 28.** Rosenberg Self Esteem Scale. Plot av individuella deltagares resultat. Tunna linjen markerar gräns för hög självkänsla.



**Figur 29.** MADRS. Plot av individuella deltagares resultat. Tunna linjer markerar gräns mellan mild och moderat depression.

### **Symtomfrihet**

Symtomfrihet definieras som att den individuella deltagaren inte har hetsätit eller i självrensande syfte kräkts, använt laxermedel eller vätskedrivande medel, under de 28 dagar som föregick eftermätningen. Av de 35 som ingick i behandlingsgruppen var 13 (37 %) symtomfria, av de 24 som fullgjorde alla 12 behandlingsveckor var 11 (46 %) symtomfria. Motsvarande siffra för kontrollgruppen var 5 symtomfria av 34 (15 %), vilket var en signifikant skillnad jämfört med behandlingsgruppen ( $\chi^2 = 4.19$ ,  $df = 1$ ,  $p = .04$ ,  $n = 69$ ).

### **Skillnader mellan KBT och KBTAC avseende klinisk signifikans**

Inga beräkningar på skillnader i kliniskt signifikanta förbättringar mellan KBT och KBTAC gjordes för de individuella instrumenten. Dock räknades ett förbättringsindex för respektive frågeställning fram för varje deltagare genom att dividera deltagarens antal kliniska signifikanta förbättringar med antal instrument där deltagaren var kandidat för kliniskt förbättring. För den första frågeställningen inkluderade beräkningen symtomfrihet. Sett till hela gruppen på 35 deltagare uppnådde de i snitt kliniskt signifikant förbättring inom 21 % ( $SD = 27$ ) av de ätstörningsrelaterade instrumenten inklusive symtomfrihet och inom 24 % av de generella måtten ( $SD = 30$ ). Sett endast till de 24 som fullgjorde behandlingen nådde KBT-deltagarna i snitt 17 % ( $SD = 22$ ) och KBTAC-deltagarna 35 % ( $SD = 32$ ) kliniskt signifikanta förbättringar inom ätstörningsrelaterade mått, ensidigt t-test gav effektstorlek Cohens  $d = .64$  (medelstor) med tendens till signifikant skillnad ( $t(22) = 1.29$ ,  $p = .07$ ). Inom de generella måtten nådde KBT i snitt 27 % förbättrade områden ( $SD = 28$ ) och KBTAC 31 % ( $SD = 34$ ), ensidigt t-test gav effektstorlek Cohens  $d = .13$  och ingen signifikant skillnad ( $t(22) = .31$ ,  $p = .38$ ).

### *Korrelation av SWLS och QOLI*

Eftermätningensresultaten av båda instrumenten korrelerades, vilket gav en signifikant korrelation på .69.

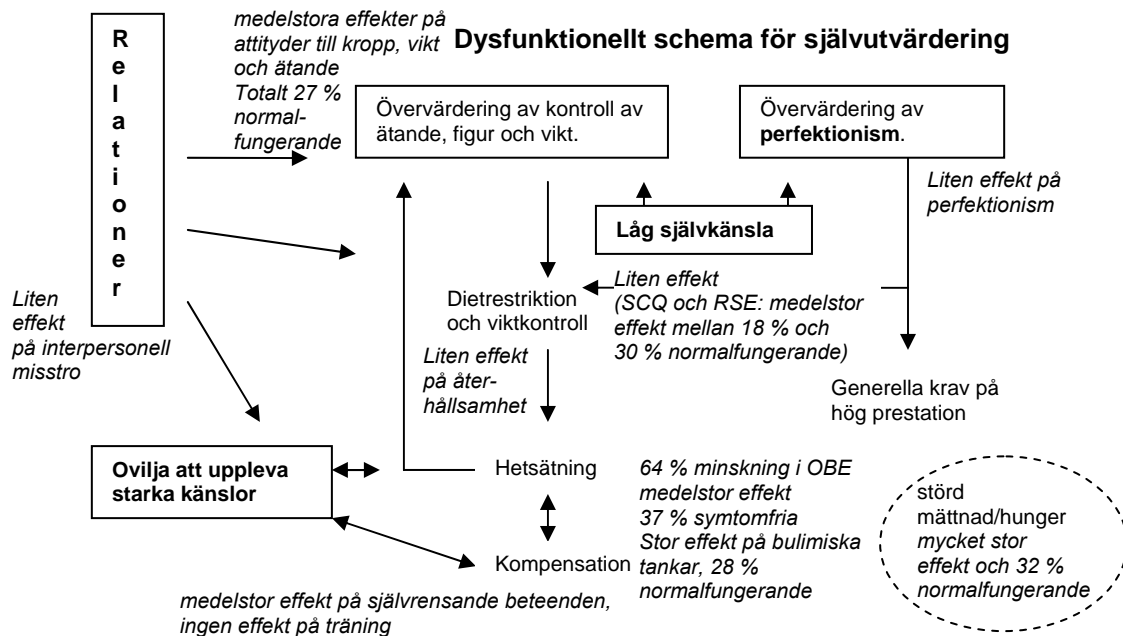
## Diskussion

Vi inleder med en resultatdiskussion där frågeställningarna kort diskuteras i tur och ordning och slutligen sammanfattas för att visa studiens resultat som helhet. Därefter följer metoddiskussion, samt reflektioner över vilka implikationer studiens resultat har för framtida studier.

### Resultatdiskussion

Studiens första fråga var, ”Är internetbaserad självhjälp i kombination med terapeutstöd och gruppdiskussioner via internet en effektiv behandling vid ätstörningar vad gäller förändring i beteende och attitydmässiga symtom samt personlighetsvariabler kopplade till ätstörningar?”

Författarna anser att sammantaget kan den första frågeställningen besvaras med ett ja. Beteende- och attitydmåtten hänger väl ihop med de faktorer som anges i den omarbetade modellen av vidmakthållande av BN, och i figur 30 illustreras vilka faktorer som visat förändring.



**Figur 30.** Behandlingsresultat i relation till vidmakthållande faktorer vid bulimia nervosa. Utifrån beteende-, attityd- och självkänslomått (RSE och SCQ)

Figuren visar tydligt att behandlingen haft effekter på de flesta vidmakthållande faktorer vid ätstörning. Låg självkänsla, perfektionism och svårigheter med interpersonella relationer anses mäta personlighetsdrag kopplade till ätstörningar, och har visat sig inte minska lika mycket som andra attitydsymtom hos personer som tillfrisknat från ätstörningar (Lilenfeld, et al., 2000). Dock visar RSE och SCQ en delvis annan bild av förbättring av självkänsla hos behandlingsgruppen, varför dessa instrument redovisats. Störd mättnad och hunger som ibland betraktas som ett personlighetsdrag hos personer med ätstörningar har dock visat på stora förbättringar, vilket stämmer med tidigare forskning på tillfrisknade (Mcaleavey, 2000; Lilenfeld, et al., 2000).

Om analysen av de ätstörningsspecifika måtten (beteende och attityd) endast innefattar de som genomgick behandlingens 12 veckor blir resultatet än mer övertygande. Generellt stora effektstorlekar på attitydmått och 46 % symptomfria ger utrymme att besvara frågeställningen med, ”Ja, det är en mycket effektiv behandlingsform för de som inte avbryter den i förtid”.

Den andra frågan som ställdes var, ”Är internetbaserad självhjälp i kombination med terapeutstöd och gruppdiskussioner via internet en effektiv behandling vid ätstörningar vad gäller förändring i de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?”.

Här har varierande resultat uppnåtts. En statistiskt säkerställd förbättring erhöles på SWLS och RSE medan resultatet på SCQ låg strax över signifikans. Att resultaten på de mått som mäter subjektiv livskvalitet, SWLS respektive QOLI, är så olika kan bero på att kontrollgruppens medelvärde på QOLI uppvisar en markant ökning mellan testtillfällena. Mest anmärkningsvärd är behandlingens effekt på MADRS med stor effektstorlek och 46 % deltagare som gått från mild eller måttlig depression till ingen depression. Sett över samtliga dessa mått nådde i genomsnitt en fjärdedel av behandlingsgruppens kandidater normal funktion. Behandlingen har på några variabler haft tydlig effekt, andra har den påverkat mindre. Inget entydigt svar kan ges på den andra frågeställningen.

Studiens tredje fråga var, ”Leder tillägg av behandlingskomponenterna Värderingar, Delitteralisering och Acceptans till bättre utfall vad gäller ätstörningsspecifik psykopatologi?”.



Här finner vi inga signifikanta skillnader mellan KBT och KBTAC förutom på attitydmåttet 'återhållsamhet' och BSQ. Vi noterar dock att på övriga mått, förutom antal träningsepisoder, har samtliga effekter gått åt samma håll, ett positivt bidrag av ACT-komponenter. Svaret på den tredje frågan blir därför ett försiktigt Ja. Tilläggen har överlag haft effekt men i de flesta fall är resultaten ej statistiskt säkerställda.

Avslutningsvis ställdes frågan "Leder tillägg av behandlingskomponenterna Värderingar, Deliteralisering och Acceptans till bättre utfall vad gäller de generella variablerna livskvalitet, självkänsla och depression?".

På dessa mått, SWLS, QOLI, SCQ, RSE och MADRS, har de båda grupperna följts åt och därmed har inga signifikanta skillnader uppmätts. Den avslutande frågan besvaras med ett nej.

### **Resultatsammanfattning**

Studiens syfte var att undersöka effekterna av en självhjälpsbehandling administrerad via internet, och vidare om denna behandling kunde modifieras för bättre resultat. Denna studie är den första att utforska dessa frågeställningar med det material och den population som redovisats. Av det som hittills undersökts inom området anser vi att terapeutledd självhjälp (Carter & Fairburn, 1998; Ghaderi & Scott 2003; Loeb et al., 2000; Cooper et al., 1996; Peterson et al., 1998) är lämpligast att jämföra med (se tabell 16). Med terapeutledd självhjälp menas att deltagare följt en behandlingsmanual under överseende av en terapeut vilken man träffat, i snitt 0.75 gånger á 0.5 h. i veckan. I föreliggande studie har motsvarade kontakt skett via e-post. Resultat av BDI har inkluderats i jämförelsen för att ge möjlighet till en ungefärlig uppskattning av respektive behandlings inverkan på depressiva symtom.

När vi här diskuterar resultaten bör vi ha i minnet att relativt få av deltagarna tog del av hela behandlingsprogrammet, även om de jobbade med det i tolv veckor. I figur 5 ser vi att majoriteten deltagare aldrig nådde längre än till steg tre. Ghaderi och Scott (2003) visade dock att resultatet påverkas mer av huruvida man jobbar aktivt under hela behandlingen, snarare än av hur långt man under denna tid kommer i programmet, det vill säga vilket steg man når.

**Tabell 16.** Jämförelser mellan vår studie och liknande studier på gemensamma mått. Medelvärden på för- och eftermätning och procentuell förbättring anges. Behandlade diagnoser anges inom parentes för respektive studie.

	Grebäck & Ljótsson, 2005 (BN/BED)			Carter & Fairburn, 1998 (BED)			Cooper et. al. 1996 (BN)			Ghaderi & Scott, 2003 (BN/BED)			Peterson et. al., 1998 (BED)			Loeb et. al., 2000 (BED)		
	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%	Före	Efter	%
<b>Ätstörningsymtom</b>																		
OBE	15.1	5.4	<b>64</b>	17.8	4.3	<b>76</b>	19.7	3.0	<b>84</b>	14.7	9.9	<b>33</b>	20.2	5.1	<b>75</b>	5.5	1.3	<b>76</b>
(EDE-Q)																		
Återhållsamhet	2.7	2.1	<b>22</b>	2.5	1.2	<b>52</b>	-	-		3.1	2.1	<b>32</b>	2.5	1.7	<b>61</b>			
Upptagenhet vid ätande	3.2	2.1	<b>33</b>	3.4	1.4	<b>59</b>	-	-		2.9	2.0	<b>31</b>	4.0	1.8	<b>55</b>			
Upptagenhet vid figur	3.3	3.2	<b>3</b>	4.8	3.3	<b>31</b>	4.5	3.0	<b>33</b>	4.4	3.6	<b>18</b>	5.0	3.7	<b>26</b>			
Upptagenhet vid vikt	3.3	2.8	<b>15</b>	3.8	2.5	<b>34</b>	4.2	2.5	<b>41</b>	4.3	3.6	<b>16</b>	4.3	3.2	<b>26</b>			
BSQ	65.9	57.5	<b>13</b>							137.1	117.9	<b>14</b>						
<b>Självkänsla</b>																		
SCQ	122.7	127.7	<b>4</b>							122.3	131.3	<b>7</b>						
RSE	4.0	3.0	<b>25</b>										26.0	29.0	<b>11</b>			
<b>Depression</b>																		
MADRS	18.8	12.1	<b>36</b>															
BDI							28.0	4.0	<b>86</b>	19.2	15.2	<b>21</b>	17.4	12.6	<b>28</b>			

Uppenbart är att behandlingen har haft effekt, och i jämförelse med den studie som haft det mest liknande upplägget vad gäller deltagare och dataanalys, Ghaderi & Scott (2003), så är resultaten överlag desamma. Detta antyder att självhjälp med begränsat terapeutiskt stöd inte nödvändigtvis måste ske genom att klienten träffar terapeuten i en vanlig session. Det kan med bibehållet gott resultat ges via internet.

Eftersom behandlingens primära syfte är att minska hetsätning och kompensation, snarare än att påverka generella variabler såsom självbild eller livskvalitet, är det av intresse att undersöka i vilken omfattning behandlingsgruppen blivit symptomfria. Det visade sig att av behandlingsgruppens 35 deltagare så upphörde 13 helt med hetsätning och kompensatoriskt beteende under de sista fyra veckorna av behandlingen vilket skiljde sig signifikant från kontrollgruppen .

Av de 13 deltagare som var symptomfria hade 10 diagnosen BED och detta ligger i linje med resultaten i övrigt där gruppen BN generellt nådde något sämre resultat. Då studien inte var designad för att undersöka skillnader i process och utfall mellan grupperna BN och BED är det vanskligt att uttala sig om eventuella orsaker till dessa. En tänkbar förklaring är att gruppen BED hade en sjukdomshistoria som i snitt var åtta år längre och att de därför varit mer motiverade att jobba med behandlingen.

Tillägget av ACT-komponenter visade på små, men regelbundna, effekter då beräkningar med ANOVA gjordes. Det låga powervärdet för beräkningen (cirka 62 % risk att begå typ II-fel med  $\eta_p^2$  mellan .05 och .10, se Statistisk analys) gjorde dock att även om medelstor effekt av ACT-komponenterna förelåg, var få signifikanta skillnader att vänta. Däremot fanns en kraftig tendens till skillnad vad gällde summerad kliniskt signifikant förbättring på de ätstörningsspecifika måtten, med medelstor effektstorlek och strax över signifikant skillnad. Att skillnaden mellan de båda grupperna var så påtaglig vad gäller detta mått förklaras troligen av att de något bättre resultaten för KBTAC-deltagarna på många av måtten förde dem över gränsen för kliniskt signifikant förbättring. Samtidigt visar den här tendensen att skillnaden mellan grupperna inte berodde på någon eller några få enskilda individer, utan snarare på en konstant effekt som lades till hos majoriteten av KBTAC-deltagarna.

Varför blev nu inte effekterna av ACT-komponenterna större än vad som redovisats? En förklaring kan vara att de eventuellt ger effekt på något längre sikt och därför inte märks tydligt förrän vid en uppföljning. Det kan till och med vara så att en modul som

'acceptans' initialt leder till ökad upplevelse av emotionellt och kognitivt obehag, men på längre sikt leder till ett minskat behov av att undvika detta obehag och därmed en upplevelse av att i större utsträckning kunna påverka sin livssituation. Att ifrågasätta sitt beteende och sina livsval utifrån arbetet med 'värderingar' kan även det vara en process som tar längre tid än behandlingens 12 veckor för att ge positiv effekt. Även modulen 'deliteralisering' är sådan att en positiv effekt kan vara svår att erhålla på denna relativt korta tid då den handlar om att relatera till kognitioner på ett, för de flesta, helt nytt och annorlunda sätt. Data som stärker detta antagande finns i begränsad omfattning, men en studie som riktades in mot delprocesser i psykoterapi vid drogmisbruk pekar i denna riktning (Bissett, 2002) och ledande forskare inom området menar att svagare resultat vid eftermätning följda av starkare vid uppföljning är en vanligt bild av hur respons på ACT-interventioner ser ut (Hayes, S., personlig kommunikation, 2005-05-20).

Vi vet inte heller tillräckligt mycket om hur respektive ansats, KBT respektive ACT, fungerar i denna kontext. Att KBT, presenterad på det sätt som görs i självhjälpsmanualen, har effekt visar vår studie, men vi vet inte hur ACT-komponenterna påverkades av att administreras via internet.

Varför blev då effekterna av att lägga till ACT-komponenterna så tydliga som de trots allt blev? Vi tror att den generella förbättring de bidragit till kommer sig av att de kompletterar självhjälpsmanualen på några punkter där vi anser att den brister. En viktig fråga vid all form av beteendeförändring är, "Varför ska jag göra detta?". Litteraturen inom området motivation är omfattande, troligtvis beroende på att klientens motivation till förändring i så stor utsträckning påverkar behandlingsresultatet. Vansteenkiste, Soenens och Vandereycken (2005) aktualiserar bristen på en samlad ansats vad gäller området motivation inom ätstörningar och föreslår att "Self-Determination Theory" (Deci & Ryan, 1985) kan bli en sådan. Enligt denna är personliga värderingar en viktig faktor för att skapa motivation. Författarna går så långt som att säga att det första målet i behandlingen av en klient med ätstörningar är att hos denna försöka skapa en känsla av att beteendeförändringen är en reflektion av vem hon är. Även inom Motivational Interviewing (MI; Miller & Rollnick, 2002) har personliga värderingar en central position då man eftersträvar beteendeförändringar. Man menar att om klienten medvetandegörs om den diskrepans som råder mellan det den faktiskt gör och det den önskade att den gjorde, så ökar dennes motivation till förändring. Dessa båda sätt att se på funktionen av värderingar går i linje med det som finns inom ACT. I Fairburns

självhjälpsmanual berörs området motivation på endast ett fåtal sidor vilket i vårt tycke är alldeles för lite. Vi menar att ACT-modulen 'värderingar' kan ha bidragit till att deltagarna i KBTAC-gruppen har varit mer engagerade och motiverade i behandlingen och därför nått bättre resultat.

Vidare finner vi i självhjälpsmanualen ytterst lite om hur man ska göra för att stå ut med impulsen att hetsäta och/eller kompensera. I huvudsak uppmanas man att distrahera sig och påbörja en annan aktivitet vilket kan fungera väl på kort sikt. Vi menar dock att dessa råd till stor del uppmanar till undvikande av negativa tankar och känslor och att de, paradoxalt nog, på längre sikt kan leda till att klientens "ovilja att uppleva starka känslor" (se figur 2) förstärks. Detta vore i så fall olyckligt med tanke på att Fairburn och kollegor (2003) framhåller denna som en viktig faktor i den reviderade modellen av vidmakthållande av BN. Vi tror att ACT-modulen 'acceptans' kan ha gett deltagarna i KBTAC-gruppen ett bättre verktyg för att kunna härbärgera obehag utan att reagera med försök att dämpa eller ta bort det (genom hetsätning/kompensation), och därmed bättre förutsättningar att hantera impulser på ett icke-destruktivt sätt.

Vad gäller ACT-modulen 'deliteralisering' så är den utan motsvarighet i självhjälpsmanualen. Ett avsnitt på cirka 1 sida tar upp "problemet med att bekymra sig över vikten och utseendet på ett överdrivet sätt", men säger inget om hur man kan göra för att hantera det. Istället refereras till annan litteratur och annan behandling. Vi menar att deliteralisering erbjuder just ett sådant sätt och det kan ha hjälpt deltagarna i KBTAC-gruppen att möta negativa tankar (som bekymmer över vikt/figur) på ett nytt och konstruktivt sätt. Målet med deliteralisering är också att öppna upp för agerande som bygger på egna erfarenheter, snarare än följande av verbala regler. Vi tror därför att för de deltagare som tog denna modul till sig så ökade benägenheten att prova nya sätt att göra saker på, och att förutsättningarna för beteendeförändring därmed ökade.

Eftersom ACT-materialet inte genomgicks på samma strukturerade sätt som manualens sex steg är det svårt att närmare precisera hur många deltagare som arbetade igenom hela häftet. Man kan ha arbetat med häftet ända fram till behandlingens slut, men man behöver inte ha gjort det. Detta gör det också svårare att avgöra vilken effekt de olika komponenterna (värderingar, deliteralisering, acceptans) har haft. Detta i jämförelse med självhjälpsmanualen där deltagarna varje vecka redovisade vilket steg de befann sig på.

Sammanfattningsvis visade våra resultat att KBT vid ätstörning kan administreras via internet utan att någon anmärkningsvärd del av den positiva effekten försvinner, och att ett tillägg av ACT-komponenterna 'värderingar', 'acceptans' och 'delitteralisering' har en märkbar, generell och positiv effekt på ätstörningssymtom.

### *Diskussion av metod*

#### **Urval**

Deltagarna fick själva anmäla intresse till studien, varvid de genomgick den initiala screeningen. Genom att artiklar skrevs i en stor kvällstidning och Uppsalas lokaltidning samt att hemsidan för Riksföreningen Anorexi/Bulimi-kontakt länkade till anmälningssidan var förhoppningen att information om studien skulle spridas till så många som möjligt. Tvåhundrafemtiofem personer genomgick screening, vilket får anses vara ett stort antal. Vi vet dock inte hur många som faktiskt nåddes av information av behandlingen eller hur de som genomgick screeningen skiljer sig från populationen av patienter med bulimi- och hetsätning. Efter screeningen uteslöts 135 personer, varav majoriteten på grund av för allvarlig grad av depression, att de inte uppfyllde ED-diagnos utifrån SEDs och EDE-Q eller att de genomgick någon annan behandling. Av de återstående 120 som kallades till intervju, tackade 37 nej eller var oanträffbara. Denna grupp har slagits ihop med de 4 som inkluderades efter intervju och randomiserades men inte genomförde förmätningen före behandlingsstart. Dessa 41 personer skilde sig signifikant från de 69 deltagarna vad gällde ålder, BMI och antal träningstillfällen. Man kan därmed misstänka att studien har brister vad gäller representativiteten av unga och personer med ätstörningar som använder intensiv träning som kompensationsmetod.

Att behandlingsgruppen innehåller både BN- och BED-diagnoser kan också försvåra tolkningen av resultaten eftersom vissa menar att det är två distinkta psykopatologier (t.ex. Striegel-Moore, et al., 2001) och därmed bör behandling vara specifikt anpassad för respektive diagnos (Wilfley, 2002). Samtidigt menar andra att likheterna mellan olika ätstörningsdiagnoser är så pass stora att behandling bör kunna tillämpas transdiagnostiskt (Fairburn et al., 2003).

Tabell 17 visar värden för 197 svenska patienter i åldern 18 till 24 varav 26 med AN-, 107 med BN- och 61 med EDNOS-diagnos som sökt sjukvård för sin ätstörning (Nevonen & Broberg, 2001) samt förmätningvärden för studiens deltagare på EDI:s

delskalor 1-7. Förutom för missnöje med kroppen ligger värdena nära varandra och den tyder inte på att någon större skillnad föreligger mellan dem som söker sjukvård och de som randomiserats i studien på EDI:s symtom- och personlighetsskalor. Förekomsten av AN-diagnoser och att vi inte vet vilka EDNOS som avses försvagar dock värdet av jämförelsen.

**Tabell 17.** Resultat på EDI delskalor 1-7 för 197 öppenvårdspatienter och studiens deltagare vid förmätningen.

Delskala	197 ED		Deltagare	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Viktfoxi	13.0	5.7	12.8	5.3
Bulimi	7.7	5.4	8.9	3.7
Missnöje med kroppen	16.0	7.5	20.7	5.9
Låg självkänsla	9.2	5.7	9.8	5.8
Perfektionism	5.9	3.9	6.2	4.4
Interpersonell misstro	3.9	3.9	4.6	3.7
Störd interoceptiv medvetenhet	10.2	6.0	9.6	5.7

### Mätinstrument

De flesta instrument som använts för att mäta utfallet av studien är väletablerade och har använts i många forskningssammanhang. EDE, EDI och BSQ rekommenderas i en sammanfattande artikel av Anderson et al. (2004) för klinisk bedömning av ätstörningar. EDE-Q som är en självskattningsversion av EDE har också visats producera resultat som stämmer väl överens med EDE om definitioner av OBE, SBE och upptagenhet vid vikt och figur ges, vilket skedde i samband med intervjuerna. Vad gäller EDE-Q i denna studie har dock oroande låga Cronbachs alfa uppmätts för delskalorna 'upptagenhet vid figur' (.29) och 'upptagenhet vid vikt' (.07) vid screeningen. Detta är mycket lågt jämfört med Stattin & Morgensterns (2004) som uppmätte Cronbachs alfa för dessa delskalor till .85 respektive .61 när EDE-Q administrerades i pappersform till överviktiga kvinnor. Generellt sett bör Cronbachs alfa vara över .7 för att ett instrument ska anses mäta ett distinkt underliggande begrepp (Santos, 1999). Beräkningar på Cronbachs alfa för EDE-Q vid förmätningen gjordes också, men utan att nå tillräckligt höga värden. Man kan ifrågasätta värdet av att använda resultaten av dessa delskalor när vi inte vet huruvida de mäter det som avses. Dock ingår EDI:s delskala 'missnöje med kroppen' och BSQ bland instrumenten, vilka båda kan anses mäta en liknande del av

ätstörningssymptomatologi som 'upptagenhet vid figur' och 'upptagenhet vid vikt' gör, vilket gör att den aspekten av behandlingsresultatet styrks av flera instrument.

Med tanke på i vilken utsträckning de har använts i behandlingsstudier är SWLS inte ett lika väletablerat instrument för att upptäcka behandlingseffekter som QOLI. Samtidigt ansåg vi att de kognitiva aspekterna av livskvalitet var värdefulla att mäta, och de båda instrumenten parades för att se vad de visade i relation till varandra. Korrelation mellan QOLI och SWLS var .69, ett signifikant resultat och högre än den som observerats av Frisch et al. (1992). Preliminärt verkar det alltså meningsfullt att använda SWLS som ett mått på livskvalitet i behandlingsstudier.

Online-administrationen av instrumenten kan vara en källa till problem om de jämförs med normer menar Buchanan (2003). Han visar på tre studier där betydande skillnader har uppmätts mellan pappers- och onlineadministration av olika psykometriska instrument, och påpekar särskilt att detta innebär att när mätinstrument administreras online bör resultaten av dem behandlas på så vis att de inte är beroende av normativa data. I föreliggande studie har normer för de flesta av instrumenten använts för att bedöma kliniskt signifikanta förbättringar. Vi stödjer oss på de två studier som refereras i metodavsnittet (Carlbring et al., in press; Luce et al., in press), som visar på god överensstämmelse mellan online- och pappersadministration.

## **Design**

Studien är en randomiserad kontrollerad studie, den design som anses tillåta mesta möjliga kontroll över ovidkommande variabler så att effekter av interventioner kan fastställas (Whitney, 2000). Kritik har framförts mot terapiforskning så som den vanligtvis är utformad och en del i den kritiken handlar om att forskningen i alltför stor utsträckning är anpassad till en akademisk verklighet snarare än en klinisk. Detta kan till exempel ta sig uttryck i att man använder sig av försökspersoner med en specifik diagnos för att undersöka effekterna av en specifik intervention och därmed rör sig bort från den situation där interventionen avses att praktiseras (Krause & Howard, 1999). Att inkludera skiftande diagnoser, BN och BED, har gjorts i ett försök att öka den externa validiteten och möta delar av denna kritik. Tillämpandet av ITT är också ett sätt att öka den externa validiteten av behandlingsresultaten. Ett grundkrav i ITT-analys är att alla de som randomiserats ska finnas med i analysen av resultat, eftersom all form av uteslutning av deltagare introducerar en bias. Genom att alla som randomiserats ingår i analysen kan en ITT-analys säga ge en bättre bild av hur en klinisk tillämpning av



behandlingen skulle utfalla eftersom den speglar det som verkligen händer när behandlingen används. På grund av tidsbrist kom randomiseringen att ske före förmätningen, något som ledde till att 4 av 73 (5 %) deltagare som randomiserats inte gjorde förmätningen innan behandlingen påbörjades och sedan hoppade av utan att någonsin deltagit i behandlingen. Detta omöjliggjorde tyvärr inklusion av alla randomiserade deltagare i analysen. En av dessa fyra gjorde visserligen förmätningen tre veckor in i behandlingen, men den betraktades som ogiltig eftersom deltagaren egentligen inte skulle ha ingått i randomiseringen på grund av den försenade förmätningen. Man kan argumentera att det stod utanför vår makt att inkludera eller exkludera dessa deltagare och att ingen forskarbias infördes i analysen av behandlingsresultaten i och med deras avhopp. De fyra inkluderades i bortfallanalysen för att deras bidrag till eventuella skillnader mellan potentiella deltagare och deltagare skulle tas med.

ITT-analys har kritiserats för att den riskerar maskera eventuella effekter av behandling eftersom ingen kontroll utövas över data (Whitney, 2001). För att möta detta har analyser av kliniskt signifikanta förbättringar och symtomfrihet gjorts på samtliga deltagare i behandlingsgruppen, samt completersanalyser för att lyfta fram effekter av att fullgöra hela programmet. Detta tillåter ett skärskådande av behandlingen där individuella förbättringar inte skymms av medelvärden, effektstorlekar och signifikanser. Evans och kollegor (Evans, Margison, & Barkham, 1998) rekommenderar att kliniska studier ska redovisa resultat genom både antal kliniskt signifikanta förbättringar och statistisk på gruppnivå.

Genom att kombinera ITT och analys av kliniskt signifikanta förbättringar menar vi att studien dels speglar effektiviteten av behandlingen på gruppnivå, dels ger en bra bild av individuella förbättringar.

Vid analysen av KBT jämfört med KBTAC frångicks ITT till förmån för analys av tillägg av ACT-komponenter under optimala förhållanden. För att införa så liten bias som möjligt i anpassningen av underlaget för analys var enda villkoret för uteslutning att deltagarna inte fullgjort hela behandlingen. Vi ville analysera en grupp där deltagarna kunde anses ha gjort sitt bästa för att följa behandlingen, och villkoret ansågs spegla detta tillräckligt, samtidigt som det inte innebar att vi valde ut ett ”dream-team” för analysen. Ett exempel på det är att 13 av de 24 som genomförde alla tolv veckorna fortfarande inte var symtomfria vid eftermätningen. I ett fall frångicks denna princip, en

KBT-deltagare rapporterade i sin veckomätning vid vecka 10 att hon avslutat behandlingen, och hade då varit symtomfri under flera veckor. Vi beslöt att ändå inkludera henne i analysen eftersom hennes avslutande inte berodde på att hon på något sätt misslyckats med behandlingen utan snarare genomgått den framgångsrikt, och att hon gjort detta utan något tillägg av ACT-komponenter, något som borde speglas i resultaten. Eftersom vi frångått ITT vid analys av tillägg av ACT-komponenter bör slutsatser om deras kliniska tillämpbarhet i det här sammanhanget vara försiktiga. Tillägget av ACT i studien syftade till att pröva om att arbeta med värderingar, acceptans och delitteralisering är ett gynnsamt bidrag till mer traditionell KBT. Eftersom ACT inte använts på detta sätt förut vid behandling av ätstörningar får den delen av studien betraktas som mer utforskande än den huvudsakliga frågeställningen.

Notera att completersanalysen av behandlingsgruppen och kontrollgruppen inte görs med samma avsikt som analysen av skillnaden mellan KBT och KBTAC, även om samma personer exkluderats från båda analyserna. I det förra fallet görs completersanalysen för att lyfta fram behandlingseffekterna på dem som fullgjorde behandlingen och tillåta jämförelser med hela behandlingsgruppen. I jämförelsen mellan KBT och KBTAC har behandlingsgruppen homogeniserats för att eventuella effekter av ACT-komponenter ska kunna framträda. Eftersom det är så små effekter som granskas görs inga ansatser att dra slutsatser om skillnader mellan dem som avslutade i förtid och de som fullgjorde behandlingen.

I kontakten med alla deltagare utgick vi ifrån terapeutmanualen för självhjälpsbehandlingen (Fairburn, 1999), i vilken fokus ligger på att uppmuntra deltagarna att följa behandlingen och noggrant följa deras arbete med den. I kontakten med KBTAC fördes också resonemang om acceptans, delitteralisering och värderingar och hur dessa kunde tillämpas på behandlingen. Syftet med dessa resonemang är att gå djupare i hur människor fungerar och de väckte många funderingar som togs upp i kontakten med oss. Så även om bästa möjliga stöd erbjöds utifrån de villkor som ställdes upp, så är det möjligt att kvaliteten på kontakten med KBTAC i vissa avseenden kunde betraktas som bättre. Deltagarna fick skatta kvaliteten på behandlaren på en fyra-gradig skala, och snittet i båda grupperna blev att behandlaren låg mellan "bra" och "hyfsad" (Mann-Whitney:  $U = 71$ ,  $z = .03$ ,  $p = .98$ ,  $n = 24$ ). Den eventuellt ökade arbetsbelastning häftet innebar gav inte heller någon skillnad i tid man lade ner på

behandlingen, vid veckomätningarna rapporterades i snitt 2 timmars arbete per vecka för båda grupperna ( $t(22) = .21, p = .84$ ).

Treatment credibility visade en icke-signifikant skillnad mellan grupperna, dock med stor effektstorlek. Efter två veckor hade många av deltagarna börjat arbeta med häftet och övningarna i det, varför det inte är omöjligt att uppfattningen om behandlingens trovärdighet gick isär. Häftet presenterar ett synsätt på psykiskt lidande som inte återfinns i självhjälpsboken, och författades med avsikten att täcka upp brister i boken vad gäller hanterande av negativa tankar och emotioner. Den tydliga ansats som häftet visar att angripa den kognitiva delen av hetsättningsproblematiken på ett nytt sätt kan ha resulterat i behandlingen uppfattades som mer komplett av KBTAC-deltagarna. Samtidigt visade resultatet på mätningen att båda grupperna uppfattade behandlingen som trovärdig.

Veckomätningarna administrerades för att kunna följa deltagarna under behandlingens gång, men tillsammans med mittenmätningen syftade de också till att erbjuda en möjlighet till processanalys av behandlingen. Dock ansåg vi att sådan analys låg utanför ramen för uppsatsens syfte, att utvärdera effektiviteten av självhjälp med stöd via internet och effekterna av tillägg av ACT-komponenter.

### **Statistisk analys**

De flesta analyser genomfördes med ANOVA, där behandlings- och kontrollgruppens respektive KBT- och KBTAC- deltagarnas förändringar jämfördes för att se var skillnader låg. På samtliga tester beräknades effektstorlek,  $\eta_p^2$ , som tolkades konservativt jämfört med  $\eta^2$ . När så många jämförelser görs ökar risken för massignifikansproblemet, varför resultaten tolkats utifrån vad effektstorlekar och deras riktningar, signifikanta skillnader och kliniskt signifikanta förbättringar för flera test inom samma område visat, snarare än att enskilda exempel lyfts fram. Symtomfrihet är ett bra exempel på ett aggregerat mått (både vad gäller tid och antal skalor) där enskilda effekter försvinner.

För powerberäkningar användes Piface<sup>4</sup>, verktyget för ANOVA – balanserad design. Jämförelserna mellan behandling och kontroll ansågs ha 34 deltagare i varje grupp, och KBT och KBTAC 12 deltagare i varje grupp. Vidare krävdes transformering av  $\eta_p^2$  till effektstorlek i antal standardavvikelser, något som fick göras ungefärligt.

---

<sup>4</sup> <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power/index.html>

Powerberäkningarna visade att vid ANOVA-jämförelser mellan behandlings- och kontrollgrupp förelåg cirka 2 % risk för typ II-fel för en effektstorlek på .7 SD ( $\eta_p^2$  mellan .10 och .15), vilket betyder att studien hade fullt tillräcklig storlek på deltagargruppen. Vid jämförelserna mellan KBT och KBTAC var dock risken för typ II-fel cirka 62 % för en effektstorlek på .5 SD ( $\eta_p^2$  mellan .05 och .10), och en cirka 3 ggr större grupp hade behövts för att minska risken till 20 %. Fokus vid tolkning av skillnader mellan KBT och KBTAC låg därför på sammanvägda effektstorlekar eftersom få signifikanta skillnader skulle synas även om det verkligen förelåg någon skillnad.

### *Framtida forskning*

Denna studie har gett svar på många av våra frågor men också givit upphov till nya. Vi behandlar dem i tur och ordning och börjar med internet som kommunikationsverktyg i kombination med självhjälp, med eller utan stöd av terapeut, sedan några idéer om utvärdering av olika komponenter i behandlingen, ett förslag till tillämpning av trappstegsmodellen och avslutningsvis något om metoder.

I deltagarnas utvärdering av behandlingen är reaktionerna skiftande vad gäller stöd via internet. Åsikterna varierar mellan den positiva som tycker att det är smidigt, effektivt och underlättar ärlig och rak kommunikation, och den negativa som upplever det som tekniskt krångligt och opersonligt. Det vore värdefullt att närmare undersöka möjligheten att kombinera sedvanliga sessioner med kontakt via internet för att bättre kunna individanpassa behandlingen i detta avseende. Man bör också söka efter den teknik som ger mest användarvänlighet då tekniska problem och svårigheter att förstå instruktioner upplevs som frustrerande för såväl klient som behandlare. Vi tänker oss vidare att självhjälpsprogrammet skulle kunna utformas på ett attraktivare sätt om man bättre utnyttjade möjligheterna som internet i kombination med hem-pc kan erbjuda. I denna studie har internet endast fungerat som brevlåda, en plats där man kan ladda hem formulär och som diskussionsforum. Vi menar att det finns mycket mer möjligheter än så, och att man bör undersöka hur innehållet i en behandlingsmanual kan omarbetas till ett mer interaktivt arbetsmaterial. I likhet med Riley & Veale (1999) tror vi att beteendeterapi är ett område där man har goda möjligheter att kunna ta fram datoriserade, manualbaserade självhjälpsprogram som i jämförelse med bokversioner är bättre på att engagera klienten, bland annat genom att ge omedelbar feedback på utförda uppgifter. Här ser vi ett stort och spännande område för vidare forskning.

Tidigare studier har visat att den största effekten, cirka 70 %, av den totala förbättringen av KBT vid BN/BED erhålls under den första tredjedelen av behandlingen (Jones, Peveler, Hope, & Fairburn, 1993; Davis, Olmsted, Rockert, Marques, & Dolhanty, 1997; Wilson et al., 2002). Detta väcker två frågor som är värda att undersöka vidare, dels vilka behandlingskomponenter som ska användas efter den första delen av behandlingen, dels hur de patienter som inte visar förbättring efter en tredjedel av behandlingstiden ska hanteras. De kan vara intressant att fundera över vad som skulle hända om man behöll denna del av KBT-behandlingen intakt, men ersatte eller modifierade den resterande delen vilken tycks ha mindre effekt på nedgång av symtom. I föreliggande studie valde vi att lägga till nya eller kompletterande komponenter, men i övrigt inte ändra på innehållet i behandlingen. En förbättring kan även göras på andra sätt. Vissa delar i manualen skulle kunna bytas ut och ersättas, flera komponenter läggas till, ordningen i vilken de olika stegen och komponenterna presenteras skulle kunna ändras. I ACT-modellen är det primära målet med behandlingen inte att reducera symtom utan att hjälpa klienten att leva i linje med sina uttalade värderingar vilket kan uppfattas som ett långsiktigare mål. Kanske vore det värdefullt att i ett inledande skede av behandlingen använda sig av självmonitorering och strategier för regelbundet ätande, det vill säga de första stegen i KBT, för att sedan gå över på arbete med värderingar, acceptans och deliteralisering? Om en uppföljning av föreliggande studie pekar mot att KBTAC har positiv effekt på vidmakthållandet av de förbättringar som erhållits kan det möjligen tyda på att ACT-komponenterna är effektivare än enbart KBT-självhjälp vad gäller målen med de senare stegen i behandlingen. Ett sådant upplägg skulle dock snarare kunna betecknas som en integrering av KBT-komponenter i en ACT-behandling. För att närmare utforska vilket bidrag olika komponenter har på utfall görs studier som avlägsnar en specifik komponent ur en behandling och sedan analyserar utfall, så kallad dismantling. De ACT-komponenter vi applicerat i denna studie är inte de enda, och kanske heller inte de som ger mest effekt. Vi vet inte om den effekt som uppnåddes orsakades av 'värderingar', 'deliteralisering' eller 'acceptans'. För att få en bättre bild av detta bör man på längre sikt såväl lägga till som dra ifrån ACT-komponenter i kombination med KBT-manualen som då hålls konstant. Innan det görs bör dock de resultat vi här erhållit valideras med data från replikeringsstudier.

De patienter som inte når den förväntade förbättringen efter en tredjedel av behandlingen kan vara kandidater för en ökad insats i enlighet med trappstegsmodellen.

I en studie av individualterapi för bulimiker (Agras, et al., 2000) var minskning av antalet självrensande beteenden efter en tredjedel av behandlingstiden en god prediktor för behandlingsutfall. Liknande analys av data i föreliggande studie skulle kunna genomföras för att hitta faktorer som på samma sätt predicerar utfall. Därefter kan en studie med två behandlingsnivåer konstrueras, där patienter som inte svarar på behandlingen i enlighet med ett empiriskt fastställt kriterium lyfts ur internetbehandlingen och erbjuds mer omfattande insatser, t.ex. individuell terapi.

Vad gäller forskningsmetod så noterar vi problemet med svårigheten att kontrollera hur stor del av behandlingsmaterialet deltagarna faktiskt tagit del av. Vi vet inte om man läste ett visst kapitel eller faktiskt gjorde sina observationslistor. Man bör i framtida studier av självhjälpsprogrammet söka metoder att komma till rätta med detta. Då ökar sannolikheten för att de resultat man uppmäter i större utsträckning kommer sig av behandlingens innehåll och inte av den varierande grad av tid och engagemang som deltagarna lagt ner på den. I denna studie skickades materialet i sin helhet vid behandlingens start vilket gjorde att vi fick liten kontroll över hur det användes. Vi föreslår att det istället administreras stegvis vilket innebär att manualen delas upp i teori samt vart och ett av de sex stegen, och att häftet utformas så att komponenterna kan introduceras i sekvens. Deltagarna kan sedan få tillgång till nästa steg eller komponent när man, till exempel, har skickat in en hemuppgift. Detta tillvägagångssätt är lämpligt i det fall man vill utpröva bidrag av olika komponenter så som beskrivits ovan.

Om det stämmer att effekten av ACT-komponenterna kan komma att framträda tydligare över tid, vilket antytts tidigare, då är en noggrann uppföljning av största vikt. En sådan kan förslagsvis göras efter 6 månader respektive 1 år. Denna kan med fördel vara utformad för att samla såväl kvantitativa data utifrån de mätinstrument som tidigare använts, som kvalitativa data om hur deltagare upplever de långsiktiga effekterna av behandlingen. Det faktum att litteraturen om KBT vid BN/BED är renons på sådan kvalitativ data ser vi som en brist vilken framtida forskning bör åtgärda.

Eftersom de goda behandlingseffekterna av KBT vid BN/BED kan anses bekräftade av såväl tidigare studier (Wilson, 1999) som denna anser vi i likhet med Ghaderi och Scott (2003) att vidare forskning bör fokusera på hur denna behandlingsform kan utvecklas avseende innehåll och hur detta kan förmedlas till patienter på bästa sätt.

## Referenser

- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). Outcome Predictors for the Cognitive Behavior Treatment of Bulimia Nervosa: Data From a Multisite Study. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1302-1308.
- Agras, W. S., Walsh, B. T., 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 (1995). *Mini-D IV diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. (J. Herlofson & M. Landqvist, övers.). Danderyd, 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., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö-Sandström, V., & Ekselius, L. (in press). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70* (5), 1129-1139.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Roche, B., & Smeets, P. M. (2001). Exemplar training and a derived transformation of function in accordance with symmetry. *The Psychological Record*, *51*, 287- 308.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. M., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Becker, L. A. (1999). Statistical and Clinical Significance. Hämtad 2005-05-05 från: <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/clinsig.htm>
- Begg, C. B. (2000). Ruminations on the Intent-to-Treat Principle. *Controlled Clinical Trials*, *21*, 241-243

- Bergh C. & Södersten, P. (1998). Anorexia nervosa: Rediscovery of a disorder. *The Lancet*, 351, 1427-1429.
- Bissett, R. T. (2002). Processes of change: Acceptance versus 12-step in polysubstance abusing methadone clients. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 63, s. 1014.
- Blackledge, J. T. (2003). An Introduction to Relational Frame Theory: Basics and Applications. *The Behavior Analyst Today*, 3, 421-433.
- Boelens, H. (1994). A traditional account of stimulus equivalence. *The Psychological Record*, 44, 587-605.
- Buchanan, T. (2003). Internet-based questionnaire assessment: Appropriate use in clinical contexts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 100-109.
- Bulik, C. M. (2002). Anxiety, Depression and Eating Disorders. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 193). New York: Guilford Press.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L., & Andersson, G. (In Press). Internet vs. Paper and Pencil Administration of Questionnaires Commonly Used in Panic/Agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129-140
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollerstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (in press) Treatment of Panic Disorder: Live Therapy vs. Self-Help via Internet. *Behaviour Research and Therapy*.
- 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
- 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.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L. E., Williams, D. A., & Curry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5-14.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviors in eating- disordered patients. *Eating Behaviors, 2*, 263-272.
- Cooper, P. J., Coker, S., & Fleming, C. (1996). An Evaluation of the Efficacy of Supervised Cognitive Behavioral Self-Help for Bulimia Nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 281-287.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the Core Psychopathology of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 385-389.
- Cooper, P. J. & Steere, J. (1995). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 875-885.
- 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.
- Cooper, Z., & Fairburn C. G. (1987). The eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 1-8
- Davidson, G. C. (2000). Stepped Care: Doing More With Less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 580-585.
- Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, T., & Dolhanty, J. (1997). Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 25-34.
- Deci, E. L & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

- 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. 319-324
- Eifert, G. H. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 293-312
- Evans, C., Margison, F., Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health*, *1*, 70-72.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, *11*, 707-711.
- Fairburn, C. G. (1999). *Guided self-help for bulimia nervosa. Therapist's manual*.
- Fairburn, C. G. (2001). Eating Disorders. I D. M. Clark & C. G. Fairburn (Red.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (s. 216). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2003). *Att övervinna hetsätning* (A. Ghaderi & B. Scott, övers.). Stockholm: Cura (originalet publicerat 1995).
- Fairburn, C.G. & Beglin S.J. (1994). The Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-report Questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 363-370.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. In C.G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (12th ed., 317-360). New York: Guilford.
- 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., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993b). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 419- 428.

- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1993a). Predictors of twelve-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 696-698.
- Fairburn, C. G. & Walsh, B. T. (2002). Atypical Eating Disorders (Eating Disorder Not Otherwise Specified). I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 171). New York: Guilford Press.
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, G., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, Psychopathological and Personality Correlates of Interoceptive Awareness in Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and Obesity. *Psychopathology, 37*, 168-174.
- Field, A. E., Cheung, L., Wolf, A M., Herzog, D. B., Gortmaker, S. L., & Colditz, G. A. (1999). Exposure to the Mass Media and Weight Concerns Among Girls. *Pediatrics, 103*.
- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P.J. (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 manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- 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. (1999). Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in the normal population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*, 261-266.
- 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*, 61-67.

- 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 Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, *45*, 319-324.
- Goldfein, J. A., Devlin, M. J., & Kamenetz, C. (2005). Eating Disorder Examination-Questionnaire with and without instruction to assess binge eating in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 107-111
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A Meta-Analysis of Self-Help Treatment Approaches. *Clinical Psychology Review*, *13*, 169-186.
- Götestam, K. G. & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders among females aged 18-30 years in the general population. *International journal of eating disorders*, *18*, 119-126.
- 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.
- Haaga, D. A. F. (2000). Introduction to the Special Section on Stepped Care Models in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 547-548.
- 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.
- Hayes, S. C. & Bisset, R. (1998). Derived stimulus relations produce mediated and episodic priming. *The Psychological Record*, *48*, 617-630.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999b). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, *49*, 33-47.
- Hayes, S. C., Devany, J. M., Kohlenberg, B. S., Brownstein, A. J., & Shelby, J. (1987). Stimulus equivalence and the symbolic control of behavior. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, *13*, 361-374.

- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Criticisms of relational frame theory: Implications for a behavior analytic account of derived stimulus relations. *The Psychological Record, 46*, 221-236.
- Hayes, S. C., Wilson, K., & Strosahl, K. (1999a). *Acceptance and Commitment Therapy: Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule following. I S. C. Hayes (red.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (s. 191-220). New York: Plenum.
- Healy, O., Barnes-Holmes, D., & Smeets, P. M. (2000). Derived relational responding as generalized operant behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 74*, 207-227.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 232-236.
- 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.
- Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & Fairburn, C. G. (1993). Changes during treatment for bulimia nervosa: A comparison of three psychological treatments. *Behavior Research and Therapy, 31*, 479-486.
- Krause, M. S. & Howard, K.I. (1999). Between-group psychotherapy research and basic science revisited. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 159-170.
- Kushner, M. T., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders. *Clinical Psychology Review, 20*, 149-171.
- Lachin, J. M. (2000). Statistical Considerations in the Intent-to-Treat Principle. *Controlled Clinical Trials, 21*, 167-189.
- Laessle, R. G., Platte, P., Schweiger, U., & Pirke, K. M. (1996). Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behavior in Young Women. A Model for Bulimia Nervosa. *Physiology & Behavior, 60*, 1-5.

- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Devlin, B., Bulik, C., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Merikangas, K. R., Nagy, L., & Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered, and never-ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine, 30*, 1399-1410.
- 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.
- Luce, K. H., Winzelberg, A. J., Das, S., Osborne, M. I., Bryson, S. W., & Taylor, C. B. (In Press). Reliability of self-report: paper versus online administration. *Computers in Human Behavior*.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review, 8*, 198-216.
- Mahoney, M. H., & Mahoney, K. (1976). *Permanent weight control*. Norton: New York.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (in press). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behavior Research and Therapy*.
- 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, 22*, 76-84.
- Mcaleavey, K. M. (2000). Treatment outcomes among persons with anorexia, bulimia, and eating disorders not otherwise specified. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain, 105*, 197-204.
- MHSIP Report Card. (1996). The Rosenberg Self-Esteem Scale. Hämtad 2005-05-05 från: <http://www.mhsip.org/reportcard/rosenberg.PDF>

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, J. (1991). A review of controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, S23-S31.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P.J.V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Screening for Eating Disorders in Community Samples. *Behaviour research and therapy*, 42, 551-567.
- Montgomery, S.A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to Be Sensitive for Change. *British journal of psychiatry*, 134, 382-389.
- Morgensterns, E., & Stattin S. (2004). *Psykisk hälsa hos kvinnor med fetma*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Nevonen, L., & Broberg, A. G. (2001). Validating the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *Eating Weight Disord.*, 6, 59-67.
- NICE (2004). Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Hämtad 2005-05-13 från: <http://www.nice.org.uk/pdf/cg009niceguidance.pdf>
- Nilsonne, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv?* (s. 19). Stockholm: Natur & Kultur.
- Norring, C. & Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- O'Hora, D., Roche, B., Barnes-Holmes, D., & Smeets, P. (2002). Response latencies to multiple derived stimulus relations: Testing two predictions of Relational Frame Theory. *The Psychological Record*, 52, 51-75.
- 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.

- 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., & Miller, J. P. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorders: A comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders, 24*, 125-136.
- Pike, K. M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198-204.
- Pomeroy, C. & Mitchell, J. E. (2002). Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2002). Stigma, Discrimination, and Obesity. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. (s. 108-110). New York: Guilford Press.
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V., & Crow, S. J. (2005). A Comparison of Quality of Life in Obese Individuals with and without Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 234–240.
- Riley, S., & Veale, D. (1999). The Internet and its Relevance to Cognitive Behavioural Psychotherapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27*, 37-46
- 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.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine, 19*, 513-518.
- Roland, M. & Torgerson, D. J. (1998). Understanding controlled trials: What are pragmatic trials? *British Medical Journal, 316*, 285.
- Rosen, J. C., & Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy, 13*, 117-124.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books, inc.



- Santos, J. R. A. (1999). Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales. *Journal of Extension, 37*.
- Schmidt, U. (2002). Risk Factors for Eating Disorders. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 247). New York: Guilford Press.
- Shafran, R. (2002). Eating Disorders and the Internet. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 362-365). New York: Guilford Press.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston: Authors Cooperative.
- Streiner, D. & Geddes, J. (2001). Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evidence Based Mental Health, 4*, 70-71.
- Stricker, G. (2000). The Relationship Between Efficacy and Effectiveness. *Prevention & Treatment, 3*.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F.-A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa in a Community Sample. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 157-165.
- 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-S). *Journal of affective disorders, 64*, 203-216.
- Sysko, R., Walsh, B. T., & Fairburn, C. G. (2005). Eating Disorder Examination-Questionnaire as a Measure of Change in Patients with Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 100-106.

- Thackwray, D. E., Smith, M. C., Bodfish, J. W., & Meyers, A. W. (1993). A comparison of behavioural and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 639-645.
- Thiel, A, Züger, M, Jacoby, G. E., & Schübler, G. (1998). Thirty-Month Outcome in Patients With Anorexia or Bulimia Nervosa and Concomitant Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 244–249
- Vandereycken, W. (2002). History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 151). New York: Guilford Press.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 207-219.
- Waller, G. (2002). The Psychology of Binge Eating. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 98). New York: Guilford Press.
- Weaver, J. F. (1998). Treatment credibility and the outcome of psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 58*.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books
- Whitney, J. D. (2000). Basics of Designing a Clinical Trial: Part I. *Journal of WOCN, 27*, 257-259.
- Whitney, J. D. (2001). Using Intent-to-Treat Analysis in Clinical Studies. *Journal of WOCN, 28*, 267-269.
- Wilfley, D. E. (2002). Psychological Treatment of Binge Eating Disorder. I C. G. Fairburn & K. D. Brown (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (s. 350-351). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. *Behaviour Research and Therapy, 37*, S79-S95.

- Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, *29*, 575-583.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 267-274.
- Wilson, G. T., Vitousek, K. M., & Loeb, K. L. (2000). Stepped Care Treatment for Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 564-572.
- Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, r., Dev, P., & Taylor, C. B. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 346-350.
- Wolf, E. M. & Crowther, J. H. (1992). An evaluation of behavioural and cognitive-behavioral interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 3-15.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 125-138.

## **Bilaga A: Beskrivning av EDI:s delskalor 1-7**

### **Viktfofi**

Överdriven upptagenhet vid bantning och vikt samt rädsla för viktuppgång.

### **Bulimi**

Huvudsakligen om behov av och tankar om att hetsäta, men också tankar om kräkningar i självrensande syfte.

### **Missnöje med kroppen**

Missnöje med figur och storlek av vissa kroppsdelar som mage, höfter, lår och stjärt.

### **Låg självkänsla**

Dålig självkänsla på grund av upplevelse av otillräcklighet.

### **Perfektionism**

Övertygelse om att endast bästa möjliga prestationer är acceptabla och att andra (t.ex. föräldrar och lärare) förväntar sig enastående resultat.

### **Interpersonell misstro**

Allmänna känslor av främlingskap och motvilja mot att inleda relationer. Mäter också personens ovilja att uttrycka känslor och tankar för andra.

### **Störd interoceptiv medvetenhet**

Oförmåga att identifiera känslor av hunger och mättnad.

## **Bilaga B: 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 C: 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 & intensivt (...) gånger
- 22b) Typ av träning: (...)
- 22c) Minuter per gång (...) minuter

**Följande frågor gavs endast till behandlingsgruppen**

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, Våldigt mycket)
- 25) Hur väl har du kunnat följa programmet? (Inte alls, Så där, 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 ner på programmet (läsning, diskussionsforum, uppgifter, mailkontakt)? (Inte alls, 0-1 timmar, 1-2, 2-3, 3-4, 4-5, 5-10, Över 10 timmar)

## Bilaga D: Hemuppgifter

### KBTAC

- 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. Känner du igen dig. Har man missat något som du funderar över? Gör ett kort eller långt inlägg, fråga eller kommentera. Fanns det någon fakta 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 eller det du har hört/läst tidigare?
- I häftet presenteras några tankar om mänskligt lidande, vårt språk och inre och yttre kontroll. Vissa av dessa tankar är kanske nya för dig. När du läst dessa avsnitt, *och gjort uppgifterna som hör till dem*, gå in på forumet och diskutera dem tillsammans med de andra deltagarna. Skriv minst ett inlägg i avdelningen ”Häftet” där du frågar om/reflekterat kring/ifrågasätter häftets innehåll.

### KBT

- 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. Känner du igen dig. Har man missat något som du funderar över? Gör ett kort eller långt inlägg, fråga eller kommentera. Fanns det någon fakta 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 eller det du har hört/läst tidigare?

### Steg 1

### KBTAC

- Gå in på forumet. Ta reda på hur andra i gruppen lyckas med observationerna. Kom med tips eller be om hjälp. Hur är det med motivationen till förändring? Ta hjälp av sidorna 162-165 i boken samt avsnittet om mål och värderingar i häftet. Fyll i formuläret ”Vad har jag för mål med behandlingen” (ladda ner från hemsidan) och skicka en kopia till din behandlare.
- Fyll i observationslistan (ladda ner från hemsidan) för en dag och mejla den till din behandlare så att han kan ge feedback på hur du använder den.

### KBT

- Gå in på forumet. Ta reda på hur andra i gruppen lyckas med observationerna. Kom med tips eller be om hjälp. Hur är det med motivationen till förändring? Ta hjälp av sidorna 162-165 i boken.
- Fyll i observationslistan (ladda ner från hemsidan) för en dag och mejla den till din behandlare så att han kan ge feedback på hur du använder den. Listan finns att hämta på hemsidan.
- Vi tycker att det är viktigt att ni ställer upp konkreta mål med den här behandlingen. Utan tydliga mål ökar risken att ni tappar bort er på vägen och undrar varför ni överhuvudtaget lägger så mycket ansträngning på något såhär tidskrävande och jobbigt.

Ni har redan fått i uppgift att diskutera målen på forumet, men vi vill gärna



personligen se vad ni har för funderingar. På sidan 162-165 (första stycket) i boken finns lite text kring vilka mål man kan ställa upp.

Hemuppgift:

Innan du går vidare till Steg 3 (det är alltså inte bråttom med uppgiften) ska du mejla mig dina mål med behandlingen uppställda under följande rubriker:

HUR KOMMER MINA KÄNSLOR MOT MIG SJÄLV BLI BÄTTRE?

HUR KOMMER DET ATT FÖRBÄTTRA MIN LIVSKVALITET?

HUR KOMMER JAG BLI FRISKARE KROPPSLIGEN?

HUR KOMMER ANDRA HA NYTTA AV DET?

Läs också sidan 172 under rubriken "Vad kommer att hända med din vikt?" och skriv ner dina reaktioner på det.

## *Steg 2*

### **KBTAC**

- Forumet: Hur gör gruppen för att få regelbundenhet i sitt ätande och hur gör du? Vad kan man göra för att underlätta detta? Dela med dig av dina erfarenheter. Om du kompenserar, hur känns det att sluta med detta.
- Forumet: Vad tycker du om medveten närvaro-övningarna? Både andningsövningen och medvetenhet i vardagen-övningen. Hinner du med/kommer du ihåg att göra dem, hur känns det under tiden, efteråt?
- Läs s. 172 under rubriken "Vad kommer att hända med din vikt?" och skriv ner dina reaktioner på det. Skicka till din behandlare

### **KBT**

- Forumet: Hur gör gruppen för att få regelbundenhet i sitt ätande och hur gör du? Vad kan man göra för att underlätta detta? Dela med dig av dina erfarenheter. Om du kompenserar, hur känns det att sluta med detta.

## *Steg 3*

### **KBTAC**

- Vilka 3 saker måste ske om du ska kunna hantera en stark lust att hetsäta. Ta hjälp av boken och skicka svaret till din behandlare. Kommentera gärna kort det som står i boken om detta.
- Forumet: Hur upplever du att det som står i Häftet 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?

- Läs igenom avsnittet om funktionell analys i Häftet. Ladda hem formuläret för FA på 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 till din behandlare.

## **KBT**

- Vilka 3 saker måste ske om du ska kunna hantera en stark lust att hetsäta. Ta hjälp av boken och skicka svaret till din behandlare. Kommentera gärna kort det som står i boken om detta.

### *Skickades till alla under Steg 3*

- När du kommit på några alternativa aktiviteter, gå in på forumet och dela med dig av din lista. Läs de andras listor och låt dig inspireras av deras förslag.
- När du använt listan ett tag, utvärdera den gärna. Gå in på forumet, skriv vilka alternativa aktiviteter som fungerar sämst/bäst. Kolla vilka som fungerar för andra.

## Bilaga E: Tolkningsguide för diagram av kliniskt signifikanta förbättringar

Figuren nedan är behandlingsgruppens resultat på MADRS. De individuella deltagarnas resultat vid förmätningen indikeras genom punkternas position på den horisontella axeln. Eftermätningens värde indikeras på den vertikala axeln. Den diagonala linjen i mitten indikerar identiska värden vid för- och eftermätningen, och det horisontella avståndet mellan en punkt och mittlinjen är därmed skillnaden mellan för- och eftermätning. Två deltagare är placerade på mittlinjen, de två ur behandlingsgruppen vars resultat på eftermätningen inte fanns tillgängliga utan beräknades med LOCF.

De två omgivande diagonala linjerna representerar gränsen för pålitlig förändring. Om en punkt befinner sig utanför endera diagonala linjen betyder det att den har rört sig så långt från mittlinjen, att ändringen är statistiskt säkerställd.

Stora pilen indikerar riktning för kliniskt signifikant förbättring, i det här fallet ska alltså en deltagare flytta sig nedåt för att det ska vara i riktning mot normalt fungerande.

De feta linjerna markerar gränsen vilken deltagarna måste passera för att uppnå kliniskt signifikant förbättring. Alla deltagare som i det här fallet befinner sig till höger om den vertikala feta linjen (deprimerade vid förmätning) och under den horisontella feta linjen (inte deprimerade vid eftermätning), samt utanför gränsen för pålitlig förändring har alltså uppnått kliniskt signifikant förbättring.

De tunna linjerna finns med som referens för att markera gränsen mellan mild och måttlig depression. Deltagare till höger om den tunna linjen var alltså måttligt deprimerade vid förmätningen.

