

Betydelsen av mängd behandlingsinsatser hos patienter  
med diagnostiserad ätstörning

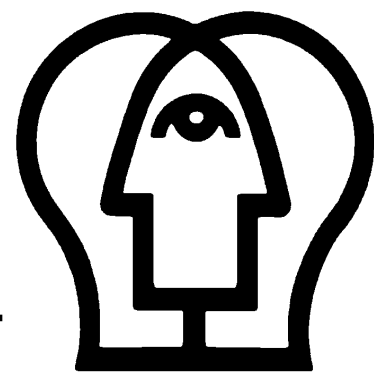
Anna Fant Misic

Handledare: Maria Sandgren, Fil Dr, Leg psykolog  
och David Clinton, Fil Dr, Leg psykolog, Leg psykoterapeut

MAGISTERUPPSATS I PSYKOLOGI, 20 POÄNG 2007

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



# BETYDELSEN AV MÄNGD BEHANDLINGSINSATSER HOS PATIENTER MED DIAGNOSTISERAD ÄTSTÖRNING \*

Anna Fant Misić  
*Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen*<sup>1</sup>

## SAMMANFATTNING

Syftet med föreliggande studie var att undersöka samband mellan behandlingsinsatser ätstörningspsykopatologi och sjukdomsförlopp i relation till behandlingseffekt hos ätstörningspatienter. Även skillnader i behandlingseffekt med hänsyn till diagnos undersöks. Forskningen pekar på bristfälliga prognoser gällande tillfriskning för ätstörningspatienter, endast omkring 50 procent av ätstörningspatienter i behandling tillfrisknar. I den aktuella studien ingår 232 diagnostiserade ätstörningspatienter, som behandlats antingen i öppenvård eller slutenvård på nio specialenheter i SUFSA projektet. Datainsamling utgjordes av enkäter för självskattning, intervjuer, behandlingsdagböcker samt ett utfallsmått beskrivande patientens nivå för ingående variabler. Resultaten visar inga signifikanta samband mellan antalet behandlingsinsatser och behandlingseffekt. Däremot råder samband mellan ätstörningspsykopatologi och behandlingseffekt, d.v.s. desto högre grad ätstörningspsykopatologi, desto sämre behandlingseffekt. Inga signifikanta skillnader i behandlingseffekt framkommer mellan diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller ätstörning utan närmare specifikation. Sammanfattningsvis rapporteras bristande betydelse av antalet insatser i behandling vilket tyder på andra faktorer betydelse gällande behandlingseffekt. Behandling av ätstörningspatienter föreslås därför fokusera på individspecifik ätstörningspsykopatologi och vidmakthållande faktorer.

*Nyckelord:* Behandlingseffekt, sjukdomsduration, öppenvård, slutenvård, ätstörning

<sup>1</sup> Magisteruppsats i psykologi, 81-100p, VT 2007

Handledare: Maria Sandgren, Fil Dr, Leg psykolog

David Clinton, Fil Dr, Leg psykolog, Leg psykoterapeut

---

\* Jag vill uttrycka mitt varma tack till Maria Sandgren för fantastisk handledning och stöttning under uppsatsarbetet. Jag vill även tacka David Clinton för möjligheten att arbeta med SUFSA projektet och förtroendet för mitt arbete.

# THE IMPORTANCE OF AMOUNT OF TREATMENT INTERVENTION FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH EATING DISORDERS \*

Anna Fant Mistic

*University of Stockholm, Department of Psychology<sup>1</sup>*

## ABSTRACT

The purpose of the present study was to examine correlations between amount of treatment interventions, eating disorder psychopathology and duration of illness in relation to obtained treatment effect. Diagnostic differences in treatment effect were also examined. Research suggests poor prognosis for patients with eating disorders, and approximately only 50 percent of patients recover. The present study included 232 diagnosed eating disorder patients, who had been treated in specialist out- or inpatient treatment at nine units participating in the CO-RED project. Data were collected using self-report questionnaires, interviews, treatment diaries, and an average outcome score that described the patient's level of functioning on key variables. Results indicated no correlations between amount of treatment intervention and obtained treatment effect. However, there was an association between eating disorder psychopathology and treatment effect, suggesting that higher levels of eating disorder psychopathology may contribute to poorer treatment effects. No significant differences in treatment effects were found between diagnoses (i.e. anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder and eating disorder not otherwise specified). In sum, the study reports little association between amount of treatment and treatment effect, which points toward the possible significance of other elements that may influence treatment effectiveness. It may therefore be important in future to focus on specific individual eating disorder psychopathology and its maintaining mechanisms.

*Keywords:* Treatment effect, duration of illness, outpatient treatment, inpatient treatment, eating disorder

<sup>1</sup> Master's Degree, Paper in Psychology, 81-100p, Spring 2007

Supervisor: Maria Sandgren, Ph.D., Clinical Psychologist

David Clinton, Ph.D., Clinical Psychologist, Psychotherapist

---

\* I would like to express my deepest gratitude to Maria Sandgren for her amazing supervising and support through the work with the paper. I would also like to thank David Clinton for the opportunity to work with the CO-RED project and his confidence in my work.

I takt med det västerländska samhällets utveckling och ökade konformitet ökar även kravet på individens fysiska framträdande och framgång. Ätstörningssjukdomars utbredning betraktas som en reaktion på ett allt mer kroppsfokuserat samhälle där utseende och vikt spelar en avgörande roll. Benämningen ätstörning är ett samlingsbegrepp för flera specifika diagnoser, för diagnostiserbar ätstörningssjukdom gäller följande: *"individens uppvisar en primärt ihållande störning i ätbeteende och/eller viktkontrollerande beteende vilket påtagligt försämrar hälsa och/eller psykosocialt fungerande"* (Fairburn, & Walsh, 2002, ref. i Clinton & Norring, 2002). Ätstörningssjukdomar uppskattas idag vara den mest frekventa mentala problematiken bland unga kvinnor (Kächele, Kordy, & Richard, 2001). För dem som drabbas innebär ätstörningssjukdomen ofta ett blockerande tillstånd, både socialt, fysiskt och psykiskt. Det primära hos individen fokuseras kring kroppsform, mat och vikt och förmågan att kontrollera dessa företeelser. Även om majoriteten av individer i samhället inte uppfyller kraven på diagnostiserad ätstörning är det ändå en avsevärt stor del som befinner sig i ett ohälsosamt och restriktivt ätbeteende (Tylka & Mezydło Subich, 1999). Vilket beskrivs i det faktum att kontinuerlig hetsätning idag förekommer bland 10-50 procent av unga kvinnor och män (Le Grange, Lock & Dymek, 2003).

Ätstörningar betraktas som en av de mer svårbehandlade och svårförståliga tillstånd psykiatrien står att möta. Bara ett fåtal prediktorer för behandlingseffekt är idag kända och fastställda (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006; Kächele et al., 2001; Loeb, Wilson, Labouvie, Pratt, Hayaki, Walsh et al., 2005; Zeck & Hartman, 2005). Fortfarande kan ingen behandlingsform bevisligen företräda någon annan (Kächele et al., 2001) och trots omfattande och utbredd forskning betraktas ätstörningsproblematiken och relaterad psykopatologi fortfarande som en av de största utmaningarna för behandling och utveckling av behandlingsformer (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Bara drygt 50 procent av individer med diagnostiserad ätstörning tillfrisknar från sjukdomen (Ghaderi, 2006; Polivy & Herman, 2002; Wilson, 1996b) vilket innebär att en lika stor grupp av patienter inte tillgodogör sig behandlingen. Det kan bero på flertalet olika anledningar, däribland missriktning i behandlingsmetoder eller bristande förmåga hos individen att ta till sig behandlingen (Binfor, Pedersson, Mussel, Crosby, Peterson, Crow et al., 2005).

#### *Förekomst av ätstörningsproblematik*

Prevalensen för anorexia nervosa och bulimia nervosa är 1-4 procent i gruppen av befolkningen med mentala sjukdomar (Kächele et al., 2001). Etableringen och ökningen av ätstörningssjukdomar sker parallellt med en ökad genomsnittlig vikt och ett smalare kvinnoideal i dagens samhälle (Engström, 2002). Den ökade förekomsten som återfinns i forskningsrapporter kan bero på samhällets större medvetenhet och uppmärksammande av ätstörningssjukdomar och relaterad problematik (Engström, 2002; Polivy et al., 2002). Vidare påverkas epidemiologin vid ätstörningar även av den sjuka individens ofta förekommande vägran att söka vård. Det innebär att sjukvården inte fångar upp och omfattar den totala spridningen av ätstörningssjukdomar som är förekommande idag. Åldersspridningen uppskattas ligga kring omkring 15-29 år, spridning förekommer både ner och upp i åldrarna (Polivy et al., 2002).

#### *Diagnostik av ätstörningssjukdomar*

För diagnostik används idag huvudsakligen, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (Clinton et al., 2002). Det är ett tillförlitligt diagnosystem utvecklat inom forskning (APA, 1994).

De vanligast förekommande diagnoserna är anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation (Clinton et al., 2002).

#### *Anorexia nervosa*

Tillståndet karaktäriseras av en överdriven rädsla för viktökning och extrem bantning (tabell 1). Anorexia nervosa kan anta två typer av sjukdomstillstånd, restriktiv eller självvrensande (Fingfield, 2002). Individer med restriktiv typ vägrar matintag, äter extremt restriktivt. Individer med självvrensande typ tillämpar regelbundet hetsätning med kompensatoriskt beteende (Polivy et al., 2002).

Tabell 1. DSM-IV-kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för anorexia nervosa.

- 
- Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre gränsen normalt för ålder och längd. Viktminskning som innebär mindre än 85 procent av den förväntade vikten vilket leder till att individen befinner sig på en vikt 15 procent under nedre normalgränsen för ålder och vikt.
  - Individen har en extrem rädsla för att gå upp i vikt och är kraftigt oroad för övervikt.
  - Störd kroppsuppfattning avseende vikt och form. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikten eller formen, förnekelse av den låga kroppsvikten.
  - Amenorré, frånvaro av menstruation, vid minst tre på varandra följande menstruationscykler.
- 

Förekomsten av anorexia nervosa uppskattas idag till ca 10-40 nya fall per 100 000 kvinnor och år d.v.s. en prevalens på 0.2-0.4 procent. Anorexia nervosa har den högsta frekvensen av dödlighet inom ätstörningsproblematiken och betecknas även som den form av psykisk sjukdom med högst frekvens av dödlighet. Anorexia nervosa fortsätter att utgöra en utmaning för forskningen inom ätstörningsproblematiken (Bulik, Sullivan, Fear & Pickering, 2000; Fairburn, Shafran & Cooper, 1999; Fichter et al., 2006; Fingfield, 2002).

#### *Bulimia nervosa*

Hos individer med bulimia nervosa tenderar vikten att vara förhållandevis normal (tabell 2). Sjukdomen karaktäriseras av individens rädsla att gå upp i vikt vilket genererar en ständig strävan att minska i vikt (Clinton et al., 2002). Hos bulimiker förekommer ett kontinuerligt överätande, hetsätande, ofta följt av kompensatoriskt beteende i form av kräkning, laxering eller diuretika (Fairburn, 1995). Bulimiker med hetsättningsstörning utan kompensatoriskt beteende tenderar att vara överviktiga (Le Grange et al., 2003). Menstruationen hos individer med bulimia nervosa kan vara helt normal men oregelbundenheter förekommer (Hägglöf, 2002b).

Tabell 2. DSM-IV-kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för bulimia nervosa.

- 
- Återkommande perioder av hetsätning som kännetecknas av att:
    1. Väsentligt större mängd mat äts under en avgränsad tid, t.ex. inom 2 h, än vad som kännetecknas för normalt.
    2. Individens upplever sig ha förlorat kontrollen över ätandet i situationen, t.ex. känsla av att inte kunna avsluta ätandet eller kontrollera mängden förtärd mat.
  - Återkommande kompensatoriskt beteende för att inte öka i vikt efter hetsätningar, t.ex. upprepade självframkallade kräkningar, tillämpning av laxering, diuretika eller överdriven träning.
  - Hetsätning med påföljande kompensatoriskt beteende förekommer minst två gånger i veckan under en period av minst tre månader.
  - Individens självkänsla är överdrivet påverkad av kroppsformen och vikten.
  - Störningen får inte förekomma i samband med anorexia nervosa.
- 

Vidare förekommer känslor av skuld, ångest, förlust av kontroll, hetsätningsepisoder och återupprepade kompensationsbeteenden (Hägglöf, 2002b). Incidensen för bulimia nervosa uppskattas till 5-65 nya fall per 100 000 kvinnor per år med en prevalens på 1-2 procent (Engström, 2002).

#### *Hetsätningsstörning, HETS*

Karaktären på sjukdomen liknar bulimia nervosa med hetsätning som det primära kliniska symtomet (Clinton et al., 2002). Däremot använder individen sig inte av något kompensatoriskt beteende vid hetsätning för att kontrollera sin vikt (tabell 3). Hos individer med hetsätningsstörning kretsar fokus kring oro för den egna kroppens form och vikt (Hrabosky, Masheb, White, & Grilo, 2007). Hetsätningsstörning är en ny diagnostiserad ätstörning som fortfarande anses svår att definiera och avgränsa på grund av den snarlikhet som finns med anorexia nervosa och bulimia nervosa (Fairburn, 1995).

Tabell 3. DSM-IV-kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för hetsätningsstörning (HETS).

- 
- Återkommande episoder av hetsätning som karakteriseras av följande två beskrivningar:
    1. Individens äter under en avgränsad tid, t.ex. inom 2 h, en väsentlig större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
    2. Individens upplever förlust av kontroll i ätandet under episoden, t.ex. kan inte avbryta ätandet eller kontrollera vad och hur mycket som äts.
  - Hetsätningsepisoden är associerad med tre, eller fler, av följande
    1. Äta mycket snabbare än normalt
    2. Äta till man känner sig obehagligt mätt
    3. Äta stora mängder mat när man inte känner sig fysiskt hungrig
    4. Äta i ensamhet därför att man skäms för hur mycket man äter
    5. Känna sig äcklig eller känna sig nere, känna mycket skuld efter överätning
  - Klart bekymrad eller upplever sig vara olycklig p.g.a. hetsätning
  - Hetsätningen förekommer minst 2 ggr i veckan i sex månader
  - Hetsätningen är inte relaterad till regelbunden användning av kompensatoriska beteenden (t.ex. självframkallad kräkning, fasta, överdriven motion) och inträffar inte heller enbart under förloppet av anorexia nervosa eller bulimia nervosa.
-

Hetsättningsstörning förekommer i större utsträckning än bulimia nervosa och drabbar lika många kvinnor som män (Fairburn, 1995) med en prevalens på 3.2 procent (Clinton et al., 2002).

#### *Ätstörning Utan Närmare Specifikation, UNS*

Denna diagnos tillämpas för de individer som inte uppfyller de kliniska kraven för specificerad ätstörning anorexia nervosa, bulimia nervosa eller hetsättningsstörning men som fortfarande anses ha en ätstörning (tabell 4). Dessa individer befinner sig utanför det som anses vara ett normalt förhållningssätt till mat och matvanor (Clinton et al., 2002) och är påtagligt störda av sin situation (Fairburn et al., 2003). Många individer uppvisar alla symtom för antingen anorexia nervosa eller bulimia nervosa men uppfyller inte de diagnostiska kraven som ställs för att få en diagnos, d.v.s. symtomen är inte tillräckligt omfattande (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999).

Tabell 4. DSM-IV-kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för ätstörning utan närmare specifikation (UNS).

- 
- Kvinnor som uppfyller alla krav för anorexia nervosa förutom amenorré
  - Kvinnor som uppfyller alla kriterier för anorexia nervosa förutom att individens vikt befinner sig inom normalintervallet trots tydlig viktnedgång
  - Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätningstillfällen och efterföljande kompensationsbeteende förekommer mer sällan än det som anges i kriterierna
  - Normalviktig individ som tillämpar kompensationsbeteende efter små till normala intag av mat
  - Individ som vid upprepade tillfällen tuggar maten utan att svälja
- 

Ätstörning utan närmare specifikation uppskattas svara för en prevalens på tre till fyra gånger större utbredning än de specificerade ätstörningarna (Engström, 2002). Siffran för ätstörning utan närmare specifikation rapporteras uppnå en prevalens på 5-15 procent (Kächele et al., 2001).

#### *Könsskillnader*

Könsskillnader återfinns för flertalet ätstörningar. Omkring 90 procent av de drabbade är kvinnor (Clinton, Engström, & Norring, 2002). Andelen män är 1 på 2-3 kvinnor för hetsättningsstörning och i genomsnitt 0.1 procent vid anorexia nervosa och bulimia nervosa. I en svensk studie genomförd i Göteborg av Råstam *et al.*, (1989) var prevalensen av ätstörning cirka 1 procent bland flickor och 0.1 procent bland pojkar i åldern 17 år (Engström, 2002).

#### *Sjukdomsförlopp*

Litteraturen visar att spridningen av sjukdomsförlopp för ätstörningsindivider är stor (Clinton et al., 2002; Tanaka, Kiriike, Nagata, & Riku, 2001). Sjukdomsförlopp avser den tidsperiod individen är sjuk i ätstörning, vilket ofta handlar om flertalet år. Förloppet av ätstörningssjukdom är i hög grad individspecifikt och svårt att generalisera, dock tenderar förloppet att vara under en förhållandevis lång period. Den kraftiga variationen innebär att för en del individer förekommer ätstörningen under en kort episod och hos andra utvecklas tillståndet till en livslång företeelse (Kordy, Krämer, Palmer, Papezova, Pellet Jaques, Richard et al., 2002). Resultat från en rikstäckande svensk studie (n=900) visade att sjukdomsförloppet i snitt var 8 år med en spridning på 1-35 år. Bakgrunden till ätstörningsproblematik och dess förlopp är multifaktoriell (Clinton et al., 2002) vilket även förklarar relativt dålig tillfrisknings-

prognos av behandling och långa sjukdomsförlopp. Individen utvecklar ett beteendemönster med de för ätstörningen grundläggande mekanismerna; extrem bantning, vikt fokusering och bedömning och kontroll av sina matvanor. Detta anses vara en av de främsta orsakerna till ett långt sjukdomsförlopp. De grundläggande mekanismerna vilka ätstörningen kretsar kring formar ett dysfunktionellt system av självbedömning vilket tjänar som en vidmakthållande faktor för ätstörningen (Fairburn et al., 1999; Fairburn et al., 2003). De långa sjukdomsförloppen beror även på att individen ofta haft symtomen under flera år innan behandling sätts in vilket medfört att problematiken etablerats enligt de vidmakthållande principerna (Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993).

Sjukdomsförloppen skiljer sig åt mellan de olika ätstörningsdiagnoserna. En anledning till skillnaderna i förlopp mellan de olika diagnoserna kan vara de olika kroppsliga förändringar ätstörningen bidrar med och som i sin tur påverkar omgivningen på olika sätt. Bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation påvisar inte samma kroppsliga förändring hos individen i termer av undervikt som dem förekommande hos individer med anorexia nervosa (Clinton et al., 2002; Fairburn, 1995). På grund av de mindre synliga kroppsliga symtomen hos bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation bidrar det inte till omgivningens uppmärksamhet i samma utsträckning som de symtom på svält hos individer med anorexia nervosa gör. Familjens och omgivningens tryck för hjälpsökande och behandling är därför större hos individer med anorexia nervosa än det är hos dem med bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation vilket kan vara en bidragande orsak till långa sjukdomsförlopp hos de sistnämnda grupperna (Fairburn, 1995).

#### *Sjukdomsförlopp vid anorexia nervosa*

I sjukdomsförloppet hos individen med ätstörning förekommer ofta en utveckling från anorexia nervosa till bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller ätstörning utan närmare specifikation under de första 2-3 åren. Det karakteriseras av en utveckling från extremt restriktiv bantning till hetsätning och kompensatoriskt beteende (Fingfield, 2002). Uppskattningsvis utvecklar 50-64 procent av individer med anorexia nervosa bulimiska symtom och diagnosticeras vanligtvis med bulimia nervosa under någon period av sin sjukdom (APA, 2005). Av de individer med anorexia nervosa som inte uppvisar hetsätning och kompensationsbeteende under de 2-3 första åren uppskattas 29 procent utveckla det inom loppet av 5 år (Clinton et al., 2002; Fingfield, 2002; Halvorsen, Andersen & Heyerdahl, 2004). Utvecklingen från anorexia nervosa till bulimia nervosa dels förlänger sjukdomsförloppet vilket genererar ytterligare etablering av sjukdomskaraktären men gör även problematiken mer svåråtkomlig. Anorexipatienten har ett ofta förekommande motstånd till behandling vilket till stor del beror av anorexipatienternas bristande insikt i det egna behovet av behandling (Paulsson-Karlsson, Nevonon & Engström, 2006). Eftersom anorexipatienter inte upplever sig vara i behov av vård och behandling har de heller inte specifika förutfattade förväntningar eller uppfattningar kring behandlingen. Bristen i insikt av vårdbehov försvårar effekten av behandling och leder till ökad risk för förlängda sjukdomsförlopp (Geller, Zaitsoff & Srikameswaran, 2005)

#### *Sjukdomsförlopp vid bulimia nervosa*

För individer med bulimia nervosa visar studier ett ofta förekommande livslångt kroniskt tillstånd (Fairburn et al., 1993). Frekvensen av bulimiskt beteende, hetsätning med kompensatoriskt beteende, är av stor vikt för tillgodogörelse av behandling. Hos



individer med högre grad av dessa symtom tenderar sjukdomsförloppet att vara längre än för de individer med mildare grad av symtom (Wilson, Loeb, Walsh, Labouvie, Petkova, Liu et al., 1999). Graden av bulimiska symtom anses påverka individens villighet och aktivitet i försök att bryta sjukdomsförloppet. Desto högre grad av bulimiska symtom desto svårare för individen att förändra sin situation. Det gäller för behandling och den egna individens inställning till förändring (Dunn, Neighbors & Larimer, 2006). Vidare beror ofta ett långt sjukdomsförlopp på övergång från en diagnos till en annan diagnos. Uppskattningsvis har omkring 25 procent av patienterna med bulimia nervosa haft anorexia nervosa i ett tidigare skede (Agras et al., 2000, ref. i. Fairburn et al., 2003).

#### *Samsjuklighet i relation till sjukdomsförlopp*

Ofta förekommande hos individer med ätstörning är ytterligare psykiatriska diagnoser, s.k. samsjuklighet. Förekomsten av flera psykiatriska diagnoser kan även vara bidragande orsaker till ett långt sjukdomsförlopp hos individen. Depression, ångest och personlighetsproblematik är ofta sekundärt förekommande diagnoser hos dessa individer (Clinton et al., 2002). Även flertalet fysiska sjukdomar har påvisats som sekundära till ätstörning. Fysiska sjukdomar relaterade till bulimia nervosa är bl.a. diabetes, fetma och hjärtsjukdomar (Dunn et al., 2006). Hos individer med anorexia nervosa förekommer fysiska sjukdomar som ofta orsakas av det svälttillstånd som restriktiv bantning medför. De fysiska sjukdomarna karakteriseras bl.a. av undernäring, olika typer av bristsjukdomar och njurskador (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002; Hägglöf, 2002b; Johnsson, 2002). Svårigheterna vid behandling av individer med samsjuklighet och förekomst av misslyckanden vid specifik behandling leder till att sjukdomsförloppet förlängs (Fairburn et al., 1993).

#### *Sjukdomsförlopp i ett vårdperspektiv*

Väntetiden för vård vid behandling av ätstörning är lång (Le Grange et al., 2003) och tillgängligheten till behandling är begränsad (Ghaderi, 2006) vilket gör att många individer är sjuka en längre period innan de får vård. Det är även mycket vanligt att individer med ätstörning förnekar och/eller inte är medvetna om sitt tillstånd och behovet av vård (Clinton et al., 2002; Le Grange et al., 2003) vilket medför att sjukdomsförloppet förlängs. Individens bristande insikt i behovet av och viljan till behandling är en starkt bidragande faktor till upprepade behandlingsförsök utan framgång (Fairburn et al., 1993). Vidare är det även vanligt att individerna haft sjukdomen under en längre tid innan de söker hjälp och behandling vilket bidrar till ett längre sjukdomsförlopp. Uppskattningsvis får bara hälften av individerna som lider av anorexia nervosa behandling för sin ätstörning. För individer med bulimia nervosa är den siffran mycket lägre. Bristen i sjukvårdens förmåga att fånga upp dessa individer medför att sjukdomsbilden ofta etableras (Clinton et al., 2002).

#### *Tillfriskning och symtomreduktion*

Omkring 50 procent av individer med ätstörning tillfrisknar inte förrän 6 år efter första påbörjade behandling (Fairburn et al., 2003; Fingfield, 2002; Kächele et al., 2001). En studie utförd i Tyskland (2002) med uppföljning 2.5 år efter påbörjad behandling visar att antalet patienter som tillfrisknade var få. Utifrån patienter diagnostiserade med antingen anorexia nervosa eller bulimia nervosa (n=1171) uppnådde enbart 7 procent av anorexipatienterna och 18 procent av bulimipatienterna full remission, d.v.s. där enbart minimala ätstörningssymtom var förekommande. Sammantaget bedömdes 6 procent av anorexipatienterna och 16 procent av bulimipatienterna uppfylla kraven för fullständig tillfriskning (Kordy, et al., 2002).

Det tyder på relativt bristande prognoser för symtomreduktion och full tillfriskning hos individer med anorexia nervosa. För individer med bulimia nervosa är prognosen för symtomreduktion och tillfriskning omkring dubbelt så hög som för individer med anorexia nervosa. Mer tillfredsställande prognos rapporteras från en annan studie gällande behandling (n=438). Vid uppföljning tolv år efter behandling av anorexipatienter bedömdes 73.2 procent vara tillfrisknade, 8.5 procent förbättrade och hos 13.7 procent var tillståndet kroniskt (Fichter et al., 2006). Resultaten tyder på att behandling har goda prognoser på lång sikt för en stor andel patienter men att behandlingen inte har full kapacitet att vända tillståndet för alla patienter. Hos en stor andel av patienter utvecklas sjukdomen till ett kroniskt tillstånd. Omkring en tredjedel av individer med diagnostiserad ätstörning har fortfarande fem år efter behandling diagnostiska symtom på ätstörning (Fairburn et al., 1999; Polivy et al., 2002).

Bristfällig behandling visar sig bero på flera faktorer, däribland längre tids sjukdom, hög grad av allvarliga symtom, låg motivation till behandling, misslyckande av tidigare behandling, kroniskhet och psykiatrisk och fysisk samsjuklighet (Dunn et al., 2006; Towell, Woodford, Reid, Rooney & Towell, 2001). Bristfälligt behandlingsresultat i termer av utebliven symtomreduktion kan delvis orsakas av för ätstörningspatienten mindre lämplig behandlingstyp. Vidare anses tillämpning av mindre lämplig form av behandling, behandlingsform utan hänsyn till individens specifika vårdbehov eller psykopatologi vara orsaker till långt sjukdomsförlopp (Howard et al., 1999).

Studier visar att bland individer med anorexia nervosa är prognosen för tillfriskning bättre vid insjuknande i tidig ålder. De som insjuknar efter 18 års ålder har svårare att bli friska på lång sikt jämfört med de individer som insjuknar tidigare, mellan 11 och 15 års ålder (Le Grange et al., 2003; Ratnasuriya et al., 1991, ref. i. Fingfield, 2002; Tanaka et al., 2001; Zipfel, Lowe, Reas, Deter & Herzog, 2000). Längden på tillfriskningsprocessen efter start av behandling uppskattas genomsnittligt vara minst sex år för individer med anorexia nervosa (Fingfield, 2002).

För bulimipatienter är god prognos för tillfriskning relaterat till insjuknande i senare ålder. Insjuknande i tidig ålder hos bulimipatienter är relaterat till sämre prognos för tillfriskning (Le Grange et al., 2003). Uppskattningsvis är tillfriskning hos bulimipatienter mycket varierande (Binfor, et al., 2005; Clinton et al., 2002). Återfallsstatistik visar att hälften av individerna vid behandlingens avslut är symtomfria men bara 25-30 procent är symtomfria vid uppföljning sex månader senare (Binfor, et al., 2005; Kächele et al., 2001). För individer med bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation, uppskattas tillfriskningsprocessen kunna ta upp till elva år eller mer efter första behandlingen (Fingfield, 2002).

#### *Dödlighet i relation till symtomreduktion*

För individer med anorexia nervosa innebär sjukdomen ett mycket allvarligt tillstånd med en dödlighet på 4.9-9.6 procent vilket motsvarar den högsta frekvensen bland alla psykiska sjukdomar (Fichter et al., 2006; Fingfield, 2002; Heffner et al., 2002). Kvinnliga individer med anorexia nervosa rapporteras löpa 2 procent risk att avlida under det första året av sjukdom, hos män är risken 5 procent under det första och andra året (Fingfield, 2002). I gruppen kvinnor i åldern 25-29 år beräknas dödligheten för individer med anorexia nervosa vara 15 gånger högre än för normalgruppen

(Engström, 2002). Genomgående för ätstörningsindivider är även att självmordsfrekvensen är ca 58 gånger högre än hos normalpopulationen (Fingfield, 2002). Hos individer med anorexia nervosa uppskattas 20 procent avlida inom loppet av 20 år efter insjuknande (Kächele et al., 2001).

### *Behandling*

För att behandling av ätstörningsproblematik skall vara framgångsrik för patienten är en viktig komponent i vilken utsträckning patienten har möjlighet och förmåga att samverka till behandlingen. Behandling utan framgång beror delvis på den breda kliniska bilden (Fairburn et al., 1993) men bristerna i behandlingsframgång kan även bero på brister i effektivitet och framgång hos behandlingsmetoder. Det gäller framförallt omfattning av de individer med högre grad av bakomliggande psykologiska och interpersonella problem vilket innebär att problematiken inte är lika fokuserade kring vikt och mat (Clinton, Björck, Sohlberg & Norring, 2004). Ätstörningssjukdomars svårangripliga psykopatologi är en stor anledning till den fortfarande bristande behandlingsstatistiken men även patienternas ofta förekommande multidiagnostik innebär svårigheter vid behandling (Fairburn et al., 1993).

Patientens i många fall bristande kapacitet att tillgodogöra sig behandling kan bero av dess icke existerande villighet och möjlighet att samverka i behandlingen (Hamburg et al., 1989, 1996; Yager, 1992, ref i Towell et al., 2001). Behandling av ätstörning är idag förhållandevis effektiv gällande engagerande och tillfredsställande hos individer som går i behandling med fokus på terapeutiska strategier såsom, stöd och kontroll av matvanor och beteende (Clinton et al., 2004). Fortfarande finns dock avsaknad i behandlingen gällande omfattning av bakomliggande ätstörningsspecifika kognitioner vilket bidrar till bristande behandlingseffekt och en stor andel patienter som inte tillgodogör sig behandling (Agras, Crow, Halmi, Mitchell, Wilson & Kraemer, 2000; Fairburn et al., 2003). Patientens samtycke och villighet till behandling påverkar den effekt och grad av tillfriskning som kommer av behandling. Samtycke till behandling är relaterat till bättre effekt och högre grad av tillfriskning genom behandling hos patienter med anorexi (Rosevinge & Moulard, 1990, ref i Towell et al., 2001; Shoemaker, 1995) och hos patienter med bulimi (Govers et al., 1994, Troop et al., 1996, ref i Towell et al., 2001). Tillfredsställelse och förtroende för terapeuten är avgörande för att patienter med anorexia nervosa skall vända i sin inställning till behandling och därmed genomgå förändring (Zeck et al., 2005). Individer som tillfrisknar efter behandling upplever högre grad av tillfredsställelse av behandlingen än individer som inte tillfrisknar efter behandling (Paulsson-Karlsson et al., 2006). Det innebär att betydelsen av terapeutens lyhördhet för patientens behov och förväntningar är av stor betydelse för att nå mesta möjliga tillfredsställelse och tillfriskning hos patienten (Clinton et al., 2004). Hos patienter med hög grad av villighet och delaktighet till behandling vid start rapporteras även lägre nivåer av störd kroppsuppfattning, stort beteende vid mat och vikt, och högre nivåer av total behandlingseffekt (Towell et al., 2001). Det samtycke och den villighet som återfinns i högre grad hos bulimipatienter kan bero på att individer med bulimia nervosa inte ökar i vikt genom behandling på samma sätt som individer med anorexia nervosa. Bulimipatienterna upplever därför mindre obehag av behandling vilket genererar större samtycke till behandling och högre nivåer av symtomreduktion (Geller et al., 2005). Mindre känsla av obehag bör leda till ökad effekt och tillgodogörelse av behandling vilket medför högre grad av tillfriskning.

### *Behandlingsmängd*

Gällande mängd behandling vid ätstörningsproblematik är det en svårangriplig aspekt som omfattar både behandlingens intensitet, omfattning och duration. Vid behandling av patienter i öppenvård har studier visat att en ökning i intensitet, vilket kännetecknas av tätare förekomst av behandlingsinsatser utan att öka antalet insatser, bidrar med snabbare tillfriskning och symtomreduktion (Fairburn et al., 2003; Kächele et al., 2001). En studie utförd i Tyskland (1996) visade att intensitetsökning av behandling gav efter tre månader resultat jämförbara med vad som förväntats efter tolv månader (Herzhog et al., 1996; ref i Kächele et al., 2002). Förespråkare inom kognitiv beteendeterapi, KBT, vilket övervägande tillämpas inom öppenvården, hävdar att en ökning av intensiteten de fyra första veckorna, vilket innebär att patienten träffar terapeuten två gånger i veckan istället för en gång, minskar risken för återfall. Generellt bör stor vikt även läggas på kontinuitet och undvikandet av uppehåll i behandlingen, detta eftersom även små avbrott visat sig vara bidragande orsaker till återfall hos ätstörningspatienter (Fairburn et al., 2003). Anledningen till varför en ökning i intensitet bör göras vid öppenvårdsbehandling är att de kognitiva och beteendemässiga förändringarna som patienten måste genomgå vid behandling av ätstörningen kräver mycket tid och arbete (Wilson, 1996b).

Intensiteten i slutenvårdsbehandling är svår att uppskatta eftersom den bygger på att patienten är intagen på låst avdelning med bevakning/upsikt och vård, dygnet runt. Slutenvård är mer intensiv än öppenvård men definitionen av slutenvårdens intensitet är komplex, det med hänsyn till svårigheten att studera företeelsen i kontrollerade studier (Lowe, Davis, Anunziato & Lucks, 2003). Dock rapporteras vård konsumtion av anorexipatienter som kommer i kontakt med slutenvården vara hög med kostnader på upp till 2 mkr inom ett tio års perspektiv per patient (Clinton et al., 2002).

Gällande mängd behandling inbegriper det även behandlingens omfattning. Fokus bör ligga kring de för ätstörningen vidmakthållande faktorerna och inte enbart inkludera mat relaterad psykopatologi (Fairburn et al., 1999). Behandlingsmetoder bör även företrädesvis omfatta de individer med högre grad av bakomliggande psykologiska och interpersonella problem vilket innebär att behandlingen inte enbart fokuserar kring vikt och mat utan även omfattar tillhörande psykopatologi (Clinton et al., 2004). De grundläggande behoven skiftar stort mellan huvudsakligen anorexia nervosa och bulimia nervosa (Hägglöf, 2002). Den stora övergripande skillnaden som gör sig gällande mellan anorexipatienter och bulimipatienter är vikten. Anorexipatienterna tenderar att vara mycket underviktiga (Butryn, Lowe, Safer & Agras, 2006; Heffner et al., 2002) och är vanligtvis motståndare till behandling eftersom de inte upplever något behov av behandling och inte inser allvaret i sin situation (Paulsson-Karlsson et al., 2006; Towell et al., 2001). Bulimipatienter däremot tenderar att ha en förhållandevis normal vikt (Clinton et al., 2002; Polivy et al., 2002), varpå behandlingens fokus tenderar att handla mindre om ökning av vikt och viktrelaterad problematik och mer om strategier och beteenden kring förhållningssättet till mat (Clinton et al., 2002). För patienter med anorexia nervosa bör behandlingen fokusera på de för ätstörningen grundläggande mekanismerna kring ett överdrivet kontrollbehov, främst över mat, ätande, kroppsform och vikt (Fairburn et al., 1999) och patientens ovillighet att relatera till negativa tankar och emotioner (Heffner et al., 2002). Hos bulimipatienter bör fokus i behandling kretsa kring de dysfunktionella strategier gällande värdering av mat, kroppsform och vikt vilket resulterar i utvecklandet av ett dysfunktionellt självvärderande (Fairburn et al., 2003).

Gällande behandlingens duration, avseende den tidsperiod patienten går i behandling, rapporteras för slutenvård att lång behandling resulterar i sämre resultat av tillfriskning och symtomreduktion hos patienten (Halvorsen et al., 2004). Liknande resultat återfinns inom öppenvårdsbehandling där längden på behandlingen inte visat sig ha några samband med den effekt av behandlingen som erhålls av patienten. Dock framhålls att för patienter behandlade inom slutenvården bör graden av svält och andra fysiska symtom orsakade av sjukdomen vara avgörande för längden av behandling. Rekommendationer gällande längd på behandling av anorexi-patienter inom slutenvården är vanligtvis att behandlingen pågår i minst åtta-tio veckor, i de fall med patienter över 40 år rekommenderas längre behandling (Kächele et al., 2001).

Det finns idag flertalet olika behandlingsmetoder och vårdformer för behandling av individer med ätstörning. Huvudsakligen förekommer behandling och vård av ätstörning inom öppenvård och slutenvård. Slutenvård ger i högre grad snabb symtomförbättring medan öppenvården ger en mer gradvis förbättring hos individen (Lowe et al., 2003). Utifrån en mall för behandling utgiven av American Psychiatric Association (2005) skall utformning av behandlingsplan och klinisk tillämpning göras utifrån varje enskild individs specifika behov. Även de behandlingsmässiga alternativen som finns att tillstå bör utvärderas för att lämpa sig för den specifika individen.

#### *Slutenvård*

I slutenvård behandlas patienter med svår ätstörningssjukdom, vanligtvis individer med anorexia nervosa som har ett BMI (Body Mass Index) på 14 och lägre (Johnsson, 2002). Gränsen för normalvikt ligger på BMI mellan 20-25, för individer med BMI på mellan 16-18 förekommer en påtaglig undervikt (Fairburn, 1995). Även patienter med bulimia nervosa kan behandlas i slutenvård, då efter många års sjukdom och flertalet andra misslyckade behandlingserfarenheter (Johnsson, 2002). Anorexi-patienternas dominerande låga vikt medför att det primära och huvudsakliga målet vid behandling i slutenvård är att hjälpa individen öka i vikt (Clinton et al., 2002; Fingfield, 2002). Enligt Howard *et al.*, (1999) bör individer med anorexia nervosa nå sin målvikt innan överföring till en mer lågintensiv vårdform görs. Detta minskar den omedelbara återfallsrisken med mer än en tredjedel hos dessa individer (Howard, Evans, Quintero-Howard, Bowers & Andersen, 1999). Till de primära insatserna hör även att koncentrera behandlingen kring det kontrollbehov rörande mat, vikt och kroppsform patienten uppvisar (Fairburn et al., 1999). Genom normalisering av matintag ökar vikten hos patienterna vilket även innebär att individen upplever flertalet påtagliga och intensiva emotioner såsom, rädsla, ångest, sänkt självkänsla och förlorad känsla av självkontroll, som undervikten bidragit med (Geller et al., 2005). Slutenvårdsbehandlingen syftar till att hjälpa individen att bearbeta de för viktökningen medföljande psykologiska konsekvenserna genom att stötta individen. Fokus ligger även i att hjälpa individen utveckla strategier för hantering av emotionella reaktioner som kommer av bearbetning och behandling av ätstörningens psykopatologi (Johnsson, 2006). Det är viktigt att behandling sätts in på ett så tidigt stadium som möjligt (Schoemaker, 1995) i syfte att förhindra sjukdomsförloppet och ett eventuellt vidmakthållande av ätstörningen (Fairburn et al., 2003). Fichter *et al.*, (2006) menar att graden av symtom, både ätstörningsspecifika och de för övrig psykopatologi hos individen är avgörande för hur lång behandling som krävs. Patienter med högre grad av kronicitet erhåller generellt bättre effekt av längre slutenvårdsbehandling än de patienter som inte har kroniska besvär (Kächele et al., 2001). Rätt längd på slutenvårdsbehandling kan vara avgörande för att säkerställa

patientens fysiska hälsa och hos de individer där ätstörningen utgör ett uppenbart hot, skydda patienten (Ramsay, Ward, Treasure & Russel, 1999).

### *Öppenvård*

Hos individer med bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller ätstörning utan närmare specifikation är inte viktstabiliserande insatser av samma betydelse som hos individer med anorexia nervosa (Butryn et al., 2006) därför att det karaktäristiska beteendet, hetsätning med kompensatorisk kräkning, tenderar att hålla vikten förhållandevis normal (Fairburn et al., 2003). Fördelaktigt behandlas patienter därför inom öppenvården i s.k. stegvis behandling där avsevärd reduktion i bulimiskt beteende, vilket innebär hetsätning med påföljande kompensatoriskt beteende, har påvisats trots att vikten förblir relativt likartad (Butryn et al., 2006). Öppenvårdsbehandling karakteriseras av att patienten träffar terapeut och behandlande läkare kontinuerligt utan att vara inskriven på ett sjukhus. Intervallen mellan besöken är vanligtvis en vecka men kan ske oftare eller mer sällan beroende på patientens behov (Thiels, Schmidt, Troop, Treasure & Garthe, 2000). Behandling inom öppenvården kan anta flera olika psykologiska inriktningar beroende på vilken psykologisk inriktning terapeuten har och med hänsyn till vad patienten efterfrågar. Behandlingen består huvudsakligen av terapi men innehåller vanligtvis även fysisk hälsokontroll (Kåver, 2002). Inom öppenvårdsbehandling arbetar terapeuten vanligtvis för att stödja patienten i riktning mot ett mer normalt förhållningssätt till mat och matvanor parallellt med reducering av dysfunktionella tankar gällande självvärdering kring vikt och kroppsform (Wilson, 1996b). Fokus är att individen skall vända de dysfunktionella handlingsstrategier och beteenden som ätstörningen bidragit med. Symtomminskning har visat sig vara en av de främsta prediktorerna för god effekt av behandling (Thiels et al., 2000).

### *Kognitiv beteendeterapi*

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest förekommande typen av behandling vid diagnostiserad ätstörning (Agras et al., 2000; Wilson, 1996b) och är en behandlingsform som huvudsakligen sker i ledning av en terapeut inom öppenvården (Fairburn et al., 2003). Behandlingens huvudfokus är individens tankar och handlingsmönster gällande ätstörningen (Kåver, 2002) där centrala aspekter ligger kring ätstörningsindividens grund psykopatologi angående övervärdering av tankar på vikt, mat och kontrollen av dessa vilket behandlingen syftar till att förändra (Agras et al., 2000; Fairburn, 2003; Wilson, 1996b). Behandlingen är upplagd på ett sätt som steg för steg arbetar med individens problem vid ätande och det allmänna förhållandet till mat (Fairburn, 1995). Litteraturen pekar på att KBT är den form av behandling som bidragit med störst framgång gällande tillfriskning från ätstört beteende hos patienter med ätstörning (Agras et al., 2000; Wilson, 1996b). Huvudsakligen har KBT visat sig ha god effekt vid behandling av bulimia nervosa, med tillfriskning hos omkring 50 procent av patientgruppen (Wilson, 1996b; Ghaderi, 2006). En förklaring till varför så stor del fortfarande inte blir hjälpta av KBT skulle enligt Agras *et al.*, (2000) kunna vara att KBT inte i tillräckligt stor utsträckning i början av behandlingen fokuserar på intensiva bulimiska kognitioner, vilket medför att de mer impulsiva individerna avslutar behandlingen eller inte tillgodogör sig den. Fokus för full och långvarig tillfriskning bör inte enbart inbegripa individens hetsätning med kompensationsbeteende och det allmänna förhållningssättet till mat och ätande. Det bör även inkludera individens bantning, humörsvängningar, deras övervärderande av vikt och kroppsform samt kontrollbehovet av dessa (Wilson, 1996b). KBT har även visat sig fungera bra för individer med hetsättningsstörning och dem med typen,

ätstörning utan närmare specifikation (Fairburn et al., 2003). Däremot har KBT inte visat samma goda resultat på behandling av individer med anorexia nervosa (Heffner et al., 2004), vilket huvudsakligen beror på anorektikers dominerande självsvält som i sin tur leder till extremt låg vikt och både fysiska och psykiska svält syndrom som medför primära vårdbehov utanför ramen för KBT (Fairburn et al., 1999).

#### *Familjeterapi*

Familjeterapi förekommer huvudsakligen inom öppenvården men kan även finnas med som inslag vid slutenvård. Fokus ligger på kommunikationsprocesser där koncentrationen befinner sig kring individens samspel med omgivningen. Betoningen ligger därför på faktorer som befinner sig utanför individen (Gustafsson, 2002). Familjens involvering i ätstörningspatientens behandling spelar en avgörande roll. Bevis finns för familjens betydelse vid behandling av barn och unga med anorexia nervosa och kliniska fynd stöder familjens betydelse vid behandling även av andra typer av ätstörning (APA, 2005). Studier visar att delaktiggörande av föräldrar och syskon i behandlingen av ätstörningsindividerna, framförallt individer med anorexia nervosa, tenderar att vända det dysfunktionella ätbeteendet och stärka individens möjlighet att hantera fysisk och psykisk utveckling utan inverkan eller förekomst av svält. Enligt Le Grange *et al.*, (2003) kan de behandlingsmetoder som med fördel tillämpas vid anorexia nervosa även fungera vid behandling av bulimia nervosa vilket innebär att familjeterapi är att föredra även hos individer med bulimia nervosa. Resultat ur en studie baserad på familjeterapi vid behandling av ätstörningspatienter visar att 73 procent av patienterna och 83 procent av föräldrarna upplevde att de var nöjda med behandlingen. De ansåg även att terapin levte upp till de personliga förväntningarna som fanns innan behandlingens start (Paulsson-Karlsson et al., 2006).

#### *Gruppterapi*

Gruppterapi utgör en central roll vid behandling av ätstörning och förekommer i både öppenvård som slutenvård där den psykoterapeutiska inriktningen, storleken på gruppen, strukturen på terapin och längden på behandlingen varierar (Nevonen & Broberg, 2002). Många terapeuter och kliniker föredrar en kombination av gruppterapi och individualterapi där individen både arbetar med problematiken utifrån sig själv men även i perspektivet av andra med liknande problematik (APA, 2005). Enligt Fairburn (1995) kan gruppterapi bli en stor tillgång för individen då känslan av att inte vara ensam med sina problem kan vara till stor hjälp. Genom ömsesidigt samspel och samverkan i gruppen utvecklas kapaciteten i ökad självmedvetenhet hos individen angående det egna beteendet i relation till omgivningen. Den huvudsakliga orsaken till varför gruppterapi anses vara en bra behandlingsmetod för individer med ätstörning, i synnerhet bulimipatienter, är att dessa individers sjukdomsproblematik är högst lämpade för gruppbaserad terapi, lågt självförtroende, ineffektivitet och relationsproblem (Nevonen et al., 2002). Det finns indikationer på att gruppbaserad terapi som även inkluderar rådgivning kring diet och mat samt olika strategier kring handlingsmönster och beteenden har större framgång än de gruppbaserade terapier som inte inkluderar detta (APA, 2005). Vid tillämpning av gruppbaserad terapi är vikten av homogena gruppindelningar av särskild betydelse, detta för att individerna skall kunna identifiera sig med varandra genom den förhållandevis likartade psykopatologin (Nevonen et al., 2002).

#### *Farmakologisk behandling*

Läkemedel har länge använts vid behandling av ätstörningar (Hägglöf, 2002a), då ofta i kombination av ytterligare behandlingsformer (Wilson, 1996b). Huvudsakligen

tillämpas läkemedel för att motverka individens ofta förekommande depression och ångest (APA, 2005) vilket dock inte ger någon konkret effekt på ätstörningspsykopatologin (Hägglöf, 2002a). Detta visar att enbart antidepressiv medicinsk behandling inte är ett alternativ för behandling av ätstörning. Dock har det visat sig att antidepressiv medicinsk behandling i kombination med KBT leder till färre avhopp i behandlingen (Wilson, 1996b) och fler individer som erhåller bättre effekt av behandling med minskad nivå av depression och oro (Mitchell et al., 1990, ref i. Wilson et al, 1999). De positiva effekterna som kommer av behandling med antidepressiv medicinering är huvudsakligen en minskning av hetsätningstillfällen, hos individer med bulimia nervosa eller hetsätningsstörning, därmed minskar även kräkningar med 50-60 procent efter några veckor (Fairburn, 2005). Individer med bulimiskt beteende är både överkänsliga mot och upplever i större grad humörsvängningar än vad som räknas till det normala. Det skulle kunna förklara behovet av kompletterande behandling i form av medicinering hos dessa patienter. Genom medicinering förbättras individens sinnesstämning, ökad kontroll över mat och minskning av tankeverksamhet kring ätande infinner sig. Dock visar sig effekterna vara kortvariga vid behandling med enbart medicinering (Fairburn, 1995). Hos individer med anorexia nervosa ser symtomatologin annorlunda ut vilket medför att effekterna av medicinering blir annorlunda, individer med anorexia nervosa är även ofta svåra att medicinera eftersom de inte vill låta sig påverkas att öka i vikt (Ramsay et al., 1999). Läkemedel eller psykofarmaka har i studier inte visat sig bidra med viktökning hos individer med anorexia nervosa, däremot kan viss typ av psykofarmaka vara framgångsrik hos individer som upplever depression och ångestliknande symtom (Hägglöf, 2002a).

#### *Psykodynamisk psykoterapi*

Behandling av ätstörning sker ofta med hjälp av en kombination av behandlingsmetoder och olika psykologiska inriktningar. Detta bör enligt APA (2005) ske med hänsyn till patientens behov och gensvar till behandling. Psykoterapeutiska metoder vid behandling av ätstörning har visat sig ha något långsammare effekt än exempelvis KBT, dock kan det i kombination med KBT ge ett mer beständigt resultat på längre sikt (APA, 2005). Den psykodynamiska behandlingen vid ätstörning fokuserar i huvudsak på bakomliggande faktorer till sjukdomen och är på det sättet inte symtomspecifik. I mötet mellan terapeut och patient ligger tyngdpunkten i arbetet kring etablering av förståelse för ätstörningens orsaker och vidmakthållande faktorer vilket kan skapa förutsättningar för en förändring (Hofsten, 2002). Med hänvisning till KBT-behandlingens bristande effekt hos anorexipatienter (Heffner et al., 2002) är i den diagnosgruppen psykodynamisk terapi ofta förekommande, vanligen i kombination av andra behandlingsinsatser (APA, 2005; Hofsten, 2002; Kächele et al., 2001). Hos individer med diagnosen anorexia nervosa är behovet av kontinuerlig psykoterapi, framförallt vid de mest akuta faserna, mycket viktigt (Fingfield, 2002). Den psykodynamiska behandlingen inom ätstörningsproblematiken har visat sig ge resultat vid symtomförändring hos patienter med ätstörning. Dock är utvärdering svår eftersom behandlingen ofta förekommer under lång tid och inte i första hand fokuserar på ätstörningssymtomen (Hofsten, 2002).

#### *Betydelse av definition på utfallsmått*

Med hänsyn till den idag fortfarande stora andel ätstörningspatienter som inte tillfrisknar efter behandling är behovet av forskning på faktorer och orsaker till god respektive dålig behandlingseffekt av stor vikt. Det finns idag fortfarande stora luckor i forskningen kring vad som ligger till grund för tillfriskning av behandling (Kordy et



al., 2002). En stor anledning till svårigheter vid generalisering och tillförlitliga resultat för helheten gällande individers tillgodogörelse av behandling är den stora variation av mått på tillfriskning som används inom forskningen (Clinton et al., 2002; Kordy et al., 2002; Musell et al., 2000). Gällande de resultat som framkommer vid mått på symtomreduktion och tillgodogörelse av behandling hos ätstörnings patienter bör hänsyn göras till vilken form av utfallsmått som tillämpas. Enligt Clinton och Norring (2002) kan definitionen av tillfriskning hos individen vara avgörande för vilka resultat man får fram (Clinton et al., 2002). Mest förekommande som mått på tillfriskning vid mätning av individer med anorexia nervosa är individens viktökning och den aktuella vikten efter behandling utifrån BMI (Fichter et al., 2006; Fingfield, 2002; Zeck et al., 2005). Viktökning betraktas även som en garant för lägre risk att individen återfaller (Zeck et al., 2005). Vid bedömning av individer med bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller ätstörning utan närmare specifikation svarar frekvensen av hetsätning och kompensatoriskt beteende för en stor del av måttet på tillfriskning (Binfor et al., 2005; Loeb et al., 2005; Thiels et al., 2000; Wilson, 1996b). Men andra mått förekommer för att uppskatta individens tillgodogörelse av behandling, däribland ätstörningsrelaterad symtomatologi. För mätning av symtomreduktion vid anorexia nervosa tillämpas, mått på undervikt, rädsla för viktökning och störd kroppsuppfattning. För bulimia nervosa tillämpas, frekvens av hetsätningsepisoder, frekvens av kompensatoriskt beteende för att förhindra viktuppgång och överdriven oro över kroppsform och vikt (Kächele et al., 2001). Till svårigheterna för generaliserbarheten mellan studier på behandlingseffekt hör även uppföljningsintervallen. Olika tidsintervall för uppföljningstillfällen mellan studier försvårar generaliserbarheten och medför att slutsatser gällande resultat för en generell ätstörningspopulation försvåras (Clinton et al., 2002; Kordy et al., 2002; Musell et al., 2000).

#### *Syfte & Frågeställningar*

Syftet med föreliggande studie är att undersöka eventuella samband mellan olika typer av behandlingsinsatser och behandlingseffekt, symtomreduktion, för patienter behandlade i öppen- respektive slutenvård. Vidare undersöks samband mellan ätstörningspsykopatologi och behandlingseffekt. Slutligen syftar studien till att undersöka betydelsen av sjukdomsduration för den effekt som erhålls genom behandling samt eventuellt förekommande skillnader mellan ätstörningsdiagnoser vid erhållen behandlingseffekt. Genom att undersöka skillnader och samband i behandlingsform, insatser och tillhörande psykopatologi hos ätstörningsindivider och den effekt i form av symtomreduktion behandling medför kan det generera ytterligare förståelse och djupare kunskap kring behandlings aspekter. Framförallt leder ökad kunskap kring faktorer relaterade till behandlingseffekt till ökad effektivitet och framgång vid behandling av ätstörningspatienter. Det gör det möjligt att tillmötesgå så många individer som möjligt och öka antalet patienter som tillfrisknar från ätstörning.

De frågeställningar som ligger till grund för aktuell studie är följande. Finns det samband mellan den effekt av behandling individen erhåller för respektive vårdform och behandlingsinsatser? Finns det samband mellan den effekt av behandling individen erhåller och ätstörningspsykopatologi? Förekommer samband mellan patientens sjukdomsduration och behandlingseffekt? Samt hur skiljer sig patientens erhållna effekt av behandling åt med hänsyn till diagnos.

## Metod

### *SUFSA Projektet*

Gällande studie utfördes inom ramen för ett svenskt projekt kallat *Samordnad Utvärdering och Forskning vid Specialenheter för Anorexi/Bulimi* (SUFSA) (Norrning, Clinton, Eriksson, Enzell & Hellström, 1996; Clinton & Norring, 1999). I projektet ingår 15 svenska specialenheter från hela landet som tackat ja till förfrågan om deltagande i projektet. Specialenheterna svarar för majoriteten av specialenheter vid behandling av ätstörning i Sverige och arbetade utifrån olika typer av behandlingsstrategier, däribland dagvård, slutenvård och öppenvårdsbehandling, liksom individuell psykoterapi, familj/grupp terapi, farmakologisk behandling och uttrycksrelaterade terapiformer som dans, målning etc. Individerna i projektet var vuxna ätstörningsindivider, från 18 år som var under behandling. Inom ramen för den aktuella studien ingår individer från nio specialenheter som deltog vid 36 månaders uppföljning och som uppvisar god data i behandlingsdagböcker. Projektet utfördes med hjälp av ett metodbatteri av självrapporterande mätdesign med skalor där mätningar utfördes vid intagning, då patienterna påbörjade behandling, och upprepade uppföljningar. Mätningarna utfördes med hjälp av både enkäter och intervjuer. Databasinsamlingen sträckte sig över sex år med alla ingående specialenheters start i januari 1996 och avslut i december 2001. Parallellt med denna databasinsamling ombads även personalen vid klinikerna att föra anteckningar över behov och behandlingsinsatser i behandlingsdagböcker. Det syftade till att säkerställa all form av behandlingsinslag som ägde rum hos varje enskild individ och att föra kontinuerlig data över patientens vårdbehov och behandlingens insatser. Tydliga anvisningar till berörd personal bifogades.

### *Undersökningsdeltagare*

Deltagarna är patienter (n=232) som genomgått behandling på nio av klinikerna. Kriterier för inklusion i den aktuella studien var att data fanns vid start av behandling, i behandlingsdagböcker samt vid 36 månaders uppföljning. Inklusionskriterierna förklarar det mindre antalet specialenheter och antalet undersökningsdeltagare. Deltagarna har diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller ätstörning utan närmare specifikation vid behandlingens början (tabell 5). Samtliga individer är kvinnor med undantag för tre män. Åldersintervallet hos samtliga individer var 18 - 49 år (m=25.5 år, sd=6.8 år).

Tabell 5. Fördelning av ätstörningsdiagnos vid behandlingens början. (n=232)

Diagnos	Patienter (n)	Patienter (%)
Anorexia nervosa	44	19
Bulimia nervosa	83	35.8
Hetsättningsstörning	40	17.2
Utan närmare specifikation	65	28
Summa	232	100

### *Mätinstrument*

Mätinstrumenten bestod av enkäter för självskattning, intervjuer och behandlingsdagböcker. Gällande mätning av patientens bakgrund och behandling i relation till utfall har BoB, *Bakgrund och Behandling*, (Clinton, Norring & Eriksson, 1995)

använts. För att klargöra ätstörningspsykopatologins relation till utfall, behandlingseffekt, har tillämpning av *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991; Nevonen, 2000) använts. Vid rapportering av olika typer av behandling, olika behandlingsinsatser och vilken vårdform patienten fått har data från behandlingsdagböcker tillämpats (Norrning, 1995). Vid mätning av individens effekt av behandling har ett generellt utfallsmått tillämpats bestående av fem delskalor. Måttet är utvecklat inom SUFSA projektet (Björck, 2006).

#### *Bakgrund och Behandling (BoB)*

Frågeformuläret BoB, Bakgrund och Behandling (Clinton, Norring & Eriksson, 1995) är ett självskattningsformulär som omfattar grundläggande sociodemografiska variabler, såsom yrkesstatus, utbildning, nuvarande och tidigare behandling. BoB utformades i huvudsak för SUFSA projektet och designades för att mäta relevanta bakgrunds- och behandlingsvariabler samt kommande behandling.

#### *Eating Disorders Inventory, EDI-2*

Omfattningen av ätstörningssymtom/ätstörningspsykopatologi mättes med EDI-2 (Garner, 1991; Nevonen, 2000). Det är ett självskattningsformulär bestående av 91 item som täcker centrala ätstörningssymtom, attityder och psykologiska aspekter tillhörande ätstörning vilket totalt består av åtta delskalor. Delskalorna är (1) Strävan efter att vara smal, (2) Bulimi, (3) Kroppsmisshöj, (4) Inneffektivitet, (5) Perfektionism, (6) Interpersonell misstro, (7) Interoceptiv medvetenhet, (8) Rädslor för vuxenlivet. Det finns även tre provisoriska delskalor, (1) Asketism, (2) Impulsregulering, (3) Social osäkerhet. Delskalorna 1-3 är mått på centrala ätstörningssymtom och delskalorna 4-8 tillsammans med de tre provisoriska skalorna utgör mått på ätstörningens tillhörande psykologiska faktorer. Ett fullständigt mått på alla delskalorna kan räknas ut för att erhålla ett övergripande mått på ätstörningspsykopatologi. Items är självhänvisande och besvaras utefter om de förekommer "alltid", "vanligtvis", "ofta", "ibland", "sällan" eller "aldrig" i likertskala. Svaren ges inom ett intervall på 0 till 3. Höga värden på variablerna i måttet indikerar hög nivå av psykopatologi och sämre tillstånd, låga värden på variablerna i måttet indikerar låg nivå av psykopatologi och bättre tillstånd.

#### *Behandlingsdagbok*

Behandlingsdagboken bestod av olika formulär som fylldes i av behandlande personal för varje enskild patient (Norrning, 1995). Innehållet gällde tre behandlingsformer, d.v.s. öppenvård, dagvård och slutenvård med för varje form specifikt utarbetade blanketter gällande åtgärder och behov. I aktuell studie behandlas enbart öppenvård och slutenvård. För öppenvård angavs besökstyp, åtgärdstyp, längd på sessioner, deltagare samt vilken typ av personal som behandlade. I aktuell studie tillämpas följande former av besökstyp för öppenvård, *Mottagningsbesök MB, Individuella kontakter IK, Gruppsamtal GS, Familjesamtal FS och Anhörigsamtal AS*. För slutenvård angavs primär åtgärd, klinik/enhet och aktuell kostnad/dag. I aktuell studie tillämpas följande form av besökstyp för slutenvård, *antalet vård dagar*. Vid samtliga faktorer anges i behandlingsdagboken alternativ och definitioner.

#### *Utfallsmått*

Ett utfallsmått utformat inom SUFSA projektet tillämpades. Utfallsmåttet visar hur individen mår/fungerar i termer av ätstörningssymtom, psykiatriska symtom, psykologiska samband, interpersonella relationer och försörjning 36 månader efter behandlingsstart. Måttet är beräknat på både intervju och enkäter med

självrapporering. I den aktuella studien refereras resultat utifrån utfallsmåttet i termer av erhållen effekt av behandling, grad av tillfriskning och symtomreduktion.

*Grundläggande diagnostiska symtom:* Patientens grundläggande diagnostiska symptom baserade på intervjudata insamlad genom BAB (Bedömning av Anorexi/Bulimi) (Norrington, Clinton & Eriksson, 1999). BAB mäter närvaro eller frånvaro av nyckel kriterier relevanta för diagnos av ätstörning enligt DSM-IV. Patienten bedöms antingen uppfylla eller inte uppfylla specifika kriterier för diagnostiska patologiska nivåer för hetsätning, kompensatoriskt beteende, anorektisk vikt (BMI<18), amenorréa, rädsla för viktökning, störd kroppsuppfattning och restriktivt ätande. För att även omfatta möjlig övervikt tillämpades ytterligare en viktvariabel där patologisk övervikt definierades som BMI>30. Antalet kriterier uppnådda av varje patient noterades.

*Interpersonella relationer:* Ett mått av patologiska interpersonella relationer sammanställdes genom svar från BAB intervjun (Norrington, Clinton & Eriksson, 1999). Frågorna berörde relationer med familj, vänner, och medlemmar av motsatt kön.

*Yrkesstatus:* Yrkesstatus baserades på BoB (Clinton et al., 1995). Variabeln mätte i vilken grad patienten var engagerad i anställning eller studier, liksom i vilken utsträckning patienten hade möjlighet att vara ekonomiskt självständig.

*Ätstörningssymtom:* Delskalorna viktfobi, bulimi och missnöje med kroppen från EDI-2 (Garner, 1991; Nevoenen, 2000) summerades för att erhålla ett mått på essentiella ätstörningssymtom.

*Psykologiska samband av ätstörningar:* Delskalorna i EDI-2 (Garner, 1991; Nevoenen, 2000) ineffektivitet, perfektionism, interpersonell misstro, interoceptiv medvetenhet, rädsla för vuxenlivet, asketism, impuls reglering och social osäkerhet summerades för att generera ett mått av psykologiska faktorer associerade med ätstörning.

*Psykiatriska symtom:* Delskalorna från SCL-63 (Förkortad version av SCL-90, Symtom Check List) (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) vilka rörde somatisering frenetiskt impulsbeteende, interpersonell känslighet, depression, oro och fiendlighet. Dessa delskalor summerades för att utgöra ett generellt mått av psykiatriska symtom.

#### *Procedur*

Under ledning av SUFSA projektet distribuerades mätinstrumenten för respektive tillfälle ut till samtliga deltagare vid specialenheterna och samlades in av berörd personal. Personalen utgjordes i huvudsak av psykologer och psykoterapeuter kvalificerade inom behandling av ätstörningsproblematik men även av annan professionell personal såsom erfarna sjuksköterskor och socialarbetare. Alla patienter vid specialenheterna blev tillfrågade om att delta i projektet och gavs information om konfidentialitet och projektets syfte. Datainsamling skedde vid behandlingens start eller inom de två (för slutenvårdspatienter) till fyra (för öppenvårdspatienter) första veckorna av behandling samt vid uppföljning efter 36 månader. Information kring patientens vårdbehov och vårdinsatser fördes in i behandlingsdagböckerna. Specialenheternas formulär skickades efter ifyllning omgående till projektledningen som hade ansvaret för databearbetningen.

### *Databearbetning och statistiska analyser*

Allt material från enkäter, intervjuer och behandlingsdagböcker har hanterats och bearbetats i SPSS. Genomgående för majoriteten av analyserna är att de görs separat för respektive vårdform. Genom explorativa analyser i form av scatterplot undersöks fördelningen av behandlingsinsatserna för öppenvård respektive slutenvård. Med hänsyn till den snedfördelning i antal mottagningsbesök som visade sig hos patienterna i öppenvårdsbehandling gjordes en avgränsning för antal mottagningsbesök vid 2 sd. Avgränsningen innebär att de patienter som ingår i öppenvårdsbehandling genomgått maximalt 105 mottagningsbesök. För patienter i slutenvårdsbehandling visade fördelningen av antal vårddagar innehålla extremvärden hos ett fåtal patienter. En avgränsning vid 2 sd. genomfördes vilket medförde en mer homogen grupp av slutenvårdspatienter i antal vårddagar. Avgränsningen innebär att gruppen för slutenvårdspatienter maximalt haft 96 stycken vårddagar. För utfallsmåttet gäller följande; samtliga skalor transformerades till z-värden och summerades sedan i en variabel för mått på utfall. Minus och plusvärden för patienten inom variablerna för måttet anger var personen befinner sig inom urvalet, över eller under genomsnittet. Noll är det genomsnittliga värdet på måttet, genomsnittet för patienterna vid uppföljning 36 månader efter behandlingsstart. Samtliga mått kodades om så att de går i samma riktning. Höga värden indikerar en högre grad på utfallsmåttet, vilket innebär sämre effekt av behandling och lägre grad av symtomreducering. Låga värden indikerar en lägre grad på utfallsmåttet, vilket innebär bättre effekt av behandling och högre grad av symtomreduktion. Utfallsmåttet gällande för föreliggande studie är ett genomsnitt av dess olika beståndsdelar, d.v.s. standardmått på de sex skalor som summeras för att utgöra ett mått på symtomreducering och effekt av behandling.

För att göra ytterligare jämförelser av behandlingseffekten tillämpas en kategoriserad version av utfallsmåttet, bestående av fem kategorier. Kategoriseringen bygger på en avgränsning på  $\frac{1}{2}$  sd. Desto lägre värden patienten får på utfallsvariabeln desto mindre psykopatologi och desto bättre effekt har erhållits av behandlingen. Höga poäng på utfallsvariabeln indikerar hög nivå av psykopatologi och innebär att sämre effekt av behandling har erhållits, individen mår sämre. Kategorierna namnges enligt följande; ”dålig”, ”bristfällig”, ”genomsnittlig”, ”förbättring” och ”god” och indikerar vart individen befinner sig i termer av ätstörningssymtom, psykiatriska symtom, psykologiska samband av ätstörning, interpersonella relationer och yrkesstatus 36 månader efter behandlingsstart.

I syfte att undersöka samband mellan behandlingsinsatserna för respektive vårdform, ätstörningspsykopatologi, sjukdomsduration och individens erhållna effekt av behandling används two-tailed korrelationsanalys. För att undersöka hur effekten av behandling skiljer sig mellan patienterna med hänsyn till vårdform och ätstörningsdiagnos utförs olika envägsvariansanalyser (ANOVA). Beroendevariabel (BV) är utfallsmåttet och de oberoende variablerna (OBV) är ätstörningsdiagnoser, anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning, ätstörning utan närmare specifikation och de respektive vårdformerna, öppenvård och slutenvård.

För undersökning och hantering av gruppskillnader mellan bortfallsgruppen och antalet individer som är gällande vid 36 månaders uppföljning utförs ett oberoende *t*-test. *t*-testet görs på de respektive grupperna, bortfallsgruppen (n=82) och de patienter som finns med vid 36 månaders uppföljning (n=232). Samtliga variabler som använts i övriga korrelationsanalyser och variansanalyser finns med i *t*-testet (Garner, 1991;

Nevonen, 2000; Norring, 1995; Clinton, Norring & Eriksson, 1995; Björck, 2006). Inga signifikanta skillnader framkom mellan grupperna varpå slutsatsen som etableras är att bortfallet i föreliggande studie inte påverkar reliabiliteten i resultatet.

### *Etiska aspekter*

Den data som ligger till grund för studien har samlats in, bearbetats och sammanställts med godkännande från samtliga berörda forskningsetiska kommittéer. Projektet har även tillstånd från datainspektionen för en central databas. Deltagarna i projektet och aktuell studie har informerats om syftet för projektet och skyddandet av den enskilda personen. Undersökningen var helt anonym och inga uppgifter kan spåras till enskilda individer. Deltagandet var även helt frivilligt och kunde när som helst avbrytas av patienten.

## Resultat

### *Behandlingsfördelning*

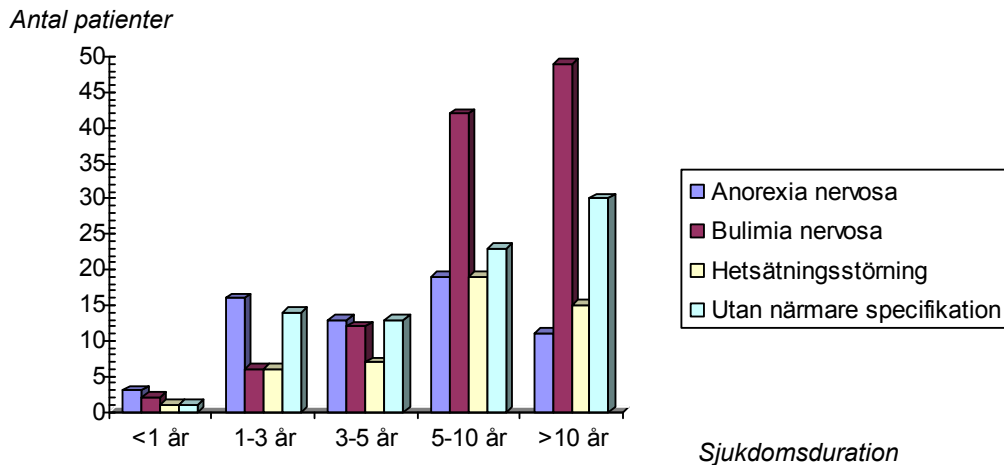
Andelen patienter behandlade i de två vårdformerna var förhållandevis lika (tabell 6). 52.5% (n=165) av individerna behandlades inom öppenvården och 47.1% (n=148) behandlades inom slutenvården. Gällande behandlingsform för respektive ätstörningsdiagnos finns den största skillnaden bland patienter med anorexia nervosa där 23.8% behandlades inom öppenvården och 76.2% behandlades inom slutenvården. För bulimipatienter är andelen patienter inom öppenvården 53.9% och inom slutenvården 46.1%. Av patienter med hetsättningsstörning behandlas 64.7% inom öppenvården och 35.3% inom slutenvården och för patienter med ätstörning utan närmare specifikation är andelen patienter som behandlas inom öppenvården 65.5% och inom slutenvården 34.5%.

Tabell 6. Förekomst av behandlingsform mätt vid behandlingens start för respektive diagnos

Diagnos	Öppenvård (n) (%)		Slutenvård (n) (%)	
Anorexia nervosa	15	23.8	48	76.2
Bulimia nervosa	62	53.9	53	46.1
Hetsättningsstörning	33	64.7	18	35.3
Utan närmare specifikation	55	65.5	29	34.5
Summa	165	52.5	148	47.1

### *Sjukdomsduration*

Hos patienterna uppvisas sjukdomsdurationen, den tidsperiod patienten uppger sig varit insjuknad angiven vid behandlingens start inom SUFSA, variera från 4 månader till 36.25 år (m=8.67 år, sd.=6.46) (figur 1). Få patienter hade varit sjuka mindre än ett år, 2.3% (n=7), omkring en femtedel av patienterna 13.9% (n=42) hade varit sjuka 1-3 år och ungefär en sjättedel av patienterna 14.9% (n=45) hade varit sjuka i 3-5 år. En tredjedel av patienterna 34.1% (n=103) hade varit sjuka 5-10 år. Hos en tredjedel av patienterna (34.8%, n=105) var sjukdomsduration längre än tio år och i denna grupp hade ungefär hälften diagnosen bulimia nervosa (46.7%, n=49) och en fjärdedel ätstörning utan närmare specifikation (28.6%, n=30).



Figur 1. Sjukdomsduration i år för respektive ätstörningsdiagnos.

### Behandlingseffekt i relation till diagnos

Även skillnader i behandlingseffekt mellan diagnosgrupperna studerades utifrån utfallsmåttet, vilket mäter: grundläggande diagnostiska symtom, ätstörnings-symtom, psykiatriska symtom, psykologiska samband, interpersonella relationer och yrkesstatus. Resultaten visar inga signifikanta skillnader ( $F(3, 228) = .834, p < .476$ , partial  $\eta^2 = .011$ ) (tabell 7). Därmed är det inga skillnader i erhållen behandlingseffekt hos patienterna med hänsyn till olika diagnoser.

Tabell 7. Jämförelse av erhållen effekt av behandling enligt utfallsmått för respektive diagnos. Medelvärden och standardavvikelser.

Diagnos	Effekt av behandling		
	m	sd	n
Anorexia nervosa	-.054	.702	44
Bulimia nervosa	-.059	.681	83
Hetsättningsstörning	-.225	.645	40
Utan närmare specifikation	-.170	.612	65
Summa	-.118	.660	232

### Behandlingsinsatser - öppenvård

Samband mellan respektive variabler: mängd behandlingsinsatser, ätstörningspsykopatologi, sjukdomsduration och effekten av behandling, mätt utifrån utfallsmåttet undersöks. Behandlingsinsatserna svarar för, antal mottagningsbesök, antal individuella kontakter, antal gruppsamtal, antal familjesamtal och antal anhörigsamtal. Variablerna i EDI-2 ger en beskrivning av ätstörningspsykopatologin och utfallsmåttet beskriver var individen hamnar inom måttet i termer av ätstörningssymtom, psykiatriska symtom, psykologiska samband av ätstörning, interpersonella relationer och yrkesstatus 36 månader efter behandlingsstart. Behandling inom öppenvården visar följande resultat (tabell 8).

Inga signifikanta samband återfanns mellan respektive behandlingsinsats; antal mottagningsbesök, antal individuella kontakter, antal familjesamtal, antal gruppsamtal eller antal anhörigsamtal och effekten av behandling, var patienten hamnade på utfallsmåttet (tabell 8). Det innebär att hos gruppen inom normalspridning av mottagningsbesök finns inte något samband mellan mängd behandlingsinsatser och erhållen effekt av behandling.

Vidare studerades sambanden mellan individens erhållna effekt av behandling och ätstörningspsykopatologi, EDI-2 (tabell 8). Signifikanta positiva samband återfanns mellan effekt av behandling och nio av tolv delskalor i EDI-2. För följande variabler i EDI-2 fanns ett signifikant samband med effekt av behandling. Missnöje med kroppen ( $r=0.251$ ,  $n=133$ ,  $p<.004$ , two-tailed), låg självkänsla ( $r=0.354$ ,  $n=133$ ,  $p<.001$ , two-tailed), asketism ( $r=0.244$ ,  $n=133$ ,  $p<.005$ , two-tailed), störd impulsreglering ( $r=0.256$ ,  $n=133$ ,  $p<.003$ , two-tailed), social osäkerhet ( $r=0.224$ ,  $n=133$ ,  $p<.010$ , two-tailed), viktfofi ( $r=0.192$ ,  $n=133$ ,  $p<.027$ , two-tailed), interpersonell misstro ( $r=0.176$ ,  $n=133$ ,  $p<.043$ , two-tailed), störd interoceptiv medvetenhet ( $r=0.195$ ,  $n=133$ ,  $p=.024$ , two-tailed) och EDI-total ( $r=0.312$ ,  $n=133$ ,  $p<.001$ , two-tailed). Resultaten visar att individer med högre värden i ätstörningspsykopatologi rapporterar sämre effekt av behandling, d.v.s. befinner sig under medelvärdet för gruppen på utfallsvariabeln. För följande variabler finns inget signifikant samband med effekt av behandling, bulimi, rädsla för vuxenlivet och perfektionism.

Av tabellen (tabell 8) framgår även att det finns ett svagt signifikant positivt samband mellan sjukdomsduration, hur länge en individ varit sjuk i ätstörning, och effekt av behandling i öppenvård ( $r=0.230$ ,  $n=130$ ,  $p=.008$ , two-tailed). Resultaten innebär att graden av individens symtomreduktion, den effekt behandlingen haft på sjukdomens reduktion, har ett samband med hur länge individen varit sjuk i ätstörning. Desto längre sjukdomsduration desto sämre behandlingseffekt av öppenvårdsbehandling.



Tabell 8. Samband (Pearson korrelationskoefficienter) mellan öppenvård (maximalt 105 MB-antal), MB-antal, IK-antal, GS-antal, FS-antal, AS-antal, sjukdomsduration, variablerna i EDI-2 och utfallsmått.

Korrelation	Utfallsmått		
	r	sig.	n
<b>Öppenvård</b>			
MB-antal	0.141	0.103	134
IK-antal	0.103	0.237	134
GS-antal	0.024	0.785	134
FS-antal	0.021	0.806	134
AS-antal	0.137	0.116	134
<b>EDI</b>			
Viktfofi	0.192 *	0.027	133
Bulimi	0.036	0.681	133
Missnöje med kroppen	0.251**	0.004	133
Låg självkänsla	0.354**	0.000	133
Perfektionism	0.135	0.121	133
Interpersonell misstro	0.176*	0.043	133
Störd interoceptiv medvetenhet	0.195*	0.024	133
Rädsla för vuxenlivet	0.039	0.653	133
Asketism	0.244**	0.005	133
Störd impulsreglering	0.256**	0.003	133
Social osäkerhet	0.224**	0.010	133
EDI-total	0.312**	0.000	133
<b>Sjukdomsduration</b>	0.230**	0.008	130

\* Korrelation är signifikant vid  $p < .05$  (2-tailed)

\*\* Korrelation är signifikant vid  $p < .01$  (2-tailed)

#### *Behandlingsinsatser - slutenvård*

Mängd behandlingsinsats svarar för antal vårddagar, variablerna i EDI-2 ger en beskrivning av ätstörningspsykopatologin och utfallsmåttet svarar för var individen befinner sig inom måttet i termer av ätstörningssymtom, psykiatriska symtom, psykologiska samband av ätstörning, interpersonella relationer och yrkesstatus 36 månader efter behandlingsstart. Mått på erhållen effekt genom behandling inom slutenvård visar följande resultat (tabell 9).

Inget signifikant samband återfanns mellan antalet vårddagar i slutenvård och behandlingseffekt hos individer i slutenvård ( $r=0.083$ ,  $n=101$ ,  $p<.407$ , two-tailed) (tabell 9). Det innebär att antalet vårddagar inom slutenvården inte har samband med effekt av behandling.

Vidare studerades sambanden mellan individens erhållna effekt av behandling och ätstörningspsykopatologi, EDI-2 (tabell 9). Signifikanta positiva samband återfanns mellan effekt av behandling och åtta av tolv delskalor i EDI-2. För följande variabler i EDI-2 fanns ett signifikant samband med effekt av behandling. Social osäkerhet ( $r=0.382$ ,  $n=101$ ,  $p<.001$ , two-tailed), rädsla för vuxenlivet ( $r=0.412$ ,  $n=101$ ,  $p<.001$ , two-tailed), interpersonell misstro ( $r=0.364$ ,  $n=101$ ,  $p<.001$ , two-tailed), låg självkänsla ( $r=0.417$ ,  $n=101$ ,  $p<.001$ , two-tailed), asketism ( $r=0.294$ ,  $n=101$ ,  $p<.003$ , two-tailed), störd interoceptiv medvetenhet ( $r=0.250$ ,  $n=101$ ,  $p<.012$ , two-tailed),

missnöje med kroppen ( $r=0.238$ ,  $n=101$ ,  $p<.016$ , two-tailed) och EDI-total ( $r=0.457$ ,  $n=100$ ,  $p<.001$ , two-tailed). Resultaten visar att slutenvården har högre värden i ätstörningspsykopatologi och rapporterar sämre effekt av behandling. Sämre mått på utfallsvariabeln, behandlingseffekt, visar även högre grad på angivna delskalor inom ätstörningspsykopatologi. Däremot återfanns inga samband mellan effekt av behandling och övriga variabler, viktfoxi, bulimi, perfektionism och störd impulsreglering.

Av tabellen (tabell 9) framgår även att sjukdomsduration, d.v.s. hur länge en individ varit sjuk i ätstörning inte har samband med behandlingseffekt ( $r=.146$ ,  $n=100$ ,  $p=.147$ , two-tailed). Resultatet innebär att graden av symptomreduktion, erhållen effekt av behandling, vid slutenvårdsbehandling inte har något samband med hur lång tid individen varit sjuk i ätstörning.

Tabell 9. Korrelation (Pearson korrelationskoefficienter) mellan slutenvård antal vård dagar, sjukdomsduration och variablerna i EDI-2 med utfallsmått.

Korrelation	Utfallsmått		
	r	sig.	n
<b>Slutenvård</b>			
Antal vård dagar	0.083	0.407	101
<b>EDI</b>			
Viktfoxi	0.212	0.033	101
Bulimi	0.173	0.083	101
Missnöje med kroppen	0.238*	0.016	101
Låg självkänsla	0.417**	0.001	101
Perfektionism	0.129	0.200	101
Interpersonell misstro	0.364**	0.001	101
Störd interoceptiv medvetenhet	0.250*	0.012	100
Rädsla för vuxenlivet	0.412**	0.001	101
Asketism	0.294*	0.003	101
Störd impulsreglering	0.215*	0.031	101
Social osäkerhet	0.382**	0.001	101
EDI-total	0.457**	0.001	100
<b>Sjukdomsduration</b>	0.146	0.147	100

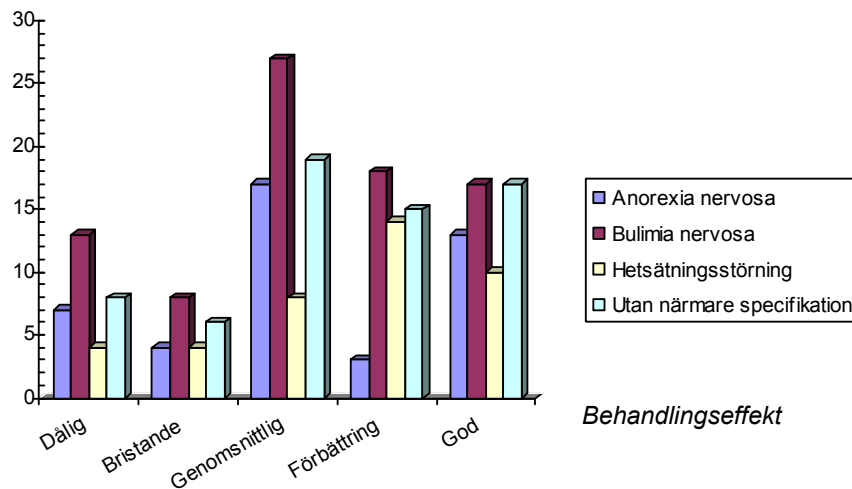
\* Korrelation är signifikant vid  $p<.05$  (2-tailed)

\*\* Korrelation är signifikant vid  $p<.01$  (2-tailed)

*Grad och frekvenser av behandlingseffekt i relation till diagnos*

Mätning och undersökning av fördelning och frekvens i den för individen erhållna behandlingseffekten görs med hänsyn till ätstörningsdiagnos (figur 2).

Antal patienter



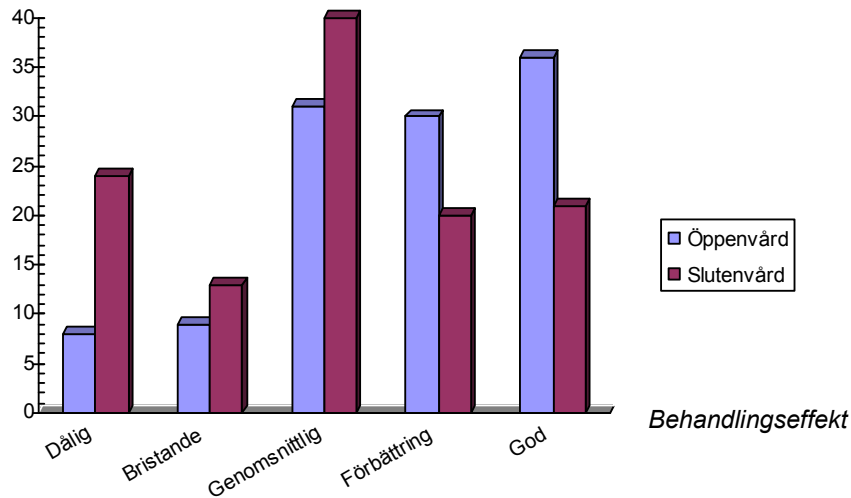
Figur 2. Frekvens av behandlingseffekt i patientmaterialet med hänsyn till respektive diagnos

I beskrivande analys (figur 2) framkommer att nästan hälften av patienterna rapporterar en positiv effekt av behandling (n=107, 46.2%). God behandlingseffekt återfinns hos 24.6% (n=57) av patienterna medan en förbättringseffekt rapporteras hos 21.6% (n=50) av patienterna. En tredjedel av patienterna (n=71, 30.6%) rapporterar genomsnittlig effekt av behandling där patienter med diagnosen bulimia nervosa (11.6%, n=27) svarar för den största andelen. För dålig effekt av behandling rapporteras totalt 13.8% (n=32) av patientmaterialet. Inom gruppen av patienter som rapporterar dålig effekt av behandling utgör bulimia nervosa den största gruppen (5.6%, n=13). Ätstörning utan närmare specifikation svarar för 3.4% (n=8), anorexia nervosa 3% (n=7) och hetsättningsstörning 1.7% (n=4).

### Grad och frekvens av behandlingseffekt i relation till vårdform

Mätning och undersökning av fördelning och frekvens i den för individen erhållna behandlingseffekten görs med hänsyn till vårdform (figur 3).

Antal patienter



Figur 3. Frekvens av behandlingseffekt i patientmaterialet med hänsyn till respektive vårdform.

I beskrivande analys (figur 3) framkommer att vårdformerna, öppenvård och slutenvård, till största delen bidrar med en positiv effekt av behandling. Öppenvården rapporterar en positiv behandlingseffekt för 31.6% (n=66) och 14.9% (n=17) rapporterar negativ behandlingseffekt. Genomsnittlig behandlingseffekt för öppenvård rapporteras för 27.2% (n=31). För slutenvård rapporteras positiv behandlingseffekt för 34.7% (n=41) och negativ behandlingseffekt för 31.3% (n=37) vilket är dubbelt så stor del än negativ behandlingseffekt vid öppenvård. Genomsnittlig behandlingseffekt vid slutenvård rapporteras för 33.9% (n=40). Slutenvården rapporterar uppskattningsvis dubbelt så stor del negativ behandlingseffekt än öppenvården. Genomsnittlig behandlingseffekt svarar för den större delen inom slutenvårdsbehandling. Öppenvården rapporterar totalt större del positiv behandlingseffekt.

### Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka och identifiera eventuella samband mellan antalet behandlingsinsatser hos ätstörningspatienter behandlade inom öppen respektive slutenvård och den effekt, symtomreduktion, av behandling patienten erhåller. I syftet ingick även att undersöka samband mellan ätstörningspsykopatologi och effekt av behandling samt att studera sambandet mellan patientens sjukdomsduration och effekt av behandling. Även skillnader i behandlingseffekt mellan de i materialet ingående ätstörningsdiagnoserna undersöktes. Till sist

undersöktes frekvenser av behandlingseffekt i relation till ätstörningsdiagnos och vårdform.

Resultatet visar att det inte finns signifikanta samband mellan antal behandlingsinsatser och effekt av behandling inom öppenvård respektive slutenvård. Resultaten beträffande sambandet mellan antal behandlingsinsatser och behandlingseffekt är svåra att generalisera till tidigare studier då inga studier påträffats utförda på antal insatser i relation till behandlingseffekt. Däremot visar en studie utförd i Tyskland (2002) att behandlingsduration inte predicerar den effekt av behandling patienten erhåller (Kordy et al., 2002). Det kan relateras till resultaten i aktuell studie då fler behandlingsinsatser ofta innebär längre behandlingsduration. Dock kan fler behandlingsinsatser även innebära intensifiering utan förlängning av behandling vilket betonar svårigheterna vid tolkning av resultatet beträffande antalet behandlingsinsatser betydelse för behandlingseffekt och jämförelse med övrig forskning.

Beträffande ätstörningspsykopatologi visade resultatet positiva samband med erhållen effekt av behandling för patienter i både öppen och slutenvård. Dessa resultat stämmer överens med tidigare studier (Bulik et al., 2000; Halvorsen et al., 2004; Mussell et al., 2000) som visar att patienter med svårare ätstörningspsykopatologi i termer av högre värden på EDI-2 skalan, även rapporterar sämre effekt av behandling.

Gällande sjukdomsförloppet, sjukdomsduration, i patientmaterialet uppvisas 34 procent av patienterna varit sjuka längre än fem år och hela 35 procent har varit sjuka i mer än tio år. Resultaten överensstämmer med tidigare forskning som betonar förekomsten av långa sjukdomsförlopp (Clinton et al., 2002; Fairburn et al., 1993; Fairburn et al., 1999; Fairburn et al., 2003; Geller et al., 2005; Kordy et al., 2002). Samband mellan sjukdomsförlopp och erhållen effekt av behandling gick att se hos patienter som behandlats inom öppenvård. Resultaten för öppenvårdspatienter stämmer överens med tidigare studier beskrivande den generella bilden av ätstörningsproblematiken där längre sjukdomsförlopp huvudsakligen anses bidra med sämre resultat av behandling (Heffner et al., 2002; Polivy et al., 2002).

För patienter behandlade inom slutenvård visar resultaten inga samband mellan sjukdomsförlopp och erhållen effekt av behandling. Det stämmer överens med en studie utförd i Tyskland (2006) där enbart anorexipatienter behandlades i slutenvård och inga samband återfanns mellan patientens sjukdomsförlopp och behandlingseffekt (Fichter et al., 2006). Även en studie utförd i Storbritannien (1993) visar att sjukdomsförlopp inte har något samband med erhållen effekt av behandling. I studien ingick bulimipatienter behandlade med antingen KBT eller individuell psykoterapi (Fairburn et al., 1993).

Skillnader i behandlingseffekt med hänsyn till diagnos visar inga signifikanta resultat. I motsats till resultaten i föreliggande studie framkommer i tidigare studier skillnader i behandlingseffekt med hänsyn till diagnos, där bulimipatienter svarar för dubbelt så stor del symtomreduktion än anorexipatienter mätt 2.5 år efter intagning (Kordy et al., 2002). Dock överensstämmer andra studier med föreliggande studie beträffande att det för både anorexi och bulimipatienter råder relativt jämn behandlingseffekt mätt vid uppföljning (Towell et al., 2001). Skillnader i resultat påvisar komplexiteten vid behandling och behandlingseffekt vid ätstörning.

### *Samband mellan behandlingsinsatser och behandlingseffekt*

Avsaknad av antalet behandlingsinsatser betydelse för erhållen effekt av behandling tyder på problematikens omfattande komplexitet. Utifrån föreliggande studies resultat påvisas antalet insatser i behandling inte vara avgörande för den effekt av behandling patienten erhåller. Resultatet motsäger sig vanligt förekommande förväntningar, att fler insatser ger bättre effekt av behandling. Resultatet kan innebära flera saker, ur positiv synpunkt kan sägas att då antalet insatser inte visar något samband med den behandlingseffekt patienten erhåller bör ökad behandlingseffekt hos ätstörningspatienter vara högst möjlig. Det eftersom resultaten indikerar att orsakerna till behandlingseffekten ligger i aspekter utanför antalet insatser, exempelvis den form och typ av behandling som tillämpas och dess betydelse för patientens erhållna behandlingseffekt. Även patientens villighet och motivation till behandlingen har stor betydelse för den effekt som erhålls och kan vara avgörande för graden av behandlingseffekt. Det innebär att behandlingen måste tillämpas med hänsyn till den specifika patientens behov (APA, 2005). Ur negativ synpunkt kan sägas att bristen vid antalet insatser betydelse för behandlingseffekt påvisar stora tveksamheter vid behandling av ätstörningspatienter. Då inte antalet insatser visar sig bidra till behandlingseffekt finns inget belägg för lång och utdragen behandling. Inte heller bör behandling fortlöpa i samma form då patienten inte påvisar förbättring. Bristen av antalet insatser betydelse för behandlingseffekt bidrar även till svårigheterna vid fastställandet av specifika prediktorer vid behandlingseffekt (Fairburn et al., 1993).

Förekomst av behandling där patienten varken försämras eller visar framsteg utan snarare ”förvaras i vården” kan enligt föreliggande studie vara vanligt förekommande. Det betonar vikten av utvärdering, specifik anpassning och val av behandling, vårdform och dess omfattning i relation till den specifika individen och de behov som finns (Agras et al., 2000; Kächele et al., 2002; Mussell et al., 2000). Övrigt bidragande faktorer vid tillämpning av mindre fördelaktig behandling kan vara det faktum att svensk sjukvård styrs utifrån olika landsting och deras respektive politik, ekonomi och resurser. Problematiken vid behandling av ätstörning beror även av respektive sjukhus tillgång till behandling och möjlighet att möta patientens specifika behov. Möjligen förekommer ofta behandling på ett ätstörningsspecifikt plan med tillämpning av tillgänglig behandling utan hänsyn till individspecifika faktorer vilket i många fall gynnar ätstörningens etablering och vidmakthållande och leder till etablering av sjukdomstillståndet och flertalet behandlingsförsök utan framgång.

Beträffande behandlingseffekt menar Agras et al., (2000) att det finns tendenser som pekar på att snabb respons från individen vid start av behandling kan predicera ett gott resultat av den totala behandlingserfarenheten. Därför bör behandling på ett tidigt stadium kontinuerligt utvärderas för att i relation till patientens gensvar avgöra huruvida behandlingen bidrar med god effekt eller inte. Avslutandet av en mindre lämplig behandlings- och vårdform så tidigt som möjligt bidrar till att riskerna för att patienten inte erhåller tillfredsställande behandlingseffekt och/eller att ätstörningen förblir obehandlad eller eskalerar minimeras. Avslutandet av behandling på tidigt stadium vid de fall där effekt inte påvisats bidrar även till att behandlingen kan ges åt en mer lämpad och mottaglig patient. Det kan även vara ett sätt att avgränsa vård- och behandlingsformer till individer som svarar på respektive form, på det sättet anpassas behandlingsformen efter lämplighet till de individer som ger respons, vilket leder till en större effektivisering inom behandling av ätstörning och bättre prognoser för behandlingseffekt.

Betydelsen av terapeutens ansvar vid planering och utvärdering av behandlingsstrategier poängteras framförallt vid KBT behandling av bulimipatienter där tidigt bristfälliga gensvar på behandlingen indikerar behovet av ytterligare behandlings-terapeutiska inslag, intensitetsökning och/eller en annan typ av behandling, t.ex. individuell psykoterapi, psykofarmaka, gruppterapi eller familjeterapi (Binfor et al., 2005). Flertalet behandlingsinslag kan även leda fram till klinisk signifikans i behandlingen och dess ingående terapier. Det syftar till den grad av vilken behandlingen är ändamålsenlig och möter de behov som efterfrågas av patienten och terapeuten. Behandlingens ändamålsenliga fokus förekommer när patienten genom behandlingen tillåts förflytta sig från ätstörningens dysfunktionella fungerande till ett mer normalt fungerande (Wise, 2004). Ett icke förekommande samband mellan antalet behandlingsinsatser och erhållen effekt av behandling tyder på problematikens omfattande komplexitet men bör även uppfattas som fördelaktigt för framgång vid ätstörningsbehandling. Det indikerar att behandlingen inte är beroende av antal insatser utan att andra faktorer som kvalitet, individspecifika aspekter såväl som tillfälle, typ av behandling och vårdform har större betydelse gällande den effekt patienten erhåller av behandling.

#### *Samband mellan ätstörningspsykopatologi och behandlingseffekt*

Beträffande ätstörningspsykopatologi visade föreliggande studie positiva samband med erhållen effekt av behandling för patienter i både öppen och slutenvård. Sambandet förekom för följande variabler i EDI-2 missnöje med kroppen, låg självkänsla, interpersonell misstro, störd interoceptiv medvetenhet, asketism, störd impulsreglering, social osäkerhet och EDI-total. De variabler som korrelerar med behandlingseffekt var alla desamma för öppen och slutenvårdspatienter, med undantag av ”viktfofi” som samkorrelerade med behandlingseffekt hos öppenvårdspatienter men inte hos slutenvårdspatienter och ”rädsla för vuxenlivet” som samkorrelerade med behandlingseffekt hos slutenvårdspatienter men inte hos öppenvårdspatienter. Resultaten innebär att patienter med en hög grad av ätstörningspsykopatologi rapporterar lägre grad av behandlingseffekt (van Strien & Ouwens, 2003). Hos patienter leder hög grad av ätstörningspsykopatologi till sämre förmåga att samverka och ta till sig behandling vilket medför att behandlingseffekten blir bristfällig. Med anledning av sambandet mellan hög grad av ätstörningspsykopatologi och bristfällig effekt av behandling bör behandling i större utsträckning omfatta och fokusera kring dessa kärnvariabler i ätstörningspsykopatologin. Det för att komma tillrätta med patientens psykopatologi och motverka det motstånd som ligger till grund för dålig behandlingseffekt. Bristfällig behandlingseffekt kan bero på avsaknad i behandlingens utformning gällande inkludering av kognitiva strukturer och ätstörningsrelaterade aspekter vilket bidrar till ätstörningens fortlöpande och försvårar behandlingens förmåga att hantera problematiken (Agras et al., 2000; Fairburn et al., 2003).

De skillnader i ätstörningspsykopatologi som förekommer mellan de två vårdformerna rapporteras vid viktfofi vilket inte förekommer hos slutenvårdspatienterna och kan förklaras genom det vanligtvis icke förekommande motstånd till behandling som finns hos anorexipatienter, vilka utgör en stor del av slutenvårdspatienterna. Men även det faktum att patienter med bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation ofta under slutenvårdsbehandling, innehållande regelbundna måltider, erfar frånvaro av viktökning (Fichter et al., 2006). Frånvaro av viktökning medför att individen inte upplever en fobisk rädsla att öka i vikt, viktfofi under behandlingen.

Vidare fanns hos slutenvårdspatienter ett samband mellan rädsla för vuxenlivet och behandlingseffekt som inte fanns hos öppenvårdspatienter. Resultatet kan bero av patienternas behandlade i slutenvården ofta allvarliga psykopatologi. Desto sämre patienten är, i termer av ätstörningssymtom, desto svårare torde det vara att hantera det ansvar och de färdigheter som förväntas av en vuxen individ. Det kan även förklaras utifrån de intensiva och svåra emotioner vilka kommer som resultat av anorexipatienters, behandlade inom slutenvården och utgörande en stor del av samplet, viktökning och förändring av kroppsutseende. Viktökning leder till att patienten upplever förlust av kontroll, sänkt självförtroende, rädsla för allmänt fungerande och social funktion vilket även framkommer i tidigare studier (Geller et al., 2005).

#### *Samband mellan sjukdomsförlopp och behandlingseffekt*

I det aktuella resultatet framkommer att sjukdomsförlopp inte har samband med behandlingseffekt hos slutenvårdspatienter. Däremot finns samband mellan sjukdomsförlopp och effekt av behandling hos öppenvårdspatienter. Resultaten visar att patienter behandlade inom slutenvården inte rapporterar samband mellan sjukdomsförlopp och den effekt av behandling som erhålls. Däremot visar resultaten att öppenvårdspatienter rapporterar sämre effekt av behandling ju längre de varit sjuka.

För slutenvårdspatienter visar tidigare forskning att långt sjukdomsförlopp automatiskt bidrar till längre slutenvårdsbehandling även om behandlingseffekt inte beror av sjukdomsförloppet (Fichter et al., 2006). Det innebär att patienter inom slutenvården bör behandlas den tid som krävs enligt den grad allvarliga symtom som gör sig gällande. Föreliggande studies resultat visar att den effekt av behandling patienten erhåller inte har något samband med sjukdomsförlopp. Detta resultat kan jämföras med de i Fichters et al., (2006) studie på anorektiska slutenvårdspatienter då liknande utfallsmått tillämpats. I deras studie predicerade mycket långt sjukdomsförlopp inget samband eller något sämre effekt av behandling vid tolv års uppföljning. Förklaring till varför samband saknas mellan sjukdomsförlopp och behandlingseffekt kan bero på att mindre lämplig behandlingsform tillämpas. Det kan även bero av ätstörningssjukas frånvaro av likartad etiologi. Enligt Wilson (1996a) delar inte patienter med samma diagnos likartad etiologi och behöver därför inte dra nytta av samma typ och form av behandling. Individuella aspekter är nödvändiga att ta i beaktande men med hänsyn till diagnosspecifika faktorer.

För patienter med långvarigt sjukdomsförlopp som behandlats inom öppenvården rapporteras sämre effekt av behandling. Det stämmer överens med den generella bilden av ätstörningsproblematiken. Långa sjukdomsförlopp återfinns hos majoriteten av ätstörningssjukas samt att sämre behandlingseffekt står i relation till långa sjukdomsförlopp (Clinton et al., 2002; Fingfield, 2002; Fairburn et al., 2003). Dock rapporteras från en studie utförd i Storbritannien (1992) med enbart bulimipatienter i öppenvården att sjukdomsförlopp inte var någon signifikant prediktor för behandlingseffekt (Fairburn et al., 1993). Resultaten från föreliggande studie angående öppenvårdspatienter kan bero på förekomsten av flera diagnoser i patientmaterialet vilket bidrar med skiftande individuella behov och problematik samt att olika behandlingsspecifika metoder inte presenteras. Med hänvisning till bulimipatienter, hetsätningssjukas och patienter med ätstörning utan närmare specifikation som den största patientgruppen vid öppenvårdsbehandling bör en förklaring till de långa sjukdomsförloppen och bidragande svårigheter vid behandling



vara ätstörnings sjukdomens skiftande över tid. Långa sjukdomsförlopp orsakas av ofta förekommande övergång från anorexia nervosa till bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller ätstörning utan närmare specifikation vilket medför långa sjukdomsförlopp och ytterligare komplexitet i psykopatologi och etablering av vidmakthållande faktorer vilket leder till svårigheter vid behandling. Varpå upptäckt och behandling på tidigt stadie är av största vikt (van Strien et al., 2003).

Med hänsyn till den fortfarande stora andel patienter som inte erhåller god effekt av behandling bör patienten fångas upp efter avslutad behandling i form av utslussning där uppföljning svarar för förhindrande av omedelbara återfall och underlättar patientens återgång och anpassning till livet efter behandling (Mussel et al., 2000). Ofta förekommande brister i uppföljning och utslussning av patienter kan vara bidragande orsaker till återfall och förlängda sjukdomsförlopp, det som resultat av oförmåga att på egen hand applicera behandlingsstrukturer i vardagslivet och behovet av stöd och uppbackning i återgången till livet efter behandling.

#### *Diagnos och behandlingseffekt*

Beträffande betydelsen av patientens diagnos för effekten av behandling visade resultatet i föreliggande studie inga skillnader mellan de olika diagnosgrupperna och dess respektive erhållna effekt av behandling. Dessa resultat kan härledas till forskningen som visar på vissa överensstämmande grundläggande mekanismer för de olika diagnoserna (Fairburn et al., 1999; Fairburn et al., 2003). Det innebär att trots stora skillnader mellan diagnoser bygger de i viss omfattning på gemensam problematik vilket även kan förklara den icke förekommande skillnaden i behandlingseffekt. Däremot har studier funnit skillnader mellan diagnoser i förmedvetna restriktioner till behandling (Geller et al., 2005) vilket bidragit till skillnader i behandlingseffekt. Patienter med bulimia nervosa och hetsättningsstörning rapporterade betydligt högre nivåer av behandlingseffekt än patienter med anorexia nervosa

Tolkningen av föreliggande studies resultat är komplex. Främst förekommande inom forskningen är att uppskattningsvis 50 procent av patienterna med ätstörning som genomgår behandling blir friska utan hänsyn till specifik diagnosgrupp. (Fairburn, et al., 2003; Fingfield, 2002; Ghaderi, 2006; Wilson, 1996b). Dock visar uppföljningsstudier generellt att behandlingseffekt beror av flertalet faktorer; ålder vid insjukning, tidpunkt för start av behandling samt motivation och villighet till behandling (Clinton et al., 2002; Le Grange et al., 2003; Shoemaker, 1995; Tanaka et al., 2001; Zipfel et al., 2000) Frånsett den icke förekommande skillnaden i effekt av behandling mellan diagnoser kan dock den tid det ta för individen att bli frisk variera med hänsyn till diagnos. Insatser förespråkas på så tidigt stadium som möjligt hos anorexipatienter, för positivt behandlingsresultat samt att tidig ålder för insjuknad ger bättre prognos (Heffner et al., 2002). För patienter med bulimia nervosa rapporterar forskningen samband mellan senare insjuknande och bättre effekt av behandling. Dessa patienter anses fördelaktigt kunna behandlas inom öppenvård (Fairburn, 1995; Ghaderi, 2006; Wilson, 1996b).

Gällande tolkningen av resultatet kring behandlingseffekt i relation till diagnos kan det antas bero av den relativt jämna fördelning diagnosgrupper i respektive vårdform. Även fördelningen av patientmaterialet i de olika vårdformerna öppen respektive slutenvård gör det svårt att generalisera kring erhållen behandlingseffekt. Patienter behandlade inom öppenvården bör erhålla behandling anpassad för aktuell diagnos

och individspecifik problematik där t.ex. KBT visat sig vara effektiv för patienter med bulimiskt beteende (Binford et al., 2005; Dunn et al., 2006; Ghaderi, 2006; Wilson, 1996b). Detsamma bör gälla för patienter behandlade inom slutenvården där psykodynamisk terapi fördelaktigt tillämpas för anorexipatienter (Hofsten, 2002; Kächele et al., 2001). I aktuell studie framgår dock inte specifik terapeutisk inriktning och behandlingstyp vilket medför svårigheter vid dessa antaganden.

#### *Styrkor*

Nämnvärt var att aktuell studien avsåg att belysa behandlingseffekt vid uppföljning vilket rör sig om 36 månader efter intagning. Det anses vara en relativt lång mätperiod som genererar förhållandevis reliabla resultat (Björck, 2006). Behandlingsrespons lång tid efter behandling värderas högre i termer av tillfriskning och symptomreduktion (Fairburn et al., 1993). Högre grad av behandlingseffekt och symptomreduktion mätt 36 månader efter behandlingens start bör även betraktas som mer bestående och långsiktigt än omedelbar behandlingsrespons i anslutning till utskrivning och avslut av behandling.

Det utfallsmått som tillämpas i föreliggande studie omfattar flera olika faktorer som tillsammans utgör en omfattande beskrivning av ätstörningsspecifik problematik aktuell vid undersökning och mått på övergripande behandlingseffekt och symptomreduktion hos ätstörningspatienter. Forskningen vid utfallsstudier inom ätstörning använder idag huvudsakligen BMI och hetsättningsfrekvenser som mått på behandlingseffekt (Binford et al., 2005; Lowe et al., 2003; Zeck et al., 2005). Aktuell studie tillämpar ett utfallsmått som ger en bredare och mer helhetsomfattande bild kring hur patienten mår efter behandling. Gällande det för studien aktuella utfallsmått vilket innefattar flera olika aspekter av ätstörningsproblematiken bör det ur forskningssynpunkt generera både kliniskt och teoretiskt meningsfulla resultat.

#### *Begränsningar*

Behandlingsinsatser definieras utifrån de insatser som förekommer i behandlingsdagboken. Dock utgör bristen av tydligt förklarande behandlingsterapeutiska strategier och specifika behandlingsmetoder en begränsning. Det faktum att behandling på olika specialenheter aldrig är precis densamma medför svårigheter och begränsningar mellan studier. Trots att insatserna definieras enligt samma benämningar för samtliga specialenheter kan olika terapiformer och tillämpningar förekomma som inte går att urskilja. Tillämpad behandling speglas av den mänskliga faktorn och blir olika vid varje specialenhet och för varje patient. Vidare råder svårigheter vid tolkning av resultat utifrån utfallsmåttet och dess betydelse. Definieringen av behandlingseffekt gällande för aktuell studie ger ingen faktisk beskrivning av patientens tillstånd utan syftar till att generellt förklara hur patienten mår i termer av för utfallsmåttet ingående variabler. Frågan kring när en patient betraktas erhålla god respektive dålig behandlingseffekt och definiering av dessa kvarstår. Det innebär att vidare bearbetning av utfallsmåttet bör göras.

#### *Validitet och reliabilitet*

Studien bygger på en grupp om 232 diagnostiserade ätstörningspatienter. Samtliga deltagare har genomgått behandling på nio specialenheter i Sverige och därigenom erbjudits deltagande i studien. Med hänsyn till det omfattande, geografiskt och åldersmässigt utspridda, urvalet betraktas reliabiliteten som god och generalisering till individer med diagnostiserad ätstörning betraktas som fullt möjlig.

Mätinstrumenten som tillämpats i föreliggande studie har bedömts bidra med god validitet då de tillämpats i flertalet tidigare studier och forskningsrapporter med tillförlitliga resultat. Övrigt gällande för aktuell studie är tillämpningen av både självskattade och observerande mätningar vilket ger bredare omfattning samt att det i datainsamlingen deltar både patienter och behandlande personal med adekvat utbildning vilket minskar risken för bias. Dock finns det alltid en risk för förekomst av social önskvärdhet.

Generaliserbarheten av resultaten rörande vårdform och behandling är begränsad med hänsyn till förekomst av olika terapeutiska inriktningar, specialenheters egna utarbetade behandlingsstrukturer, varierande intensitet, behandlingduration och omfattning av behandling vilket inte går att urskilja i föreliggande studie. Det medför att validiteten gällande mätning och uppskattning vid vårdformers betydelse för behandlingseffekt blir svår, vilket även bör gälla för samtlig forskning rörande vårdform och behandling.

Svårigheter råder även vid jämförelse av de aktuella resultaten med tidigare studier p.g.a. att tidpunkten för uppföljning varierar mycket mellan studier. Beroende av hur lång tid efter behandlingens start uppföljning görs erhålls olika resultat av behandlingseffekt. I föreliggande studie gäller uppföljning vid 36 månader efter behandlingens start vilket kan hävdas ge mer bestående och tillförlitliga resultat än uppföljning tätt inpå behandlingens start (Björck, 2006).

#### *Slutsats*

Sammanfattningsvis kan utifrån föreliggande studies resultat konstateras att inget samband råder mellan det antal behandlingsinsatser patienter får och den effekt av behandling som erhålls oberoende av om behandling sker inom öppenvård eller slutenvård. Däremot råder samband mellan behandlingseffekt och ätstörningspsykopatologi vilket innebär att desto svårare ätstörning patienten har desto sämre behandlingseffekt erhålls. Vidare visar resultatet att behandlingseffekt i slutenvård inte har samband med sjukdomsförlopp. Däremot förekommer samband mellan sjukdomsförlopp och behandlingseffekt i öppenvård. Desto längre sjukdomsförlopp desto sämre behandlingseffekt. Av resultaten framkommer att inga skillnader finns mellan behandlingseffekt för de respektive diagnoserna. Det innebär att den behandlingseffekt patienten erhåller inte beror av diagnos. Slutligen visar frekvensanalyser att majoriteten av patienterna erhåller en positiv effekt av behandling och att de patienter som rapporterar högre grad av positiv behandlingseffekt i större utsträckning behandlats inom öppenvården.

#### *Förslag till framtida forskning*

Beträffande den fortfarande stora del ätstörningspatienter som inte erhåller god effekt av behandling bör problematiken betraktas som högst allvarlig. Bristande betydelse av antalet insatser i behandlingen tyder på betydelse av andra faktorer gällande behandlingseffekt. Vad är det som gör att individer med få insatser kan erhålla likvärdig behandlingseffekt som individer med flertalet insatser och att fler insatser inte genererar bättre behandlingseffekt? Resultat gällande behandlingsinsatser som framkommer i aktuell studie visar på behovet av fortsatt forskning kring relationen mellan olika behandlingsinsatser och individspecifik psykopatologi. Forskning kring hur sambanden ser ut gällande insatsernas betydelse för behandlingseffekt bör göras. Utifrån de icke signifikanta resultaten gällande mängd behandlingsinsatsernas betydelse för behandlingseffekt skulle forskningen förslagsvis kunna titta på karakteristiska

grupper för dålig respektive god behandlingseffekt för att se vad det är i behandlingen som påverkar respektive behandlingseffekt. Det resultat som framkommer gällande ätstörnings-psykopatologins samband med behandlingseffekt bekräftar behovet av ytterligare fokusering inom forskningen av behandlingsstrategier. Behandlingens omfattning av ätstörningsspecifik symtomatologi hos dessa patienter i relation till individspecifik behandling är av stor vikt. Genom identifiering av riskfaktorer och orsakssamband vid behandlingseffekt kan drabbade individer erbjudas lämplig behandling så tidigt som möjligt och ges förutsättningar för goda möjligheter att övervinna ätstörningen.

## Referenser

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., & Kramer, H.C. (2000). Outcome Predictors for the Cognitive Behaviour Treatment of Bulimia Nervosa: Data From a Multisite Study. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1302-1308.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*, (4th edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (2005). *Practice Guideline For the Treatment of Patients with Eating Disorders*, (Third edition).
- Binfor, R.B., Pedersson Mussell, M., Crosby, R.D., Peterson, C.B., Crow, S.J., & Mitchell, J.E. (2005). Coping Strategies in Bulimia Nervosa Treatment: Impact on Outcome in Group-Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1089-1096.
- Björck, C. (2006). *Self-Image and Eating Disorders*. Thesis for doctoral degree. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. & Pickering, A. (2000). Outcome of Anorexia Nervosa: Eating Attitudes, Personality, and Parental Bonding. *International Journal of Eating disorders*, *115*, 139-147.
- Butryn, M.L., Lowe, M.R., Safer, D.L., & Agras, W.S. (2006). Weight Suppression is a robust Predictor of Outcome in the Cognitive-Behavioural Treatment of Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal psychology*, *115*, 62-67.
- Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S., & Norring, C. (2004). Patient Satisfaction with Treatment in Eating Disorders: Cause for Complacency or Concern? *European Eating Disorders Review*, *12*, 240-246.
- Clinton, D., Engström, I., & Norring, C. (2002). Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt. I Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 67-92). Stockholm: Natur och Kultur.
- Clinton, D., & Norring, C. (1999). The Rating of Anorexia and Bulimia (RAB) Interview: Development and preliminary validation. *European Eating Disorders Review*, *7*: 362-371.
- Clinton, D., & Norring, C. (2002). *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Clinton, D., Norring, C., & Eriksson, B. (1995). *Background and Treatment Questionnaire for Anorexia and Bulimia (BaT)*, unpublished questionnaire. Resource Centre for Eating Disorders, Karolinska University Hospital – Huddinge, Stockholm, Sweden.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. I: Björck, C. (2006). *Self Image and Eating Disorders: A Doctoral Thesis*.
- Dunn, E.C., Neighbors, C., & Larimer, M.E. (2006). Motivational Enhancement Therapy and Self-Help Treatment for Binge Eaters. *Psychology for Addictive Behaviours*, *20*, 44-52.
- Engström, I. (2002). Ätstörningars förekomst. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 43-50). Stockholm: Natur och Kultur.
- Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating*. (1995). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour and Research therapy*, *41*, 509-528.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., & Doll, H.A. (1993). Predictors of 12-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., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 1-13.

- Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 87-100.
- Fingfield, D.L. (2002). Anorexia Nervosa: Analysis of Long Term Outcomes and Clinical Implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 176-186.
- Garner, D.M., (1991). *EDI-2, Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Geller, J., Zaitsoff, S.L., & Srikameswaran, S. (2005). Tracking Readiness and Motivation to Change in Individuals with Eating Disorders Over the Course of Treatment. *Cognitive Therapy and research*, 29, 611-625.
- Ghaderi, A. (2006) Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 44, 273-288.
- Gustafsson, N., (2002). Familjeterapi. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 179-193). Stockholm: Natur och Kultur.
- Halvorsen, I., Andersen, A., & Heyerdahl, S. (2004). Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment, Intermediate to long term follow-up of a representative county-sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 295-306.
- 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 Behavioural Practice*, 9, 232-236.
- Hofsten, A-M., (2002). Psykoanalytisk psykoterapi med ätstörda patienter. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 163-176). Stockholm: Natur och Kultur.
- Howard, W.T., Evans, K.K., Quintero-Howard, C.V., Bowers, W.A., & Andersen, A.E. (1999). Predictors of Success or failure of Transition to Day Hospital treatment for Inpatient With Anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1697-1702.
- Hrabosky, J.I., Masheb, R.M., White, M.A., & Grilo, C.M. (2007). Overevaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 175-180.
- Hägglöf, B. (2002a). Farmakologisk Behandling vid Ätstörningar. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 121 -127). Stockholm: Natur och Kultur.
- Hägglöf, B. (2002b). Somatiska Aspekter vid Anorexia och Bulimia Nervosa. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 95-109). Stockholm: Natur och Kultur.
- Johnsson, P. (2002). Ett Slutenvårdsprogram för svårbehandlad och långvarig anorexia nervosa och bulimia nervosa. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 231-238). Stockholm: Natur och Kultur.
- Kordy H., Krämer B., Palmer R.L., Papezova H., Pellet Jaques., Richard M. et al., (2002). Remission, Recovery, Relapse and Recurrence in Eating Disorders: Conceptualization and Illustration of a Validation Strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 833-846
- Käver, A. (2002). Kognitiv Beteende Terapi vid Ätstörningar. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 145-177). Stockholm: Natur och Kultur.
- Kächele, H., Kordy, H., & Richard, M. (2001). Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data from a Multicenter study. *Psychotherapy Research*, 11, 239-257.
- Le Grange, D., Lock, J., & Dymek, M. (2003). Family-Based Therapy for Adolescents with Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 237-251.
- Loeb, K.L., Wilson, G.T., Labouvie, E., Pratt, E.M., Hayaki, J., Walsh, B.T. et al., (2005). Therapeutic Alliance and Treatment Adherence in two Interventions for Bulimia Nervosa: A Study of Process and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 1097-1107.
- Lowe, M.R., Davis, W.N., Annunziato, R.A., & Lucks, D.L. (2003). Inpatient treatment for eating disorders: Outcome at discharge and 3month follow-up. *Eating Behaviours*, 4, 385-397.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Fulkerson, J.A., Hoberman, H.M., & Romano. J. L. (2000). Commitment to Treatment Goals in Prediction of Group Cognitive-Behavioral Therapy Treatment Outcome for Women With Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Therapy*, 68, 432-437.
- Nevonen, L., & Broberg, A.G. (2000). Validating the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *Eating and Weight Disorders*, 6, 59-67.

- Nevonen, L., & Broberg, A.G. (2002). Gruppsykoterapi vid ätstörningar. I: Clinton, D., & Norring, C., *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid.) 195-204). Stockholm: Natur och Kultur.
- Norring, C. (1995). *Exempel på registreringar i behandlingsdagboken*. Huddinge, Stockholm.
- Norring, C., Clinton, D., Eriksson, B., Enzell, K., & Hellström, T. (1996). *SUFSA: Samordnad utvärdering och forskning vid specialenheter för anorexi/bulimi*. Projekt plan. Huddinge, Stockholm.
- Paulsson-Karlsson, G., Nevenon, L., & Engström, I. (2006). Anorexia Nervosa: treatment Satisfaction. *Journal of Family Therapy*, 28, 293-306.
- Polivy, J., & Herman, P.C. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Ramsay, R., Ward, A., Treasure, J., & Russell, G.F.M. (1999). Compulsory treatment in anorexia nervosa: Short term benefits and long term mortality. *British Journal of Psychiatry*, 175, 147-153.
- Shoemaker, C. (1995). Does Early Intervention Improve the Prognosis in Anorexia Nervosa? A systematic Review of the Treatment-Outcome Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 1-15.
- Tanaka, H., Kirriike, N., Nagata, T., & Riku, K. (2001). Outcome of severe anorexia nervosa patients receiving inpatient treatment in Japan: An 8-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 389-396.
- Thiels, C., Schmidt, U., Troop, N., Treasure, J., & Garthe, R. (2000). Binge Frequency Predicts Outcome in Guided Self-Care Treatment of Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8, 272-278.
- Towell, D.B., Woodford, S., Reid, S., Rooney, B., & Towell, A. (2001). Compliance and outcome in treatment-resistant anorexia and bulimia: A retrospective study. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 189-195.
- Tylka, T.L., & Mezydlo Subich, L. (1999). Exploring the Construct of the Eating Disorder Continuum. *Journal of Counselling Psychology*, 46, 268-276.
- van Strien, T., & Ouwens, M. (2003). Validation of the Dutch EDI-2 in One Clinical and Two Nonclinical Populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 66-84.
- Wilson, T.G. (1996a). Manual-Based Treatments: The Clinical Application of Research Findings. *Behaviour Research Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, T.G. (1996b) Treatment Of Bulimia Nervosa: When CBT Fails. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 197-212.
- Wilson, T.G., Loeb, K.L., Walsh, T.B., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. et al., (1999). Psychological Versus Pharmacological Treatments of Bulimia Nervosa: Predictors and Processes of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 451-459.
- Wise, E.A., (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, 82, 50-59.
- Zeck, A., & Hartmann, A. (2005). Relating Therapeutic process to Outcome: Are There Predictors for the Short-Term Course in Anorexic Patients? *European Eating Disorders Review*, 13, 245-254.