



UPPSALA UNIVERSITET  
Institutionen för psykologi  
HT 2008  
Psykologexamensuppsats

# **Självbilden hos ätstörningspatienter efter behandling samt komplementaritetens betydelse för självbilden**

Maria Blomgren & Kirsten Nilsson

Handledare  
Staffan Sohlberg

Biträdande handledare  
Andreas Birgegård

Examinator  
Ann-Margret Rydell

## **Tack!**

Till vår handledare Staffan Sohlberg för uppmuntran och stor förståelse. Dina synpunkter hjälpte oss att föra uppsatsen till en annan nivå.

Till vår handledare Andreas Birgegård för en aldrig sviktande optimism och enastående snabba svar de otaliga gånger vi inte visste hur vi skulle gå vidare. Det har varit utvecklande att få arbeta med dig och att få ta del av dina kunskaper och kreativa idéer.

Till Johan Nilsson för tekniskt stöd, omtanke och goda muffins.

Till Elisabet Lannfelt och Louise Högdahl för tydlig information och vägledning i Sendia och Stepwise.

Till Idun och alla patienter som möjliggjorde den här uppsatsen.

## Sammanfattning

En negativ självbild är vanligt förekommande vid en ätstörning. Få studier har undersökt självbilden hos ätstörningspatienter genom att utgå från Structural Analysis of Social Behavior (SASB) och ingen tidigare studie har undersökt vilka aspekter av självbilden som kan förändras i samband med en ätstörningsbehandling. Syftet med den här studien var dels att undersöka hur självbilden hos ätstörningspatienter (N = 50) såg ut efter genomförd behandling jämfört med vid behandlingsstart och dels att undersöka om självbilden påverkades genom principen om komplementaritet. Självbild och komplementaritet mättes genom SASB-självskattningsformulär. Studien visade att patienternas självbild hade förbättrats signifikant i alla aspekter av självbilden med undantag för självkontroll. Däremot kunde studien inte påvisa att komplementaritet hade en medierande roll för den initiala självbildens påverkan på självbild efter behandling.

*Nyckelord:* Ätstörningar, självbild, komplementaritet, SASB.

## Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	5
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Ätstörningar .....	6
1.2.1 Anorexia nervosa .....	6
1.2.2 Bulimia nervosa .....	6
1.2.3 Ätstörning UNS .....	7
1.3 Transdiagnostisk teori.....	7
1.4 Interpersonell teori .....	8
1.4.1 Komplementaritet .....	8
1.4.2 Självbild .....	9
1.5 SASB-modellen .....	10
1.6 Forskning kring ätstörningar och självbegreppet.....	11
1.6.1 Ätstörningspatienters självkänsla.....	11
1.6.2 Ätstörningspatienters självbild enligt SASB .....	12
1.7 Komplementaritet och behandlingsutfall.....	13
1.8 Komplementaritet som en medierande faktor .....	13
1.9 Syfte och frågeställningar .....	14
2. Metod .....	15
2.1. Deltagare och behandling.....	15
2.2. Instrument .....	16
2.3 Procedur.....	17
2.4 Design och statistisk analys .....	17
2.4.1 Frågeställning 1.....	17
2.4.2 Frågeställning 2.....	17
2.5 Databearbetning.....	18

2.5.1 Frågeställning 1.....	18
2.5.2 Frågeställning 2.....	18
3. Resultat .....	20
3.1 Gruppkaraktäristiska .....	20
3.2 Frågeställning 1 .....	20
3.2.1 Jämförelse med en kontrollgrupp .....	20
3.2.2 Jämförelse av medelvärden .....	21
3.3 Frågeställning 2 .....	22
3.3.1 Medieringsmodell I.....	22
3.3.2 Medieringsmodell II.....	22
3.3.3 Medieringsmodell III.....	22
4. Diskussion .....	23
4.1 Resultatdiskussion .....	23
4.1.1 Frågeställning 1.....	23
4.1.2 Frågeställning 2.....	26
4.2 Metoddiskussion .....	26
4.2.1 Deltagare .....	26
4.2.2 Instrument.....	27
4.2.3 Design .....	28
4.2.4 Metodologiska problem kring frågeställning 2.....	28
4.2.5 Operationalisering av komplementaritet .....	29
4.3 Framtida forskning .....	30
4.4 Slutsatser.....	31
5. Referenser .....	32

## 1. Introduktion

Ätstörningar utgör ett stort hälsoproblem bland unga kvinnor. Det är förenat med både sociala, psykiska och somatiska problem (Gucciardi, Celasun, Ahmad & Stuart, 2004). Studier visar att ätstörningspatienters självbild är mycket negativ (Björck, Clinton, Sohlberg, Hällström & Norring, 2003) och att en initial negativ självbild vid behandling av ätstörning ökar risken för ett dåligt utfall (Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2007). Även om patienter tillfrisknar när det gäller symtom på ätstörning så kan de fortfarande ha kvar en negativ självbild (Björck et al., 2007). Forskning visar att 30-50 procent av de patienter som tillfrisknat från sin ätstörning återfaller (Guarda, 2007).

Interpersonella faktorer har alltmer uppmärksammats vid forskning kring ätstörningar (Birgegård, Björck, Norring, Sohlberg & Clinton, in press), eftersom de har visat sig ha betydelse för utvecklingen av störningen (Björck et al., 2003). Enligt den interpersonella teorin formas självbilden genom individens interaktion med signifikanta andra. Individen försöker bevara sin självbild eftersom det ger en känsla av förutsägbarhet och stabilitet i mötet med andra. Självbilden vidmakthålls genom att individen agerar så att andra bekräftar den, oavsett om den är positiv eller negativ (Henry, Schacht & Strupp, 1990).

Den här studien handlar om hur ätstörningspatienters självbild förändras efter behandling samt den terapeutiska relationens betydelse för förändringen av självbilden.

### 1.1 Bakgrund

Ätstörningar verkar främst vara en förekomst i västvärlden (Hoek, 2002). Personer som immigrerar till industrialiserade länder är mer benägna att utveckla en ätstörning än jämnåriga i hemlandet, vilket visar på betydelsen av sociokulturella faktorer vid spridningen av ätstörningar (Hoek, 2002). Inom huvudgrupperna för psykiska sjukdomar är det endast substansrelaterade störningar, förstämnings- och ångestsyndrom som är vanligare än ätstörningar. Om man ser till enskilda sjukdomar är ätstörningar vanligare än Alzheimers sjukdom, schizofreni och tvångssyndrom (Powers & Bannon, 2003). Sjukdomen drabbar oftast kvinnor i adolescensen, en ålder när studier har betydelse och så småningom även inträde i arbetslivet. Ätstörningar är förknippade med både akademiska och yrkesmässiga svårigheter, men även den sociala anpassningen är påverkad (Crow & Peterson, 2003).

Många med stört ätmönster söker inte vård eftersom det finns en skam över sjukdomen eller en rädsla för att bli stigmatiserad (Palmer, 2003). Det kan även finnas en bristande förmåga hos sjukvårdspersonal när det gäller att diagnosticera ätstörningen (Striegel-Moore & Franko, 2003) och det är vanligt att komplikationer förknippade med störningen behandlas snarare än den underliggande sjukdomen (Garfinkel, 2003). Om ätstörningen varar under flera år är medicinska problem nästan oundvikliga (Castro, 2003), vilket kan leda till en betydande sjuklighet och dödlighet (Klump, 2003). Även när individen blivit fri från sin ätstörning kan vissa medicinska problem kvarstå. Det kan exempelvis handla om problem med benskörhet hos personer som varit mycket underviktiga eller tandrelaterade problem till följd av återkommande kräkningar under sjukdomstiden (Crow & Peterson, 2003). Ätstörningar orsakar ett stort lidande hos de som drabbas, men det är även mycket betungande för anhöriga (Favaro, 2003). Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv medför ätstörningar både kostnader i samband med behandling av somatiska besvär orsakade av ätstörningen och kostnader i anslutning till

behandling av själva ätstörningen. Det finns även indirekta kostnader såsom tidsbortfall från andra aktiviteter till följd av sjukdomen (Crow & Peterson, 2003).

Sammantaget visar detta på nödvändigheten av att hitta bra metoder för att upptäcka och behandla ätstörningar. Clinton och Norring (2002) menar att det fortfarande finns lite kunskap inom området. Det finns exempelvis begränsat kunnande om vad som orsakar positiva men även negativa förändringar vid en befintlig ätstörning (Clinton & Norring, 2002). Förutom att effektiva behandlingsmetoder behöver utarbetas finns alltså ett behov av att få mer kännedom om kritiska mekanismer som är verksamma och som påverkar ätstörningen.

## **1.2 Ätstörningar**

Diagnossystemet DSM-IV delar upp ätstörningarna i två huvudkategorier: anorexia nervosa samt bulimia nervosa. Utöver dessa finns även restkategorin ätstörning utan närmare specifikation (UNS; American Psychiatric Association, 2002).

### **1.2.1 Anorexia nervosa**

Både anorexia nervosa samt bulimia nervosa uppstår nästan enbart hos kvinnor (Wilson & Pike, 2001). Kännetecknande för anorexia nervosa är att vikten inte bibehålls på en normal nivå samt att det finns en stark rädsla för att gå upp i vikt fastän personen är kraftigt underviktig (Wilson, 2003). Personer med anorexia nervosa har en störd kroppsuppfattning (Ghaderi, 2006) samt övervärderar ätandet, kroppsformen och vikten (Fairburn, Cooper & Shafran et al., 2003). Ytterligare kännetecknen är menstruationsbortfall (Ghaderi, 2006). Av samtliga psykiska störningar har anorexia nervosa högst dödlighet (Touyz, 2003) och det finns en stor risk att patienten utvecklar ett kroniskt tillstånd (Favaro, 2003). Det är också vanligt att sjukdom förnekas vilket leder till att individen inte söker vård (Garfinkel, 2003). Det är inte ovanligt att anorexia övergår i bulimia nervosa och ungefär en fjärdedel av alla bulimiker har haft anorexia nervosa tidigare (Fairburn et al., 2003).

### **1.2.2 Bulimia nervosa**

Vid bulimia nervosa förekommer återkommande hetsätningsepisoder samt ett eller flera beteenden för att kompensera detta (Ghaderi, 2006). Under hetsätningsepisoder konsumeras en stor mängd mat under en kort tid och personen upplever sig ha tappat kontrollen över sitt ätande (Beumont, 2002). De flesta kliniska kännetecknen vid bulimia nervosa kommer ifrån en övervärdering av ätande, form och vikt enligt Fairburn et al. (2003). Det innebär att kompensatoriska beteenden för att inte gå upp i vikt är ett resultat av detta. Däremot verkar hetsätning inte vara en direkt produkt av den här fokuseringen kring form och vikt (Fairburn et al., 2003). Hetsätningen kan istället förstås utifrån att patienten sätter upp strikta och orealistiska regler för sitt ätande (Wilson, 2002). Genom att reglerna i praktiken är omöjliga att följa kommer de att brytas (Fairburn et al., 2003). Även små felsteg tros leda till ett allt-eller-inget-tänkande som leder till att personen tillfälligtvis överger sina regler och hetsäter (Wilson, 2002). En ond spiral har nu skapats genom att episoderna av hetsätning skapar en oro för den egna förmågan att kontrollera ätandet, kroppsformen och vikten. Det i sin tur leder till ännu striktare regler för ätandet som i sin tur ökar risken för ytterligare episoder av hetsätning (Fairburn et al., 2003). Många bulimiker håller sin sjukdom dold, vilket innebär att de inte har möjlighet att få adekvat behandling (Garfinkel, 2002, 2003).

### 1.2.3 Ätstörning UNS

Ätstörning UNS, även kallad atypisk ätstörning, innebär att patienten inte uppfyller kriterierna för anorexia nervosa eller bulimia nervosa men att symptomen ändå är kliniskt relevanta (Fairburn et al., 2003). Hos majoriteten av patienterna med atypisk ätstörning finns rigida och extrema restriktioner när det gäller kosten och det förekommer även kompensatoriska beteenden (Ghaderi, 2006). Av de patienter som behandlas för ätstörning tillhör mer än en tredjedel av patienterna gruppen ätstörning UNS (Fairburn, 1997) och de är i behov av professionell hjälp i nästan lika stor utsträckning som bulimiker och anorektiker (Ghaderi, 2006).

Under senare tid har intresset väckts för hetsättningsstörning som är en av undergrupperna inom ätstörning UNS (Ghaderi, 2006). Hos patienter med hetsättningsstörning finns en övervärdering av ätande, kroppsform och vikt i likhet med patienter som har anorexia nervosa och bulimia nervosa (Fairburn et al., 2003). Hetsättningsstörning har många likheter med bulimia nervosa men skiljer sig genom att patienterna inte har kompensatoriska beteenden. De har inte heller lika strikta regler för sitt ätande som bulimiker. Det är därför inte förvånande att det inom den här patientgruppen ofta förekommer kraftig övervikt (Wilson, 2003). Bland patienter med hetsättningsstörning är könsfördelningen något mindre ojämn än hos patienter med andra ätstörningar (Ghaderi, 2006).

Sett ur ett långtidsperspektiv är det vanligt att anorexia nervosa övergår i ätstörning UNS. Bulimia nervosa kan också börja som ätstörning UNS eller så har patienten till en början bulimia nervosa som sedan övergår i en kronisk ätstörning UNS (Fairburn et al., 2003).

### 1.3 Transdiagnostisk teori

Även om ätstörningarna kan delas upp i olika diagnoser finns det gemensamma drag hos samtliga grupper. Fairburn et al. (2003) har utvecklat en *transdiagnostisk* teori för ätstörningar. Enligt teorin vidmakthålls ätstörningen av ett dysfunktionellt sätt att värdera sig själv, något som även har betydelse för utvecklandet av ätstörningen. De flesta människor värderar sig själva utifrån en mängd olika områden, såsom relationer till vänner, förmågor på arbetet eller fritidsintressen. Personer med ätstörningar, däremot, baserar sin självkänsla främst utifrån sina matvanor, sin form och vikt samt den egna förmågan att kontrollera dessa (Fairburn et al., 2003). Detta gäller för samtliga ätstörningspatienter oavsett diagnos eller hur mycket patienten väger (Waller, Cordery, Corsorphine, Hinrichsen, Lawson, Mountford & Russel, 2007).

Ett annat antagande inom teorin är att det finns ytterligare fyra vidmakthållandefaktorer som kan vara verksamma vid en ätstörning. Dessa faktorer är låg självkänsla, interpersonella svårigheter, klinisk perfektionism samt emotionell känslighet. Faktorerna behöver inte vara verksamma samtidigt och de förekommer inte heller hos alla patienter, men när en eller flera av dem finns närvarande interagerar de med ätstörningen och förhindrar att en förändring sker. För att behandlingen ska vara verksam och fungera på lång sikt behöver åtgärder sättas in för att påverka dessa mekanismer (Fairburn et al., 2003).

De flesta patienter med ätstörningar är självkritiska, men en undergrupp ätstörningspatienter har alltså en mer genomgripande låg självkänsla som interagerar med ätstörningen. Inom transdiagnostisk teori anses den låga självkänslan vara en permanent del av den egna identiteten, vilket medför att det kan vara svårt att komma tillrätta med ätstörningen. Detta



bekräftas av forskning som visar att ätstörningspatienter med en låg självkänsla svarar väldigt dåligt på behandling. Författarna menar att om det är möjligt att förbättra den låga självkänslan så borde det leda till ett bättre behandlingsutfall (Fairburn et al., 2003).

Hur vi ser på oss själva har även betydelse för hur samspelet med andra människor kommer att se ut. Det är därför inte förvånande att det förekommer interpersonella svårigheter hos ätstörningspatienter. Fairburn et al. (2003) menar att interpersonella faktorer påverkar ätstörningen på ett flertal sätt. Interpersonella problem kan till exempel öka motståndet till att äta och fientliga interpersonella händelser påskyndar ofta episoder av hetsätning. Vidare kan långvariga interpersonella svårigheter påverka självkänslan på ett negativt sätt (Fairburn et al., 2003). Föreliggande studie avgränsades till att undersöka aspekter som har med låg självkänsla samt interpersonella svårigheter att göra och därför förklaras inte de två ytterligare vidmakthållande faktorerna utförligare.

Enligt Fairburn et al. (2003) har de interpersonella faktorernas betydelse främst uppmärksamats genom den interpersonella psykoterapi (IPT). Forskning inom IPT, som baseras på interpersonell teori, har bidragit med viktig kunskap vad gäller ätstörningspatienters svårigheter i samspelet med andra (Fairburn et al., 2003).

## **1.4 Interpersonell teori**

Det har blivit allt vanligare att studera de interpersonella faktorernas betydelse för utvecklingen av ätstörningar. Utgångspunkten i den interpersonella teorin är att självbild och interpersonellt beteende formas genom en ömsesidig påverkan i interaktionen mellan människor. I en interaktion betraktas en individs beteende både som en orsak till någon annans beteende och som en reaktion på den andres beteende (Nevell & Sohlberg, 1999). Det är inte bara det yttre beteendet som påverkar samspelet mellan människor, utan även individernas respektive föreställningar och tolkningar av sitt eget och den andres beteende har betydelse för hur interaktionen upplevs och utvecklas (Armeliuss, 2000).

Enligt den interpersonella synsättet leder barnets erfarenhet av interaktioner med signifikanta andra till förväntningar både på andras bemötanden och på egna tendenser till gensvar i relationer (Evans, 1996). Dessa antaganden och föreställningar om sig själv och andra utgör grunden för barnets personlighet. Genom minnen och erfarenheter av förutsedda interpersonella händelser lär sig barnet att särskilja mellan interaktioner som kan leda till välbehag och interaktioner som kan vara ångestväckande. Utifrån dessa erfarenheter utvecklar barnet sitt karakteristiska interpersonella samspelsmönster, som riktas mot att tillfredsställa behov och att undvika oro. Med tiden lär sig barnet mer komplexa interaktionsmönster och i samband med det nyanseras de inre bilderna av sig själv och andra. Även om det tidiga interpersonella sammanhanget har stor betydelse kan ett ändrat och inflytelserikt samspel förändra personlighetsutvecklingen (Evans, 1996).

### **1.4.1 Komplementaritet**

En viktig princip inom interpersonell teori är komplementaritet. Med komplementaritet menas att ett visst beteende med större sannolikhet ger upphov till motsvarande beteenden hos andra (Gurtman, 2001). Vad som händer under en interaktion är alltså inte slumpmässigt utan vissa beteenden tenderar att leda till vissa gensvar och tvärtom (Armeliuss, 2000). Exempelvis tenderar dominant handlingar att ge upphov till underordnade reaktioner hos

andra, medan underordnade handlingar med större sannolikhet ger dominanta reaktioner. Enligt Armelius (2000) gör det att vi får förväntningar på vad som kommer att hända, vilket underlättar samspelet med andra och ger mer stabila relationer. Komplementära relationer behöver inte vara detsamma som bra relationer, utan det har med förutsägbarheten i relationer att göra (Armelius, 2000). Denna princip försäkrar inte att alla utbyten kommer att vara komplementära, men den förutsätter att en relation måste vara relativt komplementär för att den ska kunna bestå under en längre tid (Henry, 1994). Ett ihållande komplementärt samspelemönster tenderar att med tiden leda till en viss benägenhet att relatera till andra (Gurtman, 2001). Utifrån en individs sätt att interagera med andra kan man alltså förstå hur den interpersonella inlärningen har sett ut (Nevell & Sohlberg, 1999).

#### **1.4.2 Självbild**

Vid studier av ätstörning utgör självet ett betydelsefullt begrepp. Begreppet innehåller flera olika komponenter. Vanligast är att studera självkänsla (Björck et al., 2003), som handlar om hur en individ värderar sig själv (Claesson, Birgegård & Sohlberg, 2008). Den interpersonella teorins definition av självet är bredare. Den omfattar flera olika komponenter. Förutom självkänsla omfattar den självförtroende (som utgör en individs uppfattning om den egna kompetensen och förmågan att hantera olika situationer) samt komponenter som har att göra med strategier för att reglera affekter (Claesson et al., 2008). Självbild handlar alltså inte bara om hur man värderar eller beskriver sig själv utan även om hur man hanterar sig själv.

Enligt interpersonell teori formas självbilden genom principen om komplementaritet. Vårdnadshavarnas ageranden skapar vissa reaktioner hos barnet och dessa reaktionsmönster internaliseras i form av förväntningar på andras beteenden och på egna reaktioner i relationen till andra. Det formar barnets känsla av sig själv som person och påverkar hur barnet hanterar sig själv (Armelius, 2000). En viktig utgångspunkt inom interpersonell teori är att individen strävar efter att få sin självbild bekräftad, oavsett om den är positiv eller negativ (Nevell & Sohlberg, 1999). När självbilden bekräftas minskas osäkerheten inför det obegripliga och oförutsägbara i samspelet med andra (Björck et al., 2003; Evans, 1997). Därför interagerar individen på ett sätt som tenderar att ge reaktioner som stödjer självbilden. Individen kan även misstolka eller förvränga andras reaktioner så att de bättre samstämmer med den egna självbilden, något som inte är ovanligt hos personer med en negativ självbild (Nevell & Sohlberg, 1999). Vid behandling av patienter med ätstörning finns det därför risk för att patienterna missuppfattar sina terapeuters handlingar på sätt som förstärker deras negativa självuppfattning och missgynnar den terapeutiska processen (Björck et al., 2003).

Självbilden utgör en automatisk och ofta omedveten representation av oss själva. Även om den kan utvecklas och förändras genom hela livet är den i praktiken relativt stabil. I strävan efter att bekräfta självbilden agerar vi på ett sätt som tenderar att skapa komplementära reaktioner hos andra och som i sig gör självbilden självuppfyllande (Henry, 1994). Det är därför viktigt att vid behandling av ätstörningspatienter med en negativ självbild undvika risken att falla i fällan och agera i överensstämmelse med deras självbild. Med kunskap om hur ätstörningspatienters självbild ser ut kan man konfrontera destruktiva former av interpersonella beteenden och på så sätt initiera en förändring av självbilden (Björck et al., 2003). Eftersom en förbättrad självbild sannolikt är en viktig del av ett lyckat utfall avser den här studien att undersöka hur specifika aspekter av självbilden, mätt med det flerdimensionella

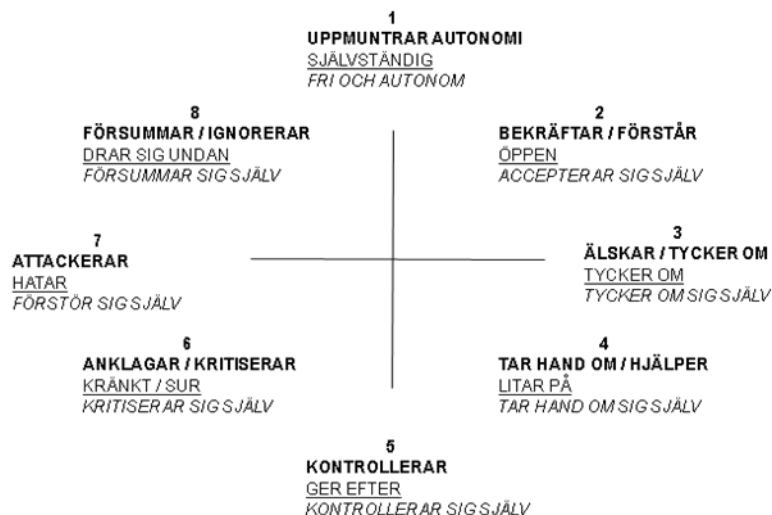
måttet Structural Analysis of Social Behaviour (SASB; Nevell & Sohlberg, 1999), förändras efter genomförd behandling. Studien avser även att undersöka om komplementaritet har betydelse för relationen mellan den initiala självbilden och självbilden efter behandling.

## 1.5 SASB-modellen

Självbild och interpersonella beteenden kan studeras genom Benjamins cirkumplexmodell SASB (Nevell & Sohlberg, 1999). Modellen är uppbyggd kring två axlar som representerar de grundläggande interpersonella dimensionerna anknytning och beroende/oberoende. Anknytningsdimensionen sträcker sig från vänlighet till fientlighet och beroende/oberoende-dimensionen sträcker sig från kontroll till autonomi (Benjamin, 2003). De interpersonella beteendena är placerade i en cirkel runt de båda dimensionerna, vilket möjliggör att beteenden kan beskrivas utifrån grad av anknytning respektive grad av beroende/oberoende (se Figur 1).

Den vanligaste versionen av SASB är *klustermodellen*, som består av åtta kluster av beteenden för varje yta i modellen (se Figur 1). SASB-modellen har tre ytor där varje yta har ett visst perspektiv eller fokus på den interpersonella interaktionen (Nevell & Sohlberg, 1999). De två första ytorna beskriver interpersonella interaktioner, där den första ytan handlar om hur en individ agerar mot någon annan och den andra ytan hur en individ reagerar på någon annans beteende. Den som agerar fokuserar på den andre, medan den som reagerar anpassar sitt beteende och fokuserar därför på sig själv (Benjamin, 2003). Den tredje ytan har att göra med självbilden som representerar handlingar och attityder som har internaliserats från de övriga ytorna (Lorr & Strack, 1999). Komplementaritet kan studeras genom att yta ett och två används. Enligt SASB-modellen innebär komplementaritet att de interpersonella beteendena mellan två individer överensstämmer när det gäller grad av anknytning och beroende/oberoende samt att båda fokuserar på en av individerna i dyaden (Benjamin, 2003; Benjamin, Rothweiler & Critchfield, 2006). Ett exempel på detta skulle kunna vara att en person agerar genom att kontrollera och övervaka en annan individ (yta 1, kluster 5), som i sig reagerar i samma kluster med att ge efter och underkasta sig (yta 2, kluster 5; se Figur 1).

Normala interpersonella interaktioner och en normal självbild kännetecknas huvudsakligen av höga nivåer av positiva beteenden (kluster 2, 3 och 4), och låga nivåer av negativa beteenden (kluster 6, 7 och 8) samt av måttliga nivåer av kluster 1 och 5 (Benjamin, 2003). Även om det anses som positivt att främst interagera på den vänliga sidan av anknytningsdimensionen är det viktigt att ha förmåga att anpassa sitt beteende efter situationen. Ett strikt vidmakthållande av beteenden på den vänliga sidan av cirkumplexmodellen i alla situationer betraktas som oflexibelt och därför som psykopatologiskt (Henry, 1994).



Figur 1. Klusterversionen av SASB-modellen. Fet stil innebär fokus agerar (yta 1), understruket innebär fokus reagerar (yta 2), kursiv stil har fokus självbild (yta 3; Ur Armelius, 2000, sid. 5; Benjamin et al., 2006, sid. 86)

## 1.6 Forskning kring ätstörningar och självbegreppet

### 1.6.1 Ätstörningspatienters självkänsla

Det finns begränsad forskning kring ätstörningspatienters självbild. De studier som handlar om självet fokuserar främst på ätstörningspatienters självkänsla. Enligt Harter (1986) handlar självkänsla om hur positiva eller negativa vi är till våra uppfattningar om vår egen förmåga och vårt eget värde. Det handlar om hur mycket vi tycker om, accepterar och respekterar oss själva som personer (Harter, 1986). En låg självkänsla är en av de faktorer som anses vara förenad med en ökad risk för att utveckla en ätstörning (Button & Warren, 2002; Cervera, Lahortiga, Martínez-González, Gual, Irala'Estévez & Alonso, 2003; Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer & Agras, 2004) och forskning visar att det finns ett tydligt samband mellan en låg självkänsla och förekomst av ätstörning (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairbrun, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; Raffi, Rondini, Grandi & Fava, 2000; Goodrick, Pendleton, Kimball, Poston, Reeves & Foreyt, 1999; Gual, Pérez-Gaspar, Martínez-González, Lahortiga, Irala-Estévez & Cervera-Enguix, 2002; Lester & Petrie, 1998). Vissa studier indikerar att det är möjligt att förändra den låga självkänslan i en ätstörningsbehandling (Goodrick et al., 1999; Halvorsen & Heyerdahl, 2006; Troop, Schmidt, Turnbull & Treasure, 2000), medan andra studier visar att en låg självkänsla består även när kriterierna för en ätstörning inte längre är uppfyllda (Button & Warren, 2002; Daley, Jimerson, Heatherton, Metzger & Wolfe, 2008). I en studie, där bulimiska patienter genomgick en gruppbehandling, försökte man påverka den negativa självkänslan genom att några sessioner enbart ägnades åt att höja självkänslan. Utgången av detta blev att förbättringar skedde både vad gäller ätstörningssymptom och självkänsla (Shiina, Nakazato, Mitsumori, Koizumi, Shimizu, Fujisaki & Iyo, 2005). Liknande resultat visades i en studie av News, Bell och Thomas (2003) där en gruppintervention helt inriktades mot att förbättra ätstörningspatienters självkänsla. Resultatet visade att patienterna både förbättrade sin självkänsla och sina attityder kring ätande (News et al., 2003). Flera studier har även visat att en viktrelaterad självkänsla är en riskfaktor för att återinsjukna i en ätstörning

(Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock & Woodside, 2004; Keel, Dorer, Franko, Jackson & Herzog, 2005; McFarlane, Olmsted & Trottier, 2008).

Sammantaget visar studier kring ätstörningspatienters självkänsla att en låg självkänsla både är en riskfaktor för att utveckla en ätstörning och för att återinsjukna. Fairburn et al. (2003) har även visat att en låg självkänsla kan vidmakthålla en ätstörning och försvåra en behandling. Detta visar att ätstörningspatienters självkänsla utgör en kritisk faktor och att det finns ett behov av att kunna påverka patienternas syn på sig själva.

### **1.6.2 Ätstörningspatienters självbild enligt SASB**

Till skillnad från självkänsla, som handlar om hur en person värderar sig själv är självbild enligt SASB ett mer mångfacetterat begrepp. Det handlar både om hur en individ värderar, beskriver och hanterar sig själv. Studier som utgått från självbild enligt SASB har visat att ätstörningspatienter överlag har en negativ självbild (Björck et al., 2003; Friedman, Wifley & Kunce, 1997; Sheppy, Friesen & Hakstian, 1988). I en studie av Björck et al. (2003) framkom att ätstörningspatienter i högre grad kritiserade (kluster 6) och förstörde sig själva (kluster 7) samt att de i lägre grad accepterade sig själva (kluster 2) i jämförelse med en normalgrupp. Samma författare visade i en senare studie att en initial negativ självbild kan öka risken för ett negativt utfall hos ätstörningspatienter oavsett kliniska symptom (Björck et al., 2007).

Förutom att beskriva självbilden hos hela ätstörningsgruppen har forskning som utgått från SASB självbild även fokuserat på skillnader mellan de olika ätstörningsdiagnoserna. Empiri har visat att patienter med anorexia nervosa kontrollerar sig själva i högre grad (kluster 5) än övriga ätstörningsgrupper (Björck et al., 2003) och att de även har högre självkontroll än vad patienter med olika psykiatriska störningar har (Horesh, Zalsman & Apter, 2000). Betydelsen av självkontroll för patienter med anorexia nervosa framkom i ytterligare en studie som visade att variabler som är relaterade till självkontroll predicerade ett negativt utfall hos dessa patienter (Birgegård et al., in press). Sheppy et al. (1988) har även visat att anorektiska patienter upplevde sina mödrar som mindre kärleksfulla och mer kontrollerande i jämförelse med en kontrollgrupp. Vidare upplevde patienterna sig själva som mindre kärleksfulla gentemot båda föräldrarna än vad kontrollgruppen gjorde (Sheppy et al., 1988).

Hos patienter med bulimia nervosa verkar kluster som har med självkärlek och självhat ha betydelse. I en studie av Friedman et al. (1997) framkom att bulimiska patienter uppvisade en högre självriktad fientlighet i jämförelse med en kontrollgrupp. De var även mer självfientliga i jämförelse med patienter som hade en hetsättningsstörning (Friedman et al., 1997). Det är i linje med en studie av Björck et al. (2003) som visade att patienter med bulimia nervosa kritiserade (kluster 6) och förstörde sig själva (kluster 7) i högre grad än vad både en normalgrupp och patienter med hetsättningsstörning gjorde. Dessa kluster har med självhat att göra. I studien av Björck et al. (2003) framkom även att patienter med bulimia nervosa accepterade sig själva (kluster 2) i lägre grad än jämförelsegrupperna. Forskning har också visat att grad av självkärlek och självhat till viss mån predicerar utfallet hos patienter med bulimia nervosa (Birgegård et al., in press).

Forskningen som utgått från SASB har bidragit med viktig kunskap om ätstörningspatienters självbild. Den har både visat på likheter och skillnader mellan ätstörningsdiagnoser samt varit betydelsefull för att predicera utfall. Det behövs ytterligare kunskap om självbilden

hos ätstörningspatienter. Den här studien har för avsikt att studera hur olika aspekter av självbilden förändras efter behandling hos en heterogen ätstörningsgrupp.

### **1.7 Komplementaritet och behandlingsutfall**

De flesta är överens om att den terapeutiska relationen har stor betydelse vid psykoterapi. Tidigare forskning har använt komplementaritet som ett sätt att undersöka den terapeutiska relationens betydelse för behandlingsutfallet. Flera studier, som utgått från SASB-modellen, skiljer på positiv respektive negativ komplementaritet. Positiv komplementaritet innebär att de interpersonella interaktionerna utspelar sig i den högra delen av cirkumplexmodellen (komplementära positiva beteenden, till exempel bekräftelse-öppenhet), medan de vid negativ komplementaritet befinner sig på den vänstra sidan (komplementära negativa beteenden, till exempel anklagelse-kränkhet; Henry, Schacht & Strupp, 1986, 1990; Svartberg, 1992). Henry et al. (1986) visade att hög positiv komplementaritet och låg negativ komplementaritet var förknippat med ett bättre behandlingsutfall, vilket är i linje med Svartbergs (1992) studie där det framkom att positiv komplementaritet snabbare ledde till ett gynnsamt behandlingsresultat. Vidare kom Henry et al. (1986) fram till att när komplementariteten i den terapeutiska relationen kännetecknades av fientlig kontroll förändrades patienterna i låg grad, något som författarna även kunde påvisa i en senare studie (Henry et al., 1990).

Komplementaritet kan vara en viktig faktor för ätstörningspatienters självbild. Eftersom ätstörningspatienter har en negativ självbild finns det en risk för att terapeuten kommer att agera komplementärt på den negativa sidan och bekräfta självbilden (Björck et al., 2007). Enligt Benjamin (2003) är det inte ovanligt att patienter med psykiatriska diagnoser interagerar på ett fientligt sätt och att terapeuten, utan att vara medveten om det, svarar på ett motsvarande vis. I studien av Henry et al. (1986) framkom att samma terapeut hade väldigt olika interpersonella beteenden gentemot olika patienter även om patienterna hade en likartad problematik och samma tekniker användes. Till och med välutbildade professionella terapeuter kan alltså vara sårbara för att falla in i destruktiva interpersonella processer (Henry et al., 1990).

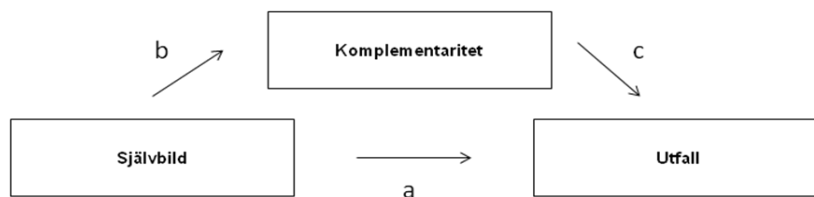
Få studier har undersökt komplementaritetens betydelse för självbilden. I en studie av Quintana och Meara (1990) framkom att självbilden kan förändras genom komplementariteten i den terapeutiska relationen. De terapier som ledde till en positiv självbildsförändring kännetecknades huvudsakligen av en positiv komplementaritet mellan terapeuten och klienten. Slutsatsen av studien var att självbilden förändrades genom att patienten internaliserade den terapeutiska relationen (Quintana & Meara, 1990). Det tyder på att självbilden kan påverkas under terapin genom komplementaritet.

### **1.8 Komplementaritet som en medierande faktor**

Som påpekats ovan menar Björck et al. (2007) att det finns en ökad risk för ett negativt utfall om ätstörningspatienter har en negativ självbild vid behandlingens start. En möjlig medierande faktor för den effekten skulle, enligt författarna, kunna vara komplementaritet (Björck et al., 2007). En medierande faktor avser den mekanism genom vilken en variabel inverkar på en annan. Det betyder att patientens initiala självbild skulle kunna påverka samspelet med terapeuten och att samspelet i sin tur skulle kunna påverka utfallet.

Den här studien avser att undersöka relationen mellan dessa faktorer för ätstörningspatienter, och den teoretiska modellen visas i Figur 2. Relationen mellan initial självbild och utfall (Pil a) har tidigare undersökts för ätstörningspatienter (Birgegård et al., in press; Björck et al., 2007). I dessa studier var utfallsmåttet olika psykiatriska variabler, medan föreliggande studie använder självbild vid avslutad behandling som utfallsmått. Preliminära analyser av data från ett pilotsampel antyder att det sannolikt finns stöd för Pil a när självbild används som utfallsmått (personligt meddelande från A. Birgegård, 2008-11-05). Relationen mellan initial självbild och komplementaritet (Pil b) har beskrivits teoretiskt utifrån interpersonell teori, men detta samband har inte studerats empiriskt. Däremot har studier som utgår från self-verification theory visat att personer med ätstörningar försöker få sin negativa självbild bekräftad av omgivningen (Evans & Stukas, 2007; Joiner, 1999). Sambandet mellan komplementaritet och utfall (Pil c) finns det stöd för hos patienter med olika typer av psykiska störningar (Henry et al., 1986, 1990; Svartberg & Stiles, 1992).

Det finns alltså stöd för att självbilden hos ätstörningspatienter predicerar utfallet, men ingen tidigare studie har visat att självbilden påverkar utfallet genom att påverka komplementariteten i den terapeutiska relationen.



Figur 2. Teoretisk modell där komplementaritet medierar relationen mellan självbild och utfall. Självbilden påverkar utfallet (Pil a). Självbilden påverkar även komplementariteten (Pil b) som i sin tur påverkar utfallet (Pil c)

## 1.9 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här studien var dels att studera om ätstörningspatienternas självbild förändrades efter genomförd behandling och dels att undersöka om självbildens betydelse för utfallet hos patienterna gick via principen om komplementaritet. Komplementaritet studerades genom patienternas uppfattningar om den terapeutiska relationen, det vill säga både hur de ansåg att terapeuterna agerade mot dem och hur de själva reagerade mot terapeuterna. Utfallet undersöktes genom patienternas skattningar av sin självbild efter avslutad behandling. Självbild användes som utfallsmått för att se om komplementaritet hade betydelse för självbilden efter genomförd behandling.

Studiens frågeställningar var:

1. Hur har ätstörningspatienternas självbild förändrats efter avslutad behandling jämfört med vid behandlingsstart?
2. Har komplementaritet en medierande roll för den initiala självbildens påverkan på utfallet i form av självbild vid avslutad behandling?

Den andra frågeställningen studerades utifrån tre olika medieringsmodeller. Samtliga modeller konstruerades utifrån forskning enligt SASB. De två första modellerna utgick från

Björck et al. (2007) som har visat att en negativ självbild predicerar ett negativt utfall. En negativ självbild innebär att individen tycker om sig själv i låg grad och hatar sig själv i hög grad. I den här studien utgick de två första medieringsmodellerna från anknytningsdimensionen, som här innebar just patienternas upplevda självkärlek och självhat. Både den initiala självbilden samt självbilden efter genomförd behandling studerades genom anknytningsdimensionen. Det är relevant att studera anknytningsdimensionen eftersom forskning visar att ätstörningspatienter har en självbild som kännetecknas av mycket självhat (Björck et al., 2003). Begreppet självkänsla motsvaras till stora delar av anknytningsdimensionen i SASB-modellen och därför kan självkänsla vara av betydelse i detta sammanhang. Fairburn et al. (2003) menar att en låg självkänsla kan interagera med ätstörningen och på så sätt förhindra att en förbättring sker. Om detta omvandlas till SASB-termer innebär det att en hög grad av självhat och en låg grad av självkärlek kan samverka med ätstörningen så att den vidmakthålls. Ett minskat självhat och en ökad självkärlek hos ätstörningspatienter bör därigenom öka möjligheten till ett förbättrat mående, både när det gäller ätstörningen och hur patienten känner sig.

Den medierande variabeln i den första modellen var positiv komplementaritet och i den andra modellen negativ komplementaritet. Positiv komplementaritet handlar om i vilken grad terapeutens och patientens interpersonella beteenden överensstämmer på den vänliga (högra) sidan av cirkumplexmodellen. På motsvarande vis handlar negativ komplementaritet om i vilken grad terapeutens och patientens interpersonella beteenden samstämmer på den fientliga (vänstra) sidan av cirkumplexmodellen. Den här uppdelningen av positiv respektive negativ komplementaritet är sedan tidigare etablerad (Henry, Schacht & Strupp, 1986, 1990; Svartberg & Stiles, 1992). Sammanfattningsvis avsåg de två första medieringsmodellerna att undersöka om komplementaritet var en medierande variabel mellan initial grad av självkärlek/självhat och utfall.

Den tredje modellen baserades på en studie av Birgegård et al. (in press), där författarna kom fram till att speciellt självkontroll predicerade ett negativt utfall hos patienter med anorexia nervosa. Självkontroll kan vara av betydelse för den här studien eftersom anorexia nervosa utgör den största ätstörningskategorin bland deltagarna (se Deltagare). Även om den här studien undersöker hela ätstörningsgruppen oberoende av diagnos skulle den initiala självkontrollen kunna ha betydelse för utfallet. Det är möjligt att relationen mellan initial självkontroll och utfall medieras av komplementaritet. En hög initial självkontroll skulle kunna leda till interpersonella beteenden i den terapeutiska relationen som främst kännetecknas av kontroll. Av den anledningen studerades den initiala självbilden samt komplementaritet utifrån kluster 5 i den tredje medieringsmodellen. Utfallet studerades genom anknytningsdimensionen eftersom grad av självkärlek och självhat kan användas som ett mått på hur friska patienterna är efter genomförd behandling.

## **2. Metod**

### **2.1. Deltagare och behandling**

Deltagarna i studien var femtio personer som behandlats på en psykiatrisk enhet i Stockholm specialiserad på ätstörningar. Behandlingsenheten vänder sig till individer från 16 år



eller uppåt som antingen själva sökt sig till enheten eller blivit remitterade. Behandlingen var en strukturerad så kallad dagvårdsbehandling, vilket innebar att patienterna kom till enheten under dagtid (9-15) under behandlingsveckorna. Behandlingen utgick från en tvåstegsmodell som började med en veckas intensivvårdsbehandling på avdelningen. De två efterföljande veckorna var patienten hemma och tränade på egen hand för att sedan återigen behandlas på avdelningen under en vecka. Detta upprepades sex gånger, och behandlingen pågick i sammanlagt 22 veckor. Under de veckor patienterna behandlades på avdelningen deltog de i individualterapi samt gruppterapi i olika former. De patienter som medverkade i studien var i åldrarna 16 till 36 år ( $M = 24$ ,  $SD = 5$ ). Två av dem var män och resten var kvinnor. 43 % av deltagarna uppfyllde kriterierna för anorexia nervosa vid behandlingens start, 17 % hade bulimia nervosa och 40 % hade diagnosen ätstörning UNS. Uppgift om diagnos fanns för enbart 35 patienter.

Den här studien baserades på den datainsamling som gjordes i anslutning till behandlingen. Inklusionskriterierna för studien var att patienterna behandlats vid enheten samt lämnat informerat samtycke till att data får användas för forskningsändamål. Deltagare med ofullständiga för- eller eftermätningar exkluderades från studien, vilket sammanlagt var 24 personer. Totalt kvarstod femtio deltagare i studien.

## 2.2. Instrument

Interpersonella beteenden och självbild kan mätas genom självskattningsformulären "SASB Intrex". Formulären innehåller påståenden som skattas på en skala från 0 (stämmer inte alls) till 100 (stämmer helt). I studien användes "SASB Relation" och "SASB Introjekt". "SASB Relation" användes för att beräkna komplementaritet, vilket innebär att formuläret mäter yta ett och två i SASB-modellen. Självskattningsformuläret består av påståenden som mäter "terapeuten agerar", "terapeuten reagerar", "patienten agerar" samt "patienten reagerar", där varje perspektiv har lika många påståenden. Studien utgick ifrån den korta versionen, med sammanlagt 32 påståenden (ett påstående per yta och kluster). Av dessa användes hälften eftersom komplementaritet undersöktes utifrån perspektivet "terapeuten agerar" och "patienten reagerar". Eftersom komplementaritet mättes med ett självskattningsformulär innebär komplementaritet i den här studien patienternas uppfattningar om den terapeutiska relationen. Patienterna fick alltså både skatta hur de upplevde terapeuternas bemötande samt deras egna reaktioner gentemot terapeuterna.

"SASB Introjekt" mäter självbilden och utgör yta tre i SASB-modellen. Här användes den fullständiga versionen, som består av 36 påståenden med fyra till fem påståenden per kluster (Benjamin et al., 2006). Den svenska versionen av "SASB Introjekt" har goda psykometriska egenskaper. Den genomsnittliga reliabiliteten för den fullständiga versionen är .87. Innehållsvaliditeten har undersökts genom faktoranalys som visar att de båda dimensionerna i SASB-modellen avspeglas väl. Två kluster avviker något (kluster 2 och 6), men övriga kluster överensstämmer väl med SASB-modellen (Armeliuss, 2001).

Testreliabiliteten för "SASB Introjekt" undersöktes genom Cronbachs alfa (se Tabell 1). Enligt Clark-Carter (2004) bör alfa-värdet för testreliabilitet helst ligga över .70. Samtliga kluster uppvisade en acceptabel testreliabilitet förutom kluster 1, 4 och 8 i förmätningen samt 1, 5 och 8 i eftermätningen.

Tabell 1  
Cronbachs alfa ( $\alpha$ ) för respektive kluster inom "SASB Introjekt"

Kluster	Förmätning $\alpha$ -värde	Eftermätning $\alpha$ -värde	N (antal frågor)
K1	.55	.56	5
K2	.84	.94	4
K3	.81	.90	5
K4	.56	.73	4
K5	.70	.56	5
K6	.71	.88	4
K7	.80	.89	5
K8	.62	.67	4

Testreliabiliteten undersöktes endast för "SASB Introjekt", det vill säga för mätningen av självbild. Det var inte möjligt att beräkna den interna reliabiliteten för den enkla versionen av "SASB-relation", eftersom formuläret endast innehåller ett påstående per kluster.

### 2.3 Procedur

Studien baserades på självskattningsformulär som administrerades i anslutning till behandlingen. Datainsamlingen utfördes av behandlingspersonal vid ätstörningsenheten. Patienterna fyllde i "SASB Introjekt" vid behandlingsstart samt behandlingsavslut och "SASB Relation" vid behandlingsavslut.

### 2.4 Design och statistisk analys

För den första frågeställningen gjordes en inomgruppsjämförelse, där tidpunkt (före behandling kontra efter behandling) utgjorde den oberoende variabeln och självbild den beroende variabeln. Den andra frågeställningen var en sambandsstudie med initial självbild som prediktorvariabel och självbild efter behandling som utfallsvariabel. Här antogs komplementaritet vara en medierande variabel som både påverkas av den initiala självbilden och som påverkar hur självbilden ser ut efter behandling.

#### 2.4.1 Frågeställning 1

Den första frågeställningen handlade om hur ätstörningspatienternas självbild efter behandling såg ut i jämförelse med vid behandlingsstart. Frågeställningen undersöktes genom att patienternas initiala självbild jämfördes med självbilden vid avslutad behandling och den besvarades med beroende *t*-test och Cohens *d*.

#### 2.4.2 Frågeställning 2

Den andra frågeställningen behandlade komplementaritet som en medierande variabel. Frågeställningen besvarades i två steg. Det första steget innebar att ta reda på om det fanns signifikanta samband mellan de olika variablerna i modellen, vilket krävs för att kunna påstå att det finns en medierande relation. Det innebär att det måste finnas signifikanta samband mellan initial självbild och självbild vid avslutad behandling, mellan initial självbild och komplementaritet samt mellan komplementaritet och självbild efter behandling (se Figur 2). I studien undersöktes sambanden mellan variablerna genom enkla korrelationer, där Pearsons korrelationskoefficient användes. Nästa steg handlade om att använda både initial självbild och

komplementaritet som prediktorer för utfallsvariabeln. Här användes multipel regressionsanalys. Om komplementaritet har en medierande effekt så kommer det tidigare sambandet mellan initial självbild och självbild vid avslutad behandling att försvagas avsevärt. Tolkningen blir då att den initiala självbildens påverkan på utfallet går via komplementaritet. Den här proceduren beskrivs utförligare av Wadsworth (2007). Ett exempel på ett resultat som stödjer medieringsmodellen är att alla enkla korrelationer är .40, men när initial självbild och komplementaritet används samtidigt som prediktorer minskas relationen mellan initial självbild och självbild vid avslutad behandling (Pil a i Figur 2) till .10. Om relationen mellan initial självbild och självbild vid behandlingsavslut förblir .40 i den sista beräkningen finns inget stöd för medieringsmodellen.

## 2.5 Databearbetning

### 2.5.1 Frågeställning 1

Den första frågeställningen studerades genom att beräkna klustervärden för initial självbild samt självbild efter genomförd behandling. Dessa klustervärden erhöles genom att summan av de ingående påståendena som tillhörde respektive kluster (*kluster 1-8*) delades med antal påståenden per kluster.

### 2.5.2 Frågeställning 2

I den andra frågeställningen undersöktes självbild genom grad av självkärlek samt kluster 5 (*kontrollerar sig själv*) i SASB-modellen. Grad av självkärlek räknades ut genom en sammanvägning av kluster 3 och 7 samt de intilliggande klustren (2, 4, 6 och 8). Höga poäng på självkärlek innebär att patienten har höga poäng på kluster 2, 3 och 4 (självkärlek) samt låga poäng på kluster 6, 7 och 8 (självhat). Enklare uttryckt betyder detta att självbild operationaliserades dels genom graden av olika sorts positiva känslor mot självet och frånvaro av negativa, och dels genom graden av självkontroll.

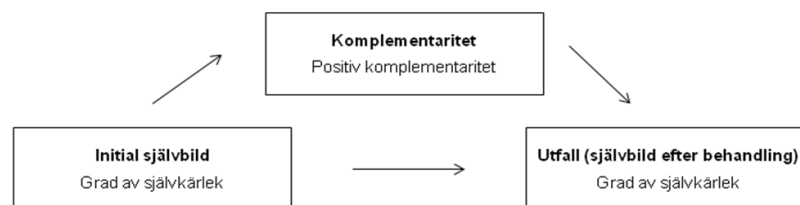
Komplementaritet studerades genom positiv och negativ komplementaritet samt genom komplementaritet i kluster 5 (*kontrollerar/ger efter*). Grad av positiv komplementaritet operationaliserades som medelvärdet av avvikelserna i absoluta tal mellan terapeut agerar och patient reagerar i kluster 2, 3 och 4. Negativ komplementaritet räknades ut på motsvarande vis för kluster 6, 7 och 8. Varje enskilt klustervärde erhöles genom att subtrahera värdet för terapeut agerar med värdet för patient reagerar. Därefter summerades de absoluta differenserna och dividerades med antalet ingående kluster, det vill säga tre. Anledningen till att absoluta tal användes istället för differenser är att positiva och negativa tal för de olika klustren annars kan ta ut varandra och ge missvisande resultat. Vid beräkning av differenser kan ett komplementaritetsvärde på noll tolkas som att det finns en total komplementaritet när det egentligen skulle kunna finnas stora skillnader i komplementaritet i de tre klustren.

Detta skulle kunna exemplifieras utifrån positiv komplementaritet. Låt säga att terapeuten får värdet "50" och patienten får värdet "70" på kluster 2. Det ger ett värde på "20" vid beräkning av absoluta tal. Vid beräkning av differenser blir värdet istället "- 20", eftersom patientens värde ställs i förhållande till terapeutens värde. För att sammanställa det sammanvägda värdet för positiv komplementaritet behövs det även göras beräkningar för kluster 3 och 4. Antag att dessa värden var "10" respektive "30" vid beräkning av absoluta tal och "-10" respektive "30" för beräkning av differenser. Nästa steg handlar om att summera

värdena för samtliga tre kluster och dividera summan med antalet ingående kluster. Vid beräkning av absoluta tal innebär det att summan "60" (20+10+30) divideras med "3", vilket ger värdet "20". När beräkningen istället baseras på differenser betyder det att summan blir "0" (-20-10+30) redan innan den har dividerats med "3". Den positiva komplementariteten utifrån absoluta tal (värdet "20") anger att det inte har varit en total överensstämmelse mellan terapeuten och patienten. Vid beräkning av differenser förefaller det som att terapeuten och patienten är helt samstämmiga (värdet "0") när det i själva verket beror på att positiva och negativa klustervärden har tagit ut varandra.

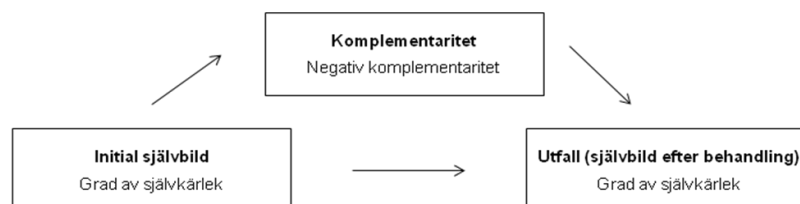
I en analys identifierades och borttogs så kallade bivariata outliers, det vill säga personer med udda kombinationer av variabelvärden. Här definierades "udda" som att prediktionsfelet (regressionsresidualen) var mer än 2.5 standardavvikelser när självbild före behandling användes för att predicera självbild efter. Värdet 2,5 är en kompromiss mellan olika rekommendationer i statistikprogrammet Statistica och manualen till samma program (StatSoft, 1994).

I studien utvärderades tre medieringsmodeller. De två första berörde initial självbild och självbild vid avslutad behandling genom grad av självkärlek. I den första modellen var den medierande variabeln positiv komplementaritet (se Figur 3a).



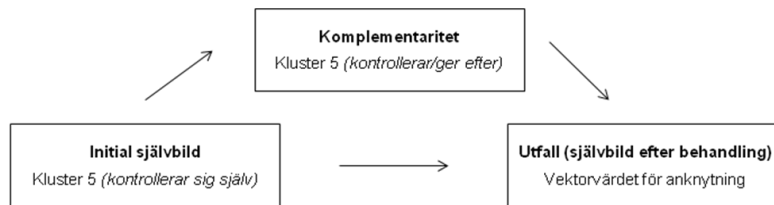
Figur 3a. Den första medieringsmodellen som undersöktes i studien

I den andra modellen var den medierande variabeln negativ komplementaritet (se Figur 3b). Det betyder att i den första modellen var det samstämmigheten mellan terapeut och patient vad gäller positiva beteenden som operationaliserade begreppet komplementaritet. I den andra modellen operationaliserades komplementaritet som överensstämmelsen mellan terapeut och patient när det gäller negativa beteenden.



Figur 3b. Den andra medieringsmodellen i studien

Den tredje modellen definierade initial självbild och komplementaritet genom kluster 5 och självbild efter behandling genom grad av självkärlek (se Figur 3c). Det innebär att komplementaritet, i den tredje modellen, operationaliserades som samstämmigheten mellan terapeut och patient när den ena parten kontrollerade och den andra parten underkastade sig.



Figur 3c. Den tredje medieringsmodellen som studerades

## 3. Resultat

### 3.1 Gruppkaraktäristiska

Av de femtio patienter som deltog i studien fanns uppgifter om diagnos för 35 personer samt skattning av global funktionsförmåga (GAF) för 36 personer. Vid behandlingens början uppfyllde samtliga 35 patienterna kriterierna för en ätstörning. Patienterna hade antingen anorexia nervosa, bulimia nervosa eller ätstörning UNS. Efter genomförd behandling var 60 % av dessa 35 patienter diagnosfria.

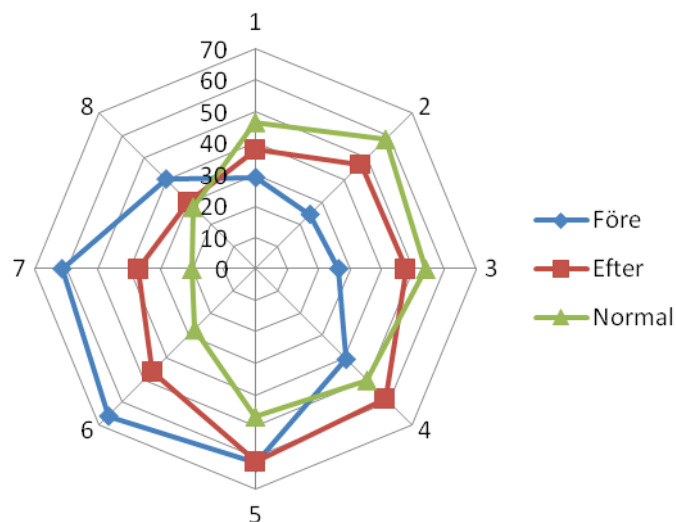
Medelvärdena för GAF-skattningarna före och efter avslutad behandling jämfördes med beroende t-test (*initialt*  $M = 42.58$ ,  $SD = 9.01$ ; *efter behandling*  $M = 61.36$ ,  $SD = 12.37$ ). Resultatet visade att medelvärdesskillnaden var signifikant ( $t(34) = -9.52$ ,  $p < .000$ ) och att det fanns stor effektstorlek ( $d = 1.76$ ). Enligt Clark-Carter (2004) anses en effektstorlek på  $d = .20$  vara liten,  $d = .50$  som medelstor och  $d = .80$  som stor, vilket antyder att en stor förbättring av patienternas funktionsnivå uppnåddes.

### 3.2 Frågeställning 1

Den första frågeställningen handlade om hur patienternas självbild hade förändrats efter avslutad behandling jämfört med vid behandlingsstart.

#### 3.2.1 Jämförelse med en kontrollgrupp

I Figur 4 presenteras medelvärdena för självbild före och efter behandling i förhållande till en normalgrupps medelvärden för självbild. Normalgruppens medelvärden hämtades från Björck et al. (2003) och bestod av 105 studenter från Uppsala. Samtliga var kvinnor i åldrarna 19-35 år ( $M = 22.9$ ,  $SD = 3.7$ ). Figuren visar att ätstörningspatienternas självbild ligger närmare normalgruppens självbild efter att behandlingen genomförts, med undantag för kluster 5.



Figur 4. Grafisk presentation av patienternas medelvärden för självbild före respektive efter behandlingen samt medelvärden för en normalgrupps självbild

### 3.2.2 Jämförelse av medelvärden

För att undersöka om det fanns signifikanta skillnader mellan ätstörningspatienternas självbild före och efter behandling gjordes beräkningar med beroende *t*-test. Resultatet visade på signifikanta skillnader i samtliga kluster förutom kluster 5 (se Tabell 2). För de *vänliga* klustren (2, 3 och 4) innebar detta att patienterna i högre grad accepterade, tyckte om och tog hand om sig själva efter genomförd behandling. För de *fientliga* klustren (6, 7 och 8) medförde detta att patienterna vid behandlingens slut kritiserade, förstörde och försummade sig själva i lägre grad. Vidare var patienterna mer fria och autonoma (kluster 1) vid behandlingens avslut. Däremot kontrollerade de sig själva i lika hög grad (kluster 5) vid behandlingens början som vid behandlingens slut. Sammanfattningsvis innebar detta att ätstörningspatienternas självbild i stort hade förbättrats i önskvärd riktning. Resultatet bekräftades genom beräkning av effektstorlekar. Skillnaderna mellan initial självbild och självbild efter behandling var stora i kluster 2, 3 och 4 samt kluster 6, 7 och 8. I kluster 1 var skillnaden medelstor. I kluster 5 fanns ingen skillnad.

Tabell 2

Jämförelse mellan initial självbild och självbild vid avslutad behandling analyserat med beroende *t*-test. I tabellen presenteras *t*-värde, signifikansnivå samt effektstorlek ( $N = 50$ )

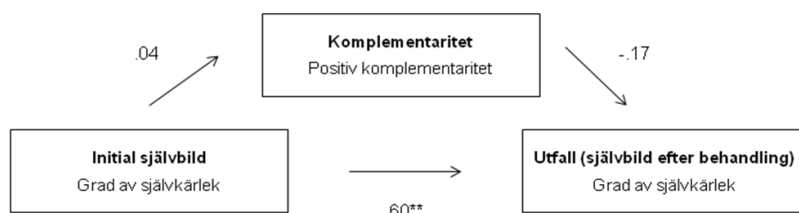
Kluster	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1. Fri och autonom	4.46	.00	0.65
2. Accepterar sig själv	6.89	.00	1.06
3. Tycker om sig själv	8.00	.00	1.10
4. Tar hand om sig själv	7.64	.00	1.05
5. Kontrollerar sig själv	-.07	.94	-0.01
6. Kritiserar sig själv	-5.98	.00	-0.87
7. Förstör sig själv	-8.57	.00	-1.08
8. Försummar sig själv	-6.67	.00	-0.85

### 3.3 Frågeställning 2

Den andra frågeställningen var om komplementaritet hade en medierande roll för utfallet i form av självbild vid avslutad behandling. Här utvärderades tre medieringsmodeller.

#### 3.3.1 Medieringsmodell I

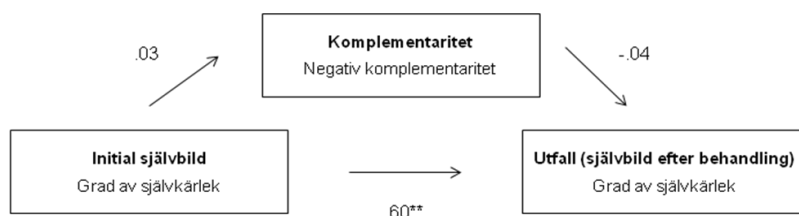
I den första modellen undersöktes både den initiala självbilden och självbild efter behandling genom grad av självkärlek (se Figur 5). Den medierande faktorn utgjordes av positiv komplementaritet. Sambandet mellan självbild före och efter behandling var signifikant. Däremot var varken sambanden mellan initial självbild och positiv komplementaritet eller positiv komplementaritet och självbild efter behandling signifikanta. Eftersom det inte fanns signifikanta korrelationer mellan alla variabler gjordes ingen vidare analys med multipel regression, det vill säga kriterierna för mediering var inte uppfyllda.



Figur 5. Positiv komplementaritet som en medierande variabel för relationen mellan initial självbild och självbild efter behandling. Sambanden mellan variablerna presenteras som korrelationskoefficienter (\*\* Korrelationen är signifikant på 0.01-nivån;  $N = 50$ )

#### 3.3.2 Medieringsmodell II

Den andra modellen var likadan som den första medieringsmodellen med undantag för att den medierande variabeln var negativ komplementaritet (se Figur 6). Eftersom den initiala självbilden och självbild efter behandling mättes på samma sätt som i *modell I* blev det sambandet detsamma ( $r = .60$ ). Korrelationerna mellan initial självbild och negativ komplementaritet samt mellan negativ komplementaritet och självbild efter behandling var inte signifikanta och därför gjordes inga vidare beräkningar.

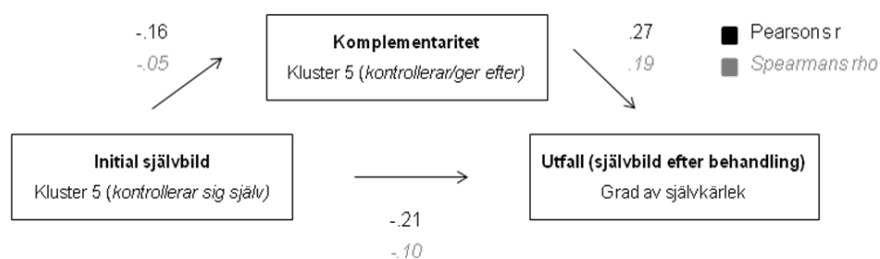


Figur 6. Negativ komplementaritet som en medierande variabel mellan självbild före och efter behandling. Sambanden mellan variablerna beräknades med Pearsons  $r$  (\*\* Korrelationen är signifikant på 0.01-nivån;  $N = 50$ )

#### 3.3.3 Medieringsmodell III

I den tredje modellen operationaliserades den initiala självbilden samt komplementaritet genom kluster 5 och självbild efter behandling genom grad av självkärlek (se Figur 7). Resultatet av beräkning med Pearsons  $r$  gav inga signifikanta resultat. Korrelationerna låg mellan 0.16 och 0.27. Vid korrelationsberäkningar anses 0.1 vara en liten korrelation och 0.3

en medelstor (Clark-Carter, 2004). Det innebar att effektstorlekarna i studien var relativt låga. Swann, Chang-Schneider & Larsen McClarty (2007) menar att även små effektstorlekar kan ha betydelse när självbild studeras och därför gjordes ytterligare analyser av datamaterialet. Eftersom två värden i korrelationsberäkningarna översteg regressionsresidualen med mer än 2,5 standardavvikelser gjordes beräkningar med Spearmans rank order coefficient ( $\rho$ ). Resultatet från dessa beräkningar visade att de tidigare sambanden försvagades avsevärt (se Figur 7). Eftersom sambanden därför i hög grad verkade påverkas av extremvärden gjordes ingen multipel regressionsberäkning.



Figur 7. Medieringsmodell där initial självbild och komplementaritet mättes genom kluster 5 och självbild efter behandling mättes genom grad av självkärlek. Sambanden mellan variablerna visas med både Pearsons  $r$  samt Spearmans  $\rho$  ( $N = 50$ )

## 4. Diskussion

Syftet med studien var dels att studera om ätstörningspatienternas självbild förändrades efter genomförd behandling och dels att undersöka om självbildens betydelse för utfallet hos patienterna gick via principen om komplementaritet. Först diskuteras resultatet utifrån respektive frågeställning och därefter följer en metoddiskussion. Avslutningsvis ges förslag på framtida forskning.

### 4.1 Resultatdiskussion

#### 4.1.1 Frågeställning 1

##### 4.1.1.1 Förändring av självbild

Den första frågeställningen var hur patienternas självbild hade förändrats efter avslutad behandling jämfört med vid behandlingsstart. Resultatet visade att ätstörningspatienternas självbild hade förbättrats signifikant vid behandlingens avslut, med undantag för kluster 5 (kontrollerar sig själv). Förändringen innebar att patienterna accepterade, tyckte om och tog hand om sig själva i högre grad (kluster 2, 3 och 4) och att de kritiserade, förstörde och försummade sig själva i lägre grad (kluster 6, 7 och 8) efter behandlingens avslut. Det betyder att patienterna upplevde att de var mer kärleksfulla mot sig själva och att de hade lägre grad av självhat efter genomförd behandling. De var även mer fria och autonoma (kluster 1). Benjamin (2003) menar att en normal självbild bland annat kännetecknas av höga nivåer i kluster som har med självkärlek att göra och låga nivåer av kluster som handlar om självhat samt måttliga nivåer av kluster 1. Det innebär att ätstörningspatienternas förändrade självbild, beträffande självkärlek och självhat, var i önskvärd riktning. Patienternas initiala värden på kluster 1 var relativt låga. Efter genomförd behandling hade dessa värden ökat, vilket kan



tolkas som att patienterna hade blivit mer spontana. Ätstörningspatienternas värden för självbild initialt och efter behandling jämfördes med en normalgrupps värden, som hämtades från en annan studie (Björck et al., 2003). Vid en visuell inspektion av dessa värden (se Figur 4, i Resultatet) framkom att patienternas initiala självbild låg långt ifrån normalgruppens men att patienternas självbild hade närmat sig normalgruppens självbild efter att behandlingen hade genomförts. Detta gällde för samtliga kluster förutom kluster 5. Förändringen av självbilden i nästan alla kluster är intressant med tanke på att självbilden, enligt interpersonell teori, är relativt stabil och därför kan vara svår att förändra (Henry, 1994).

Ingen tidigare studie har visat att så många aspekter av självbilden enligt SASB kan förändras så mycket på så kort tid (22 veckor) i samband med en ätstörningsbehandling. Däremot visar studier som utgått från det endimensionella begreppet självkänsla att denna aspekt av självet kan förändras som ett resultat av behandling vid ätstörning (Goodrick et al., 1999; Halvorsen & Heyerdahl, 2006; Troop et al., 2000). Samtidigt är det inte självklart att självkänslan förändras eftersom färdigbehandlade ätstörningspatienter fortfarande kan ha en låg självkänsla (Button & Warren, 2002; Daley et al., 2008). Den positiva självbildsförändringen hos ätstörningspatienterna är i linje med terapeuternas skattningar av GAF, som visade att patienternas funktionsförmåga hade förbättrats signifikant efter avslutad behandling. Dessutom var sextio procent av patienterna diagnosfria efter genomförd behandling.

#### **4.1.1.2 Kontroll hos ätstörningspatienterna**

Den enda aspekten av självbilden som inte förändrades efter behandlingen var självkontroll (kluster 5). Självkontrollen var lika hög efter genomförd behandling som den var initialt. Det förefaller inte som om någon tidigare studie har undersökt om självkontroll, enligt SASB, kan förändras i samband med en ätstörningsbehandling. Flera studier som utgått från SASB fokuserar på ätstörningspatienters initiala självbild. De studier som handlar om självkontroll hos ätstörningspatienter visar att självkontroll främst verkar ha betydelse vid anorexia nervosa. Enligt Birgegård et al. (in press) och Björck et al. (2003) kännetecknas anorektiska patienters självbild innan genomförd behandling av en hög grad av självkontroll. Över fyrtio procent i den föreliggande studien hade anorexia nervosa initialt och nästan lika många hade ätstörning UNS. Om ett flertal av patienterna som hade ätstörning UNS var patienter med subklinisk anorexia nervosa innebär det att studiens urval till stora delar bestod av anorektiker. Det skulle i sådant fall kunna vara en av förklaringarna till att den initiala självkontrollen hos deltagarna i studien var så hög. Eftersom terapeuterna inte hade angett vilken sorts ätstörnings UNS patienterna hade fanns ingen möjlighet att redovisa dessa uppgifter.

Efter genomförd behandling var sextio procent av patienterna diagnosfria. Möjligen skulle den oförändrade självkontrollen kunna vara en förklaring till att fler patienter inte tillfrisknade. I en studie framkom att anorektiker upplevde att en av fördelarna med sjukdomen var att det gav dem en känsla av kontroll (Serpell, Treasure, Teasdale & Sullivan, 1999). Författarna menade att denna känsla av kontroll skulle kunna fungera som en positiv förstärkare som vidmakthöll ätstörningen (Serpell et al., 1999). Eftersom patienterna i föreliggande studie hade en hög grad av självkontroll även efter behandlingen så kan självkontrollen ha samverkat med ätstörningen och förhindrat att fler tillfrisknade. Som diskuterats i uppsatsens inledning visar forskning som utgått från SASB att självkontroll har betydelse för utfallet. I en studie av

Birgegård et al. (in press) framkom att en hög grad av initial självkontroll predicerade ett sämre utfall hos patienter med anorexia nervosa. I den här studien gjordes ytterligare analyser för att undersöka om det fanns några skillnader gällande initial självkontroll mellan de som hade blivit av med sin ätstörning och de som fortfarande hade en diagnos efter behandlingen. Analyserna visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna. De som hade kvar sin diagnos efter behandlingen hade ändå något högre initial självkontroll än de patienter som var diagnosfria efter behandlingen ( $d = .38$ ; data ej tidigare visade). Detta är i linje med studien av Birgegård et al. (in press).

Forskning som utgår från SASB verkar inte ha undersökt om ätstörningspatienter fortfarande kan ha en hög självkontroll efter att ätstörningen har upphört. Däremot har studier kring perfektionism indirekt belyst detta. Perfektionism kan vara relevant vid diskussion om självkontroll enligt SASB eftersom begreppen verkar överlappa varandra i många avseenden. Det finns olika sätt att definiera perfektionism. Den definition som delar upp perfektionism i "achievement striving" och "maladaptive" perfektionism verkar i hög grad påminna om självkontroll enligt SASB. "Achievement striving" perfektionism handlar om en positiv strävan, medan "maladaptive" perfektionism utgör en tendens att undvika misstag och nederlag (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchel, Uppala & Simonich, 2007). Den mer hälsosamma formen av perfektionism ("achievement striving" perfektionism) är jämförbar med kluster 4 (tar hand om sig själv) i kombination med kluster 5 (kontrollerar sig själv). "Maladaptive" perfektionism, som utgör den mer passivt ohälsosamma formen, motsvaras av kluster 5 (kontrollerar sig själv) i kombination med kluster 6 (kritiserar sig själv). Ätstörningspatienterna i studien hade en signifikant lägre grad av kluster 6 och en signifikant högre grad av kluster 4 efter genomförd behandling. Eftersom patienterna i slutet av behandlingen alltså kritiserade sig själva i lägre grad och tog hand om sig själva i högre grad skulle det kunna innebära att deras perfektionism från början huvudsakligen kännetecknades av "maladaptive" perfektionism och att de efter behandlingen övergick till att få en mer "achievement striving" perfektionism. Det här skulle kunna vara en förklaring till att många patienter tillfrisknade från sin ätstörning trots att självkontrollen var oförändrad. Patienternas självkontroll efter avslutad behandling skulle kunnat vara av en mer hälsosam karaktär, vilket kan tolkas som en förbättring hos patienterna. Forskning om kontroll som utgår från andra perspektiv än SASB visar att det verkar finnas olika former av kontroll. Surgenor, Horn & Hudson (2003) menar att det kan finnas en positiv och en mer negativ kontroll hos ätstörningspatienter. Den positiva kontrollen är aktiv och mer flexibel medan den negativa är mer passiv och manipulerande (Surgenor et al., 2003). Denna indelning av kontroll påminner om beskrivningen av "achievement striving" perfektionism och "maladaptive" perfektionism.

Sammantaget visar detta på ett behov av att ta hänsyn till självkontrollen hos ätstörningspatienter och kanske främst hos patienter med anorexia nervosa. Det verkar även vara viktigt att ta reda på om självkontrollen är positiv eller negativ eftersom alla former av kontroll inte behöver vara av destruktiv karaktär (Surgenor et al., 2003). Sassaroli, Gallucci och Ruggiero (2008) har utarbetat en speciell behandlingsintervention i syfte att förändra den negativa självkontrollen hos ätstörningspatienter. Andra forskare har även uppmärksammat vikten av att i behandling förändra kontrollen hos patienter med ätstörningar (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999). Det kanske är nödvändigt att använda interventioner som är inriktade mot att

förändra negativa former av självkontroll för att fler patienter ska kunna tillfriskna från sin ätstörning.

#### **4.1.2 Frågeställning 2**

Den andra frågeställningen var om komplementaritet hade en medierande effekt för relationen mellan initial självbild och självbild vid avslutad behandling. Det fanns inget stöd för någon av de tre medieringsmodeller som utvärderades i studien.

En utgångspunkt i studien var att en terapeutisk relation som huvudsakligen kännetecknas av hög positiv komplementaritet är något bra för patienten. Det antogs kunna leda till att patienten internaliserade den terapeutiska relationen så att en självbildsförändring kunde initieras. Det är möjligt att detta är felaktigt eftersom det kan vara en alltför förenklad utgångspunkt. Friedlander (1993) menar att det är nödvändigt att vara komplementär för att den terapeutiska relationen ska bli tillräckligt stabil och för att patienten inte ska avsluta terapin i förtid. Samtidigt är det viktigt att vara icke-komplementär för att en förändring ska kunna ske (Friedlander, 1993). Om patienten har en negativ interaktionsstil måste terapeuten vara icke-komplementär för att patienten ska kunna förändras. Ett icke-komplementärt samspel i den terapeutiska relationen skulle kunna leda till att patienten så småningom följer terapeuten och reagerar i enlighet med terapeutens beteende. Friedlanders tes innebär att positiv komplementaritet inte riktigt täcker in alla nyanser som kan finnas i samspelet mellan terapeuten och patienten och som är betydelsefulla för att patienten ska kunna förändra sin självbild. Eftersom ingen av de tre medieringsmodellerna tar hänsyn till komplexiteten i det terapeutiska samspelet kan det vara förklaringen till att studien inte kunde påvisa att komplementaritet hade betydelse för självbild.

Komplementaritet, såsom det operationaliserades här, hade inte en medierande effekt, däremot framkom att det fanns ett signifikant samband mellan initial självbild och självbild efter behandling i medieringsmodell I och II (se Figur 6 & 7, i Resultatet). I båda modellerna studerades den initiala självbild och utfallet genom grad av självkärlek. Det starka positiva sambandet mellan dessa variabler innebär att patienterna tyckte mer om sig själva efter behandlingen men att den relativa rangordningen kvarstod inom gruppen. De patienter som initialt hade de högsta nivåerna av självkärlek hade det även efter behandlingen och de patienter som vid behandlingens början hade de lägsta nivåerna av självkärlek hade det också vid behandlingens avslut. Detta skulle kunna innebära att vissa patienter fortfarande hade en otillfredsställande låg grad av självkärlek efter behandlingen. Resultatet är av betydelse eftersom det med hjälp av SASB självbild skulle kunna vara möjligt att identifiera de patienter som från början har en mycket negativ självbild. Därigenom skulle det vara möjligt att sätta in extra insatser så att dessa patienter har en möjlighet att få ett bättre utfall. Självbildens betydelse för utfallet har studerats av Björck et al. (2007) som visat att en negativ självbild initialt ökar risken för ett dåligt utfall. Ingen tidigare studie har dock använt självbild efter behandling som utfallsmått.

## **4.2 Metoddiskussion**

### **4.2.1 Deltagare**

Det finns flera faktorer som kan ha påverkat vilka personer som deltog i den här studien. Förutom att patienterna ska ha accepterat att delta ska de ha påbörjat och slutfört behand-

lingen samt fyllt i självskattningsformulären. I samtliga led kan patienter ha fallit bort på grund av vissa personliga kännetecken eller andra viktiga faktorer. Det betyder att de patienter som studien baserades på kan utmärka sig på något speciellt sätt. Det går inte att kontrollera för alla faktorer som kan ha påverkat vilka patienter som deltog och vilka som föll bort under vägen. Vid kontroll för skillnader mellan studiens deltagare och de patienter som exkluderades från studien framkom emellertid inte några signifikanta skillnader vad gäller initial självbild och ålder (Data ej visade). I studien ingick enbart deltagare som själva sökt sig till eller blivit remitterade till behandlingsenheten. Surgenor et al., (2003) menar att det inom forskning är vanligt att utgå från kliniska populationer som själva söker sig till mottagningar, vilket är en allmän accepterad företeelse vid behandlingsstudier.

I studien gjordes ingen indelning av patienterna beroende på deras ätstörningsdiagnos, utan de behandlades som en enhetlig grupp. Det behöver inte vara till någon nackdel eftersom en negativ självbild är kännetecknande för hela ätstörningsgruppen. Enligt Björck et al. (2003) visar forskning att det inte alltid är så tillförlitligt att utgå ifrån den nuvarande uppdelningen av ätstörningsdiagnoser vid forskning och behandling. Den här uppdelningen kan dölja snarare än att visa på viktiga upptäckter (Björck et al., 2003). Vid separata analyser av ätstörningsdiagnoserna skulle det kunna finnas risk för att förbise att faktorer som verkar ha betydelse för en ätstörning även kan ha betydelse för andra ätstörningar, om än i lägre grad.

#### **4.2.2 Instrument**

Användningen av självskattningsformulär för att mäta självbild och komplementaritet är inte helt oproblematiskt. Flera faktorer kan ha påverkat hur patienterna skattade. Förändringen av självbild kan ha berott på en "hello-goodbye effect" snarare än en verklig förändring. Det innebär att patienterna skulle ha kunnat skatta den initiala självbild som överdrivet negativ i hopp om att få stöd och hjälp av den behandlande personalen. Vidare kan de ha skattat självbild efter genomförd behandling som mer positiv för att personalen skulle glädjas över deras självbildsförbättring. I sådant fall skulle en överdrivet negativ skattning av självbild i början och en överdrivet positiv skattning av självbild i slutet ha varit tillräcklig för att visa på en självbildsförändring. Ytterligare en faktor som kan ha haft betydelse är social önskvärdhet. Det betyder att patienterna kan ha skattat sin självbild efter genomförd behandling som mer positiv för att de ville framställa sig själva på ett visst sätt inför personalen. Något som dock talar emot att en "hello-goodbye effekt" eller social önskvärdhet låg bakom förändringen av självbild är att inte samtliga kluster förändrades. Om resultatet inte berodde på en verklig förändring så borde det ha märkts i samtliga kluster. Terapeuternas skattningar av GAF och diagnosförändring visar också att patienterna förbättrats i önskvärd riktning. I studien användes GAF och diagnosförändring som ett sätt att kontrollera för skattningen av självbildsförändringen. Terapeuternas bedömningar behöver inte vara giltiga eftersom det finns många skäl till att de skulle vilja se en positiv förändring hos patienterna. Det som dock talar emot att terapeuterna har gjort en alltför fördelaktig bedömning är att de ansåg att en stor andel av patienterna fortfarande hade en ätstörningsdiagnos efter behandlingen.

Enligt Benjamin et al. (2006) finns det fördelar med att använda självskattningsformulär eftersom beteenden, känslor och tankar påverkas av den egna perceptionen snarare än av hur det i själva verket förhåller sig. Det visar på betydelsen av att förstå ätstörningspatienternas

tolkningar och upplevelser av sig själva och andra. Dessutom har empirisk forskning visat att patienters uppfattningar om sin självbild såväl som uppfattningar om komplementaritet är valida och viktiga indikatorer på psykoterapiprocessen (Quintana et al., 1990).

I studien användes den korta versionen av "SASB Relation". Den innehåller enbart en fråga per kluster, vilket innebär att de enskilda frågorna får mycket tyngd och att instrumentet därmed blir ganska trubbigt. Eftersom det endast är en fråga per kluster är det inte heller möjligt att beräkna testreliabiliteten. Det går att ifrågasätta om en fråga per yta och kluster är tillräckligt för att täcka av interpersonella beteenden som hör till respektive kluster. Därmed finns det visst tvivel angående innehållsvaliditeten i den korta versionen av "SASB Relation". Det hade därför varit bättre om någon av de längre versionerna av självskattningsformuläret hade använts. Ett alternativ till självskattningsformulär hade varit att använda oberoende bedömare. Enligt Benjamin et al. (2006) kan komplementaritet studeras genom att oberoende bedömare kodar en sekvens av relationen mellan terapeuten och patienten. Många forskare använder sig av just den metoden för att få en mer objektiv skattning av samspelet (Henry et al., 1986; Hilliard, Henry & Strupp, 2000; Svartberg & Stiles, 1992). Dessutom är det möjligt att beräkna interbedömarreliabilitet, vilket säkerställer giltigheten i skattningarna.

För att mäta självbilden användes den långa versionen av "SASB Introjekt". Fördelen med att använda den långa versionen är att varje kluster mäts genom flera frågor, vilket ökar den innehållsmässiga validiteten. Testreliabiliteten för de flesta kluster i för- och eftermätningen var på en acceptabel nivå, något som har betydelse eftersom självbilden studeras utifrån enskilda kluster i frågeställning 1.

#### **4.2.3 Design**

Utifrån studiens design går det inte att påvisa att det verkligen är behandlingen som har påverkat självbildsförändringen. Det skulle logiskt sett lika gärna kunna vara någon annan variabel som har lett till att patienternas självbild har förändrats i positiv riktning. Det skulle ha varit nödvändigt att använda en kontrollgrupp och genomföra en randomisering för att den interna validiteten skulle säkerställas. Om en kontrollgrupp hade använts hade det varit lättare att utesluta att någon annan faktor låg bakom självbildsförändringen.

Den andra frågeställningen var viktig eftersom komplementaritet antas ha betydelse för ätstörningspatienters självbild. Det var inte rimligt att ha en mer krävande design innan det kunde konstateras att komplementaritet verkligen var en medierande variabel.

#### **4.2.4 Metodologiska problem kring frågeställning 2**

Få studier har undersökt komplementaritets betydelse för självbilden enligt SASB, vilket innebär att forskning kring detta fortfarande är i sin linda. Det skulle kunna vara så att komplementaritet har en medierande effekt men att det inte kunde påvisas i den här studien på grund av stora metodologiska brister. Komplementaritets-skattningarna var överlag höga och det fanns inte så stor variation i skattningarna. Det behöver inte betyda att patienterna upplevde att terapeuterna och de själva agerade samstämmigt, utan det kan bero på brister med självskattningsformuläret "SASB Relation". Det skulle kunna vara så att formuläret inte diskriminerar tillräckligt. Om det fanns stora skillnader i patienternas upplevelser av interaktionen kanske det inte kom fram på grund av takeffekter som gjorde det omöjligt att skatta högre än ett visst värde.

Ytterligare en anledning till de höga skattningarna skulle kunna vara att komplementaritet mättes efter behandlingens avslut. Enligt interpersonell teori påverkas individens interaktioner med andra av hur självbilden ser ut. Eftersom patienternas självbild i studien var mer positiv efter genomförd behandling än vad den var initialt och mätningen av komplementaritet gjordes efter behandlingens avslut skulle det kunna förklara varför komplementaritets-skattningen var så hög. Flera studier som undersökt komplementaritet i den terapeutiska relationen har utgått från skattningar som gjordes i början av behandlingen (Henry et al., 1986; Hilliard et al., 2000; Svartberg & Stiles, 1992). Om komplementaritetsmätningen i den här studien hade genomförts vid en annan tidpunkt än vid behandlingens avslut är det möjligt att det hade funnits stöd för någon av medieringsmodellerna. I studien mättes komplementaritet genom självskattningsformulär. Det är möjligt att komplementaritet hade haft en medierande effekt om oberoende bedömare hade skattat interaktionen. Denna fråga behandlas i nästa avsnitt.

#### **4.2.5 Operationalisering av komplementaritet**

Komplementaritetsdata byggde på skattningar gjorda av patienterna. De skattade hur de upplevde att terapeuterna hade agerat mot dem och hur de själva hade reagerat mot terapeuterna. Hög komplementaritet innebar att patienternas skattning av sitt eget och terapeutens beteende kännetecknades av en hög grad av överensstämmelse när det gäller grad av anknytning och beroende/oberoende. Ett exempel på det skulle kunna vara att en patient skattat sin terapeuts agerande på kluster 3 med värdet 80 och sina egna reaktioner gentemot terapeuten på kluster 3 med värdet 70. Eftersom dessa skattningar på kluster 3 ligger nära varandra innebär det att komplementariteten mellan terapeuten och patienten på det klustret är högt. Låg komplementaritet handlar om att det finns en stor skillnad i skattningen av terapeutens och patientens beteenden, till exempel att terapeutens agerande på kluster 4 skattats med värdet 80 och att patientens reaktion på kluster 4 skattats med värdet 10.

En hög komplementaritet på den vänliga sidan i cirkumplexmodellen betyder alltså inte att terapeuten nödvändigtvis har varit vänlig mot patienten. Det betyder enbart att komplementariteten på den vänliga sidan (kluster 2, 3 och 4) är hög när patienten beskriver samspelet med terapeuten. Om patienten exempelvis skattat sin terapeuts agerande på kluster 2 med värdet 20 och sina egna reaktioner på samma kluster med värdet 20, innebär det att komplementariteten på det "vänliga" klustret är väldigt hög (perfekt). Skattningen av terapeuten med värdet 20 på kluster 2 innebär emellertid inte att patienten uppfattat terapeuten som så förstående och bekräftande. Låg komplementaritet på den vänliga sidan betyder inte nödvändigtvis att terapeuten har varit mindre vänlig. Det visar endast att samspelet mellan terapeuten och patienten är mindre komplementärt på den vänliga sidan i cirkumplexmodellen.

Det är sammanfattningsvis problematiskt att beräkna komplementaritet såsom det gjordes i den här studien eftersom den inte säger något om hur vänlig respektive fientlig terapeuterna har varit. En utgångspunkt i studien var att terapeuterna var mycket vänliga och att de uttryckte lite fientlighet. Eftersom forskning visar att det kan vara lätt för terapeuter att påverkas av patienters fientliga interaktionsstil (Benjamin, 2003; Henry et al., 1986) vore det orimligt att anta att terapeuterna i den här studien har klarat av att stå emot detta under hela

terapien. Hur vänliga respektive fientliga terapeuterna har varit borde ha avspeglats i sammanställningen av komplementariteten. I den här studien fanns det ingen möjlighet att visa detta utifrån hur komplementaritet har operationaliserats. Att enbart ta hänsyn till hur överens terapeuten och patienten var i relationen är inte tillräckligt och därför behövs ett mer förfinat och detaljerat sätt att mäta komplementaritet.

### 4.3 Framtida forskning

Den här studien undersökte självbilden före och efter behandling utan att särskilja mellan olika ätstörningsdiagnoser. Framtida studier skulle kunna differentiera mellan olika ätstörningar vilket skulle göra det möjligt att få en uppfattning om hur självbildsprofilerna ser ut hos de olika ätstörningsgrupperna initialt och hur självbildsprofilerna kan förändras efter en behandling. Sådan forskning skulle kunna belysa om självkontroll verkar ha betydelse för enbart patienter med anorexia nervosa eller om självkontroll verkar vara problematiskt även för andra patientgrupper. I framtida behandlingsstudier skulle det även vara möjligt att utvärdera om specifika interventioner kan påverka kritiska aspekter av patientens självbild och om förbättringar av självbilden avspeglas i minskning av ätstörningssymptom. Samtidigt som det kan vara viktigt att fokusera på de olika ätstörningsdiagnoserna är det betydelsefullt att fortsätta bedriva forskning som tar hänsyn till hela ätstörningsgruppen. De likheter som finns mellan de olika ätstörningsgrupperna riskerar annars att förbises.

En begränsning med den här studiens beräkning av komplementaritet var att ingen hänsyn togs till hur vänliga respektive fientliga terapeuterna hade varit utan enbart till hur samstämmiga terapeuterna och patienterna var. I en kommande studie skulle den positiva respektive negativa komplementariteten kunna ställas i förhållande till om terapeuten varit "vänlig/mindre vänlig" respektive "fientlig/mindre fientlig". En sådan uppdelning skulle kunna exemplifieras utifrån positiv komplementaritet. Följande resonemang har förenklats för att underlätta förståelsen. Den positiva komplementariteten skulle kunna delas upp i "hög" respektive "låg" komplementaritet, vilket skulle baseras på graden av samstämmighet mellan terapeut och patient. Skattningen av terapeuten skulle kunna delas upp i "vänlig" respektive "mindre vänlig", beroende på hur patienten upplevde att terapeuten hade agerat (se Tabell 3).

Tabell 3

*Möjliga utfall när den positiva komplementariteten delas upp i hög respektive låg, samt när terapeutens beteende delas upp i mer vänlig respektive mindre vänlig*

Terapeut	Positiv komplementaritet	
	Hög	Låg
Mer vänlig	<i>Positivt</i>	<i>Negativt</i>
Mindre vänlig	<i>Negativt</i>	<i>"Mindre negativt"</i>

Om terapeuten exempelvis hade varit vänlig i kombination med att den positiva komplementariteten hade varit hög, så borde det vara positivt eftersom det betyder att patienten hade följt terapeutens vänliga interaktionsstil. Ett samspel som till största del består av vänlighet och hög grad av komplementaritet skulle kunna leda till att patienten internaliserar den positiva interaktionen som i sin tur kan leda till en förändring av självbilden. På motsvarande vis skulle andra

kombinationer av hög och låg komplementaritet i förhållande till terapeutens beteende kunna skapa mer eller mindre gynnsamma situationer för patienter. Om bristen på stöd för medieringsmodellerna i den här studien berodde på att operationaliseringen av komplementaritet var för förenklad skulle en ytterligare uppdelning av komplementariteten kanske kunna bidra med viktig kunskap om vad som orsakar respektive förhindrar att självbilden kan förändras.

#### **4.4 Slutsatser**

Självbilden hos ätstörningspatienterna i studien förändrades i samtliga avseenden förutom när det gäller självkontroll. Även om självbildsförändringen sammanföll tidsmässigt med behandlingen går det inte att veta om det var behandlingen som påverkade självbilden. Det är ändå mycket positivt att kunna konstatera att patienternas självbild vid uppföljningstillfället hade förbättrats så mycket i jämförelse med första mättillfället. Det skulle kunna innebära att det är möjligt att förändra ätstörningspatienters självbild på relativt kort tid. Studien kunde inte påvisa att komplementaritet hade betydelse för relationen mellan initial självbild och självbild efter genomförd behandling. Både teori och tidigare empiri visar att komplementaritet verkar ha betydelse i kliniska sammanhang och det kan därför vara betydelsefullt att genomföra ytterligare studier av komplementaritet i ätstörningssammanhang. Ätstörningar orsakar ett stort lidande hos de patienter som är drabbade och det finns fortfarande begränsad kunskap inom området. Även till synes obetydliga upptäckter skulle i förlängningen kunna leda till en ökad hälsa och livskvalitet hos personer med en ätstörning.



## 5. Referenser

- Armeliuss, K. (2000). *SASB-modellen: En Introduktion*. Opublicerat manuskript, Umeå universitet, Umeå.
- Armeliuss, K. (2001). *Reliabilitet och Validitet för den Svenska Versionen av SASB självbildstestet*. Opublicerat Manuskript, Umeå universitet, Umeå.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and Eating Disorders: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology Review, 27*, 384-405.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C., & Critchfield, K. L. (2006). The Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) as an Assessment Tool. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 83-109.
- Beumont, P. J. V. (2002). Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 162-170). Spring Street, NY: The Guilford Press.
- Birgegård, A., Björck, C., Norring, C., Sohlberg, S., & Clinton, D. (in press). *Anorexic Self-control and Bulimic Self hate: Differential Outcome Prediction from Initial Self-image*. *International Journal of Eating Disorders*.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hällström, T., & Norring, C. (2003). Interpersonal Profiles in Eating Disorders: Ratings of SASB Self-image. *The British Psychological Society, 76*, 337-349.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2007). Negative Self-image and Outcome in Eating Disorders: Results at 3-years Follow-up. *Eating Behaviors, 8*, 398-406.
- Button, E. J. & Warren, R. L. (2002). Self-Image in Anorexia Nervosa 7,5 Years after Initial Presentation to a Specialized Eating Disorders Service. *European Eating Disorders Review, 10(6)*, 399-412.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. & Woodside, D. B. (2004). Relapse in Anorexia Nervosa: a Survival Analysis. *Psychological Medicine, 34*, 671-679.
- Castro, J. (2003). Biological Abnormalities in Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 216-217). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M. A., Gual, P., Irala-Estévez, J., & Alonso, A. (2003). Neuroticism and Low Self-Esteem as Risk Factors for Incident Eating Disorders in a Prospective Cohort Study. *The international Journal of Eating Disorders, 33*, 271-280.

- Claesson, K., Birgegård, A., & Sohlberg, S. (2008). Eating Disorder Symptoms in Normal Adolescents: Sex Differences in Symptoms, Self-image, and Relationship Between the Two. Submitted for Publication.
- Clark-Carter, D. (2004). Quantitative Psychological Research. Quantitative Psychological Research: A student's Handbook (2nd ed). Hove, UK: Psychology Press.
- Clinton, D., & Norring, C. (2002). Tillbakablick och framåtblick. In D. Clinton & C. Norring (Eds.), *Ätstörningar: Bakgrund och Aktuella Behandlingsmetoder* (pp. 241-248). Stockholm: Natur och Kultur.
- Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2003). The Economic and Social Burden of Eating Disorders: A Review. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 383-396). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Daley, K. A., Jimerson, D. C., Heatherton, T. F., Metzger, E. D., & Wolfe, B. E. (2008). State Self-Esteem Ratings in Women with Bulimia Nervosa and Bulimia Nervosa in Remission. *International Journal of Eating Disorders*, *41*:2, 159-163.
- Evans, F. B. (1996). *Harry Stack Sullivan. Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge.
- Evans, L., & Stukas, A. A. (2007). Self-Verification by Women and Responses of Their Partners Around Issues of Appearance and Weight: "Do I Look Fat In This?". *Journal of Social and Clinical Psychology*, *26*, 1163-1188.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 209-241). NY: Oxford University Press Inc.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: a "Transdiagnostic" Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- Fairbrun, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk Factors for Binge-Eating Disorder: A Community-Based Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 425-432.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A Cognitive Behavioural Theory of Anorexia Nervosa. *Behaviour Research & Therapy*, *37*, 1-13.
- Favaro, A. (2003). What About the Family Burden of Eating Disorders? In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 420-422). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Friedlander, M. L. (1993). Does Complementarity Promote or Hinder Client Change in Brief Therapy? A Review of the Evidence from Two Theoretical Perspectives. *The Counseling Psychologist*, *21*, 457-486.

- Friedman, M. A., Wilfley, D. E., Welch, R. R., & Kunce, J. T. (1997). Self-directed Hostility and Family Functioning in Normal-weight Bulimics and Overweight Binge eaters. *Addictive Behaviors, 22*(3), 367-375.
- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and Diagnosis of Eating Disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 155-161). Spring Street, NY: The Guilford Press.
- Garfinkel, P. (2003). Economic Burden and the Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 405-407). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Ghaderi, A. (2006). Ätstörningar. In L-G Öst (Ed.), *Kognitiv Beteendeterapi inom Psykiatri* (pp. 179-193). Stockholm: Natur och kultur.
- Goodrick, G. K., Pendleton, V. R., Kimball, K. T., Poston, W. S. C., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (1999). Binge Eating Severity, Self-Concept, Dieting Self-Efficacy and Social Support during Treatment of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 295-300.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., Irala-Estévez, J., & Cervera-Enguix, S. (2002). Self-Esteem, Personality, and Eating Disorders: Baseline Assessment of a Prospective Population-Based Cohort. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 261-273.
- Guarda, A. S. (2007). Treatment of Anorexia Nervosa: Insights and Obstacles. *Physiology & Behaviour, 94*, 113-120.
- Gucciardi, E., Celasun, N., Ahmad, F., & Stuart, D. E. (2004). Eating Disorders. *BMC Women's Health, 4*, 1-6.
- Gurtman, M. B. (2001). Interpersonal Complementarity: Integrating Interpersonal Measurement With Interpersonal Models. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 97-110.
- Halvorsen, I., & Heyerdahl, S. (2006). Girls with Anorexia Nervosa as Young Adults: Personality, Self-Esteem and Life Satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 39*:4, 285-293.
- Harter, S. (1986). The development of the self-representations. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5<sup>th</sup> ed., pp. 553-617). New York. Wiley.
- Henry, W. P. (1994). Differentiating Normal and Abnormal Personality: An Interpersonal Approach Based on the Structural Analysis of Social Behavior. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (pp. 317-340). New York: Springer.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural Analysis of Social Behavior: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapeutic Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process, and Differential Psychotherapy Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768-774.

- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An Interpersonal Model of Psychotherapy: Linking Patient and Therapist Developmental History, Therapeutic Process, and Types of Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 125-133.
- Hoek, H. W. (2002). Distribution of Eating Disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 233-237). Spring Street, NY: The Guilford Press.
- Horesh, N., Zalsman, G., & Apter, A. (2000). Internalized Anger, Self-control, and Mastery Experience in Inpatient Anorexic Adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 247-253.
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*, 19-65.
- Joiner, T. E. (1999). Self-Verification and Bulimic Symptoms: Do Bulimic Women Play a Role in Perpetuating Their Own Dissatisfaction and Symptoms? *International Journal of Eating Disorders, 26*(2), 145-151.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Postremission Predictors of Relapse in Women With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*:12, 2263-2268.
- Klump, K. L. (2003). Psychological Aberrations: Cause and Consequence? In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 209-212). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Lester, R., & Petrie, T. A. (1998). Physical, Psychological, and Societal Correlates of Bulimic Symptomatology Among African American College Women. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 315-321.
- Lorr, M., & Strack, S. (1999). A Study of Benjamin's Eight-Facet Structural Analysis of Social Behavior (SASB) Model. *Journal of Clinical Psychology, 55*(2), 207-215.
- McFarlane, T., Olmsted, M. P., & Trottier, K. (2008). Timing and Prediction of Relapse in a Transdiagnostic Eating Disorder Sample. *International Journal of Eating Disorders, 41*:7, 587-593.
- Nevell, P., & Sohlberg, S. (1999). *Introduktion till interpersonell teori och terapi, särskilt enligt SASB*. Opublicerat manuskript, Uppsala universitet, Uppsala.
- Newns, K., Bell, L., & Thomas, S. (2003). The Impact of a Self-esteem Group for People with Eating disorders: An Uncontrolled Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 64-68.
- Palmer, R. L. (2003). The Hidden Burdens of Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 410-412). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Powers, P. S., & Bannon, Y. (2003). The Burdens of Eating Disorders are Rarely Recognized. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 415-417). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

- Quintana, S. M., & Meara, N. M. (1990). Internalization of Therapeutic Relationships in Short-Term Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 37*(2),123-130.
- Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S., & Fava, G. A. (2000). Life events and Prodromal Symptoms in Bulimia Nervosa. *Psychological Medicine, 30*, 727-731.
- Sassaroli, S., Gallucci, M., & Ruggiero, G. M. (2008). Low Perception of Control as a Cognitive Factor of Eating Disorders. Its Independent Effect on Measures of Eating Disorders and its interactive Effects with Perfectionism and Self-esteem. *Journal of Behavior Therapy, 39*, 467-488.
- Serpell, L., Treasure, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia Nervosa: Friend or Foe? *International Journal of Eating Disorder, 25*, 177-186.
- Sheppy, M. I., Friesen, J. D., & Hakstian, A. R. (1988). Eco-systemic Analysis of Anorexia nervosa. *Journal of Adolescence, 22*, 373-391.
- Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E., Fujisaki, M & Iyo, M. (2005). An Open Trial of Outpatient Group Therapy for Bulimic Disorders: Combination Program of Cognitive Behavioral Therapy with Assertive Training and Self-esteem Enhancement. *Psychiatry and Clinical Neuosciences, 59*, 690-696.
- StatSoft (1994). Statistica for the Macintosh. Tulsa OK: Author.
- Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. (2003). Reducing the Multiple Burdens of Suffering: Accessing Care for Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 400-402). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Surgenor, L. J., Horn, J., & Hudson, S. M. (2003). Empirical Scrutiny of a Familiar Narrative: Sense of Control in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 11*, 291-305.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1992). Predicting Patient Change from Therapist Competence and Patient-Therapist Complementarity in Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy: A Pilot Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 304-307.
- Swann, W. B., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do People's Self-Views Matter? Self-Concept and Self-Esteem in Everyday Life. *The American Psychological Association, 62*(2), 84-94.
- Touyz, S. W. (2003). A Recipe for the Psychological Management of Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 375-378). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Troop, N. A., Schmidt, U. H., Turnbull S. J., & Treasure, J. L. (2000). Self-esteem and Responsibility for Change in Recovery from Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 8*, 384-393.
- Wadsworth, T. (2007). Mediating and Moderating Relationships, In Howell, D. C (Sixth Ed.), *Statistical Methods for Psychology* (pp. 527-536). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

- Waller, G., Cordery, H., Corsorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russel, K. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Wilson, G. T. (2002). The Controversy over Dieting. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 93-97). Spring Street, NY: The Guilford Press.
- Wilson, G. T. (2003). Psychological Interventions for Eating Disorder: A Review. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 315-338). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Wilson, T., & Pike, K. M. (2001). Eating Disorders. In D. H. Barlow (3<sup>th</sup> Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 332-375). Spring Street, NY: Guilford Press.