



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykioterapeutprogrammet

KÄNSLOREGLERINGSINTERVENTIONER SOM TILLÄGG I ÄTSTÖRNINGSBEHANDLING

Karin Olsson & Anneli Skogsberg

Psykioterapeutexamensuppsats 2021

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Sean Perrin

Abstract

The patients who participated in this study were treated at Resund on behalf of Region Skåne which is running day care treatment services for the patients with a variety of eating disorders. The treatment is based on Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (CBT-E, Fairburn, 2008) which has been inspired by CBT-T (Waller et al, 2019). This quantitative study includes both pre and post-measurement in order to ensure the quality of the operation (treatment) of Resund concerning emotion regulation. The aim was to investigate the changes that take place in emotion regulation, the symptoms of eating disorders and the psychosocial functioning as a consequence of add-on therapies such as ERGT and KWS. DERS-16 scale was used to measure the emotion regulation and EDE-Q and CIA questionnaires to examine eating disorders and impairments in psychosocial functioning. The results imply that both groups improved the emotion regulation skills measured on mean value level but that the difficulties with emotion regulation remain. The eating disorder symptoms including their subscales Restraint, Eating Concern, Shape Concern, Weight Concern all decreased on mean value level in both groups. Moreover, the improvement in psychosocial functioning is noticeable on mean value level in both groups. The results are not significant.

Key concepts: eating disorder, emotion regulation, emotion regulation group therapy, DERS-16, EDE-Q, CIA.

Sammanfattning

Patienterna som deltog i denna studie har genomgått behandling på Resund som på uppdrag av Region Skåne bedriver dagsjukvård för alla olika ätstörningsdiagnoser. Behandlingen bygger på CBT-E (Fairburn, 2008) med inspiration av CBT-T (Waller et al., 2019). Denna studie är en före- och eftermätning och har utförts i syfte att kvalitetssäkra Resunds verksamhet avseende känsloregleringsinterventioner. Studien ämnar undersöka vilka förändringar som sker i känsloreglering, ätstörningssymtom och psykosocial funktion i samband med tilläggsbehandling ERGT och KWS. Mätinstrument som använts och analyserats är DERS-16, EDE-Q och CIA. Sammanfattningsvis tyder studiens resultat på att båda grupperna förbättrar emotionsregleringsförmågan på medelvärdesnivå men att de har fortsatta emotionsregleringssvårigheter. De totala ätstörningssymtomen mätt med EDE-Q inklusive subskalorna återhållsamhet, ätbekymmer, figurbekymmer, viktbekymmer minskar på medelvärdesnivå i båda grupperna. Det sker en förbättring i den psykosociala funktionen på medelvärdesnivå i båda grupperna. Resultaten är inte signifikanta.

Nyckelbegrepp: Ätstörningar, emotionsreglering, Emotion Regulation Group Therapy, DERS-16, EDE-Q, CIA.

Tack!

Vi vill tacka vår handledare Per Johnsson för trygg handledning och uppmuntran. Skrattet låg alltid nära och plötsligt händer det. Vi vill även tacka patienter och personal på Resund Behandling. Tack även för stöd från våra familjer.

Inledning.....	5
Emotionsreglering	6
Emotionsreglering och ätstörningar.....	7
Olika ätstörningsdiagnosers känslohantering.....	8
Ätstörningens påverkan på den psykosociala funktionen.....	9
Beskrivning och innehåll i ERGT	9
Beskrivning och innehåll av Känsloworkshop	10
Tidigare forskning	11
Studiens syfte och frågeställningar.....	12
Metod	12
Deltagare i studien.....	12
Mätinstrument.....	13
Procedur.....	15
Etiska överväganden.....	15
Resultat.....	15
Bortfallsanalys.....	15
Utfall.....	16
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	20
Referenser.....	23

Inledning

Resund Behandling är en verksamhet i Malmö som på uppdrag av Region Skåne bedriver dagsjukvård för alla olika ätstörningsdiagnoser. Diagnoserna som behandlas är Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, samt andra specificerade ätstörningar. Anorexia nervosa är karakteriserat av en begränsning av näringsintag som resulterar i signifikant låg vikt, rädsla för att gå upp i vikt och upptagenhet av kroppen. Patienter med Bulimia nervosa är också överdrivet upptagna av kroppsform och vikt, upplever att de förlorat kontrollen över ätande och har även kompensatoriska beteenden men svälter sig ej. Andra specificerade ätstörningar uppfyller ej kriterierna för dessa diagnoser men innebär ett signifikant lidande (American Psychiatric Association, 2013). Det är vanligt att det sker en migration mellan olika ätstörningsdiagnoser och kärnpatologin i de olika diagnoserna är ofta gemensamma (Fairburn, 2008). Resund Behandling erbjuder en behandling som bygger på Fairburns transdiagnostiska modell som inriktar sig på den gemensamma kärnpatologin i ätstörningar. Behandlingen bygger på manualen Cognitive behavior therapy and eating disorders men är anpassad till dagsjukvård. Anpassningen innebär att ett flertal olika moment sker i grupp, framförallt psykoedukation i föreläsningsform samt olika workshops som erbjuds efterhand som patienterna går vidare i behandling. Patienterna har individuella samtal en gång i veckan där det säkerställs att de erhåller alla delarna i CBT-E samtidigt som behandlingen utvärderas och de interventioner som skett i grupp individualiseras. Utöver CBT-E har även inspiration och interventioner hämtats från CBT-T (Waller et al., 2019). Behandlingen är sekventiell och uppdelad i olika faser. I dagsjukvård erbjuds måltider på plats vilket möjliggör för behandlaren att stödja patienten till ett fullvärdigt ätande på plats och i realtid. Fairburn (2008) har i sin manual formulerat en transdiagnostisk vidmakthållandemodell för ätstörningar. I denna modell berörs även känsloregleringens roll, men får i den breda versionen inget större fokus. Även Waller (2019) beaktar känsloregleringens roll i sin manual CBT-T men ges inte heller där något större utrymme.

Resund Behandling strävar efter att ge patienter den mest effektiva evidensbaserade vården och att vidareutveckla sitt program för att ge patienterna effektiva verktyg mot ätstörningen.

De senaste åren har en omfattande mängd forskning fokuserat på känsloreglering som en transdiagnostisk riskfaktor för utvecklandet av en mängd psykiska sjukdomar inklusive ätstörningar (Prefit et al., 2019). Svårigheten att reglera känslor ter sig vara viktig både för

uppkomst och vidmakthållande ätstörningar (Racine & Wildes, 2015). Det har över tid utkristalliserat sig ett större behov av behandlingsinterventioner som sätter känslor och känsloreglering i fokus.

Utifrån denna bakgrund har Resund Behandlings dagsjukvårdsprogram infört en kortare känsloworkshop (KWS) om fyra sessioner med fokus på att lära sig att uppmärksamma känslor, sätta ord på känslor, reglera och validera känslor samt agera i värderad riktning i närvaro av starka känslor. Workshopen har inspirerats av teori från Dialektisk beteendeterapi, DBT (Linehan, 1993), Emotion Regulation Group Therapy, ERGT (Grazt, 2016) och Acceptance and Commitment Therapy, ACT (Hayes, 2012).

Två gånger om året utförs även en mer omfattande satsning kring känsloreglering i form av ERGT, som innefattar 14 tillfällen (Grazt, 2016). Denna tilläggsbehandling erbjuds inte alla patienter utan främst de som är i början av behandlingen vid ERGT- start och som inte har upptäckt Post traumatiskt stress syndrom som behöver behandlas i dagsjukvård.

Emotionsreglering

Alltmer forskning pekar idag på känslornas roll och vår förmåga att reglera dessa som en viktig del i psykisk hälsa. Det finns ett klart samband mellan svårigheter att reglera känslor och ett flertal psykiatriska sjukdomar, inklusive ätstörningar (Payne et al., 2014).

Gross (1998) ger en bred definition av emotionsreglering som lyder: "Emotion regulation refers to the processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions." (p. 275).

Emotionsreglering enligt Gross (1998) är således flera strategier som individer kan använda sig av för att öka, bibehålla eller minska den emotionella upplevelsen. Tidigare har synen på god känsloreglering fokuserat på förmågan att kontrollera och reducera negativa känslor men detta har med tiden kommit att förändras.

Aldao et al. (2012) har identifierat några huvudsakliga emotionsregleringsstrategier som även inkluderar maladaptiva strategier som rumination, bortträngning och undvikande samt adaptiva som acceptans, problemlösning och omvärdering. Höga nivåer av maladaptiva strategier kan relateras till psykologiska störningar, däribland ätstörningar (Aldao et al., 2010). Forskning föreslår att behandling inte bara ska fokusera på att öka adaptiv emotionsreglering utan även minska på maladaptiva strategier.

Individer med ätstörningar visar ofta större negativa affekter, som depression och ångest samt mindre positiva affekter. Upplevandet av oönskade emotioner i vissa

sammanhang och svårigheter med känslohantering och uttryckande av känslor till andra är också vanligt för personer med ätstörningar. Gross (1998) definition för emotionsreglering är relevant för personer med ätstörningar (Kittel et al., 2015; Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015).

Gratz & Roemer (2004) har en multidimensionell modell av emotionsreglering som ligger till grund för ERGT. I förhållande till ätstörningar har den tillämpats i flera studier och är klinisk användbar för att förstå länken mellan emotionsdysreglering och maladaptiva beteenden. Emotionsreglering konceptualiseras som en uppsättning av färdigheter: medvetenhet och förståelse av emotioner, acceptans av emotioner, färdigheter att kontrollera beteendet vid upplevelse av negativa emotioner och färdigheter att använda passande strategier i olika situationer.

Emotionsreglering och ätstörningar

Uppkomsten och vidmakthållande av ätstörningar kan förstås utifrån en multifaktoriell modell där psykologiska, biologiska och sociala faktorer samspelar. Trots en ökande mängd forskning som identifierar dessa viktiga faktorer är vår förståelse fortsatt begränsad (Claudat & Lavender, 2017). Många patienter får god effekt av de behandlingar som erbjuds men ett icke obetydligt antal har fortsatta svårigheter. Det senaste årtiondet har ett ökat fokus varit på emotionsregleringens roll i ätstörningar. Det ter sig som om svårigheter i emotionsreglering spelar en betydande roll för både uppkomst och vidmakthållande av ätstörningsproblematik (Claudat & Lavender, 2017).

Emotionsreglering är transdiagnostiskt användbart för flera psykiatriska problem (Gratz & Tull, 2010) men man har även sett att andra behandlingar såsom KBT och ACT har en påverkan på emotionsreglering och specifika dimensioner i emotionsreglering. Förbättringar i emotionsreglering har även påverkat symtomminskning i ätstörningsdiagnoser (Juarascio et al., 2013). Linehans (1993) biopsykosociala modell av emotionell dysreglering i Borderline personlighetsstörning (BPS) har även använts för att beskriva liknande processer i Anorexia nervosa. Fairburn et al. (2003) föreslår att svårigheter med hantering av emotionella tillstånd är en transdiagnostisk egenskap hos vissa ätstörningspatienter och att ätstörningsbeteenden är en form av maladaptiv emotionsreglering som man kan jämföra med självskadebeteende vid BPS.

I studier som har gjorts är det inte möjligt att se samband mellan specifika interventioner och förändringar i specifika dimensioner av emotionsreglering. Om en viss

emotionsregleringsstrategi är adaptiv eller ej behöver också ses utifrån ett sammanhang och en given situation (Aldao et al., 2012). Forskning tyder på att ERGT som specifikt ska påverka emotionsreglering är användbart för de som har svårigheter med emotionsreglering (Gratz et al., 2015).

Den transaktionella modellen för emotionsreglering är användbar för att ge en bredare förståelse för vilka faktorer som kan påverka emotionell dysreglering vid Anorexia nervosa (Haynos & Fruzzetti, 2011). Den visar att individer med Anorexia nervosa har emotionella sårbarheter såsom ökad sensitivitet för känslor, en större subjektiv ökning av negativa emotioner och en högre intensitet av emotionella reaktioner vid generella emotionella stimuli. Forskning visar att individer med Anorexia nervosa blir utsatta för invalidering av sin omgivning. De upplever svårigheter i att uttrycka passande känslouttryck. Ätstörningsbeteenden såsom att begränsa sitt matintag och överträning har som funktion att reglera överväldigande känsloupplevelser genom att minska negativa känsloupplevelser och öka möjligheten till att känna positiva känslor (Haynos & Fruzzetti, 2011).

Studier tyder på att individer med ätstörningar har svårigheter med emotionsreglering och att det är en riskfaktor i ätstörningsdiagnoser. Svårigheter att differentiera, beskriva och reglera känslor är av vikt för utvecklande av ätstörningar (Prefit et al., 2019). Det har inte påvisats om olika ätstörningar skiljer sig åt i emotionsreglering eller om vissa emotionsregleringssvårigheter är specifika för ätstörningar. I en studie deltog patienter med Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Hetsättningsstörning, Borderline personlighetsstörning, Egentlig depression samt en kontrollgrupp. I helhet kunde man se stora likheter på de flesta emotionsregleringsvariabler och det gick att tyda att de har mer svårigheter med emotionsreglering än kontrollgruppen (Svaldi et al., 2012).

Olika ätstörningsdiagnosers känslohantering

Olika studier har fått olika resultat vad gäller emotionsreglering i de olika ätstörningsdiagnoserna (Prefit et al., 2019). Vid genomgång av litteratur utifrån emotionsreglering i Anorexia nervosa och Bulimia nervosa har Gratz och Roemers (2004) multidimensionella modell använts. Genomgången visar att både patienter som har Anorexia nervosa och Bulimia nervosa har breda svårigheter i emotionsreglering med svårigheter i alla fyra dimensioner. I den första dimensionen, Emotion Regulation Strategies, visas att både Anorexia nervosa och Bulimia nervosa innebär globala svårigheter med att reglera affektiva tillstånd. Den andra dimensionen, Behavioral Control when Distressed, ses att Anorexia

nervosa och Bulimia nervosa ger svårigheter att kontrollera beteendet under perioder av negativ stress. Det behövs mer forskning för att bekräfta detta. Den tredje dimensionen, Emotion Understanding and Acceptance tyder på minskad emotionell självmedvetenhet och större undantryckande och icke-acceptans vid Anorexia nervosa och Bulimia nervosa. Den visar också att patienter med Anorexia nervosa har svårigheter att känna igen känslor hos andra, speciellt komplexa emotioner, medan patienter med Bulimia nervosa inte har det. I den fjärde dimensionen, Emotion Approach and Tolerance ser man preliminärt att ätstörningar är karakteriserade av en högre tendens att undvika känslorframkallande situationer (Lavender et al., 2015). Flera studier visar att personer med ätstörningar har mer maladaptiva strategier för emotionsreglering såsom undvikande och undantryckande av känslor (Oldershaw et al., 2015).

Ätstörningens påverkan på den psykosociala funktionen

Vid all psykopatologi behövs en bedömning av svårighetsgraden i symtom men också hur det påverkar det psykosociala fungerandet. Det är ofta en försämring i en persons liv som leder till hjälpsökande och det är också det som behövs för att sätta en diagnos vid psykisk sjukdom (American Psychiatric Association, 1994). Patienter med ätstörningar har en övervärdering av form och vikt som påverkar deras förmåga att vara med andra och skapa nära relationer. Deras sätt att äta påverkar deras humör, kognitiva fungerande och familjerelationer (Doll et al., 2005).

Beskrivning och innehåll i ERGT

Gratz utvecklade Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) under 2000-talet i syfte att behandla emotionell dysreglering, känslomässigt undvikande och självskadebeteende för kvinnor med Borderline personlighetsstörning (BPS).

ERGT är utvecklat som en tilläggsbehandling för patienter som samtidigt går i individuell behandling. Den är således inte heltäckande för patienter med exempelvis BPS. Tanken med ERGT är att förstärka förändringar i den individuella behandlingen.

ERGT är framförallt en integrering av två terapiformer: ACT (Hayes et al., 1999) och DBT (Linehan, 1993) men också med inslag från Roemers och Orsillos (2005) terapi för GAD samt Greenbergs (2002) emotionsfokuserade psykoterapi.

I ERGT strävar man i känsloreglering inte efter att kontrollera känslor utan man fokuserar istället på känslors funktion. Känsloreglering i ERGT konceptualiseras som ett multidimensionellt konstrukt som involverar: (a) medvetenhet, förståelse och acceptans av

känslor; (b) förmåga att engagera sig i målinriktade beteenden och hämma impulsiva beteenden när man upplever negativa känslor; (c) flexibel användning av situationsanpassade strategier för att reglera intensiteten och/eller varaktigheten av känsloreaktioner, snarare än att helt eliminera känslor; (d) villighet att uppleva negativa känslor som en del i genomförandet av meningsfulla aktiviteter (Gratz & Roemer, 2004, s. 14)

Medvetenhet om känslor och förståelse av känslor fokuserar på att identifiera de känslor man har, kombinationer av känslor och att sätta namn på dem.

Känslomässig acceptans/villighet handlar om att hitta ett alternativ till att kämpa emot sina känslor eller bli av med dem. Att tillåta dem och låta dem vara precis så som de är.

Att reglera en känslas intensitet eller varaktighet när det behövs, handlar om att lära sig att skifta uppmärksamheten och reglera dem utifrån vad som är bra på lång sikt. Att lära sig att styra uppmärksamheten även när man är starkt känslomässigt påverkad.

Att kontrollera sina impulser och göra det man vill göra samtidigt som man upplever smärtsamma känslor, handlar om att lära sig färdigheter för att inte agera utifrån känslan eller agera impulsivt utan istället från val baserade på de behov man har samtidigt som man upplever jobbiga känslor. Värderad riktning handlar om att utforska och komma fram till vad som är viktigt i livet och hur man kan börja röra sig i riktning mot det. Det handlar om att skapa alternativ till de beteenden man har slutat med och istället röra sig i riktning mot vad som är meningsfullt. Om en individ uppvisar svårigheter i någon utav dessa dimensioner så upplever de en dysreglering av känslor.

Den terapeutiska hållningen i ERGT är viktig och ska innefatta en möjlighet till modellinlärning, ett icke-dömande där det som förmedlas tas emot på ett medkännande sätt och med exempel från terapeuternas egna liv (self disclosure) som valts ut i syfte att vara hjälpsamma för klientens villighet (Gratz & Roemer, 2004).

Beskrivning och innehåll av känsloworkshop

Känsloworkshopen (KWS) på Resund Behandling har stora likheter med ERGT men är mindre omfattande i teori, praktik och innefattar fyra sessioner. Innehållsmässigt ger KWS psykoedukation kring känslor och deras funktion samt varför vi har dem och vad de signalerar. Behandlingen fokuserar vidare på att uppmärksamma känslor och sätta ord på dem, det vill säga att öka sin känslomedvetenhet. Vidare ges psykoedukation avseende känslor och hur det kommer sig att dessa ibland känns så starka. Sårbarhet, grumliga känslor och invalidering introduceras som begrepp. Patienterna uppmanas till utökad känslspaning

vilket innebär att observera sina känslor, upptäcka sårbarheter och utforska om det sker en invalidering av egna känslor. Psykoedukation ges kring vad man kan göra för att påverka känslors intensitet samt kring affekttolerans och hur toleransen kan öka. Psykoedukation ges kring betydelsen av att ta hand om sårbarheter som sömn, kost och grundläggande behov, vikten av självomhändertagande samt validering av känslor. Psykoedukation ges även kring känslornas betydelse för agerande och hur vi kan agera i värderad riktning i närvaro av starka känslor. Patienterna har praktiska övningar i hemuppgift mellan sessionerna. Workshopen har inspirerats av teori från DBT (Linehan, 1993), ERGT (Gratz, 2016) och ACT (Hayes, 2012).

Tidigare forskning

Konceptualisering och mätning av emotionsdysreglering har skilt sig åt inom forskningen vilket delvis gör att relationen mellan emotionsdysreglering och ätstörningar är otydlig. Allt fler har använt sig av DERS för att mäta emotionsdysreglering.

I en RCT-studie av Gratz et al. (2014) redovisades att de som avslutat ERGT behandling hade signifikant bättre effekt på självskadebeteenden, självdestruktivitet, emotionsreglering, borderlinesymtom och livskvalitet än kontrollgruppen. Vid uppföljning efter 9 månader var förbättringen ännu större.

Sahlin et al., (2017) gjorde inom ramen för Nationella självskadeprojektet en studie med 95 kvinnor på 14 olika kliniker. Resultaten visade att självskadebeteenden minskar, självdestruktiva handlingar minskar samt att förmågan till emotionsreglering ökar efter genomgången behandling med ERGT. I likhet med andra studier minskade också depressions- och stressymtom hos deltagarna.

I en studie som gjorts med patienter som har ett icke-suicidalt självskadande beteende och som behandlats med ERGT påvisades signifikanta skillnader vad gäller självskadebeteende, depression, ångest, stress och emotionsreglering. Den största förändringen skedde i emotionsreglering. Det går inte att dra några generella slutsatser av studien då det är ett för litet urval (Dahlberg et al., 2018).

Studier tyder på att svårigheter i emotionsreglering påverkar utveckling och vidmakthållande av ätstörningar och att behandling som fokuserar på emotionsreglering vid Anorexia nervosa stöds av forskning (Racine & Wildes, 2015). En systematisk översikt som gjorts drog slutsatsen att personer med Anorexia nervosa visade sämre medvetenhet och mindre klarhet av känslor och större svårigheter med emotionsreglering jämfört med friska kontrollgrupper.

Larsson et al. (2020) har utvärderat en kort tilläggsbehandling med psykoedukation om känslor och emotionsregleringsfärdigheter. Mätningar på svårigheter i emotionsreglering och alexitymi visade på signifikanta förbättringar efter behandling. Även ätstörningssymtom och funktionsnedsättning minskade.

Studiens syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur ERGT och KWS som behandlingsintervention påverkar patienternas emotionsreglering mätt med DERS-16. Den ämnar även undersöka skillnader i ätstörningssymtom och psykosocial funktion mätt med EDE-Q och CIA efter interventionerna. Studien har följande frågeställningar:

1. Vilka förändringar sker i behandling avseende emotionsreglering efter ERGT och KWS mätt med DERS-16?
2. Vilka förändringar sker i behandling avseende ätstörningssymtom efter ERGT och KWS mätt med EDE-Q?
3. Vilka förändringar sker i behandling avseende psykosocial funktion efter ERGT och KWS mätt med CIA?

Studiens syfte är även att undersöka om det finns någon skillnad i före- och eftermätning mellan KWS- och ERGT-grupperna avseende känsloreglering, ätstörningssymtom och psykosocial funktion.

Metod

Deltagare i studien

De patienter som ingår i denna studie har genomgått en komplett behandling för ätstörningar inom dagvård på Resund Behandling. Patienterna kom till Resund Behandling via remiss från annan vårdgivare eller via egenremiss. Patienterna genomgick först en ätstörningsbedömning och konstaterades lida av en ätstörning enligt DSM V (2013) av en allvarlighetsgrad sådan att dagsjukvårdsbehandling rekommenderades. De patienter som var i fas 1 eller fas 2 av behandlingen när ERGT startade, erbjöds att delta. Inget självskadebeteende krävdes för att få delta. Exklusionskriterier var brott mot förutsättningarna

för dagvårdsbehandlingen. Förutsättningarna för dagvårdsbehandling (se Bilaga) innefattar att vissa behandlingsinterventioner följs som exempelvis veckovis vägning, registrering, viktåtertagande vid undervikt samt att äta upp inom avsatt tid. Hot mot liv och hälsa kan innebära att behandlingen avbryts. Åldern varierar mellan 19–44 år med en medelålder på 27 år. Antalet som påbörjade ERGT var 9 stycken, alla var kvinnor.

De patienter som började dagvårdsbehandling efter att ERGT startat erbjuds känsloworkshop om 4 tillfällen. Urvalet för känsloworkshopen omfattade 7 patienter varav 6 kvinnor och 1 man. Åldern varierar mellan 20–43 år med en medelålder på 30 år.

ERGT-gruppen leddes av två terapeuter, varav en har genomgått grundutbildning i ERGT inklusive handledning.

Mätinstrument

Skattningar som kommer att användas i utvärderingen är DERS-16 (Nordgren et al., 2019), EDE-Q (Fairburn, 1994) och CIA (Fairburn & Bohn, 2008).

Difficulties in Emotion Regulation Scale-16 item version (Bjureberg et al., 2015) är en självskattningsskala och en kortversion av DERS (Gratz & Roemer, 2004) som mäter känsloregleringssvårigheter.

Formuläret utgår från definitionen av känsloreglering som innefattar: (a) medvetenhet, förståelse och acceptans av känslor; (b) förmåga att kontrollera beteenden när en upplever negativa känslor och (c) villighet att uppleva negativa känslor som en del av att bedriva meningsfulla aktiviteter i livet.

Formuläret består av 16 frågor som besvaras genom att fylla i hur ofta varje påstående stämmer. Skalan går från 1 = nästan aldrig, 2 = ibland, 3 = hälften av tiden, 4 = oftast, 5 = nästan alltid.

För DERS-16 summeras totalen (16-80). Det finns inga normer, men summa < 34 visar på ”normala” känsloregleringssvårigheter. Högre poäng avser högre grad av svårighet i känsloreglering. Ingen av frågorna har en omvänd skala (Bjureberg et al.,2015).

DERS-16 har en god test-retest reliabilitet $r = 0.85$; $p < 0.001$ och en hög inre konsistens ($\alpha = 0.92$).

DERS-16 validitet utvärderades genom jämförelse med DERS (Gratz & Roemer, 2004) och visade på minimala skillnader. Sammanfattningsvis ger DERS-16 en valid och kort metod för att mäta en översiktlig svårighet att reglera känslor (Bjureberg et al., 2015). Nordgren et al. (2019) stödjer att skalan DERS-16 används för vuxna med ätstörningar.

Eating Disorders Examination-Questionnaire (EDE-Q), är ett frågeformulär som mäter ätstörningssymtom (Fairburn & Beglin, 1994). Frågorna avser de senaste fyra veckorna och skalan går från "inga" till "varje dag". I vissa fall skattas frågorna som grad av störning från "inte alls" till "märkbart". Formuläret består av 36 frågor och har fyra delskalor: (a) återhållsamhet - graden av restriktivt ätande gällande mängd och näringsinnehåll, (b) ätbekymmer - mäter upptagenhet av tankar kring mat och ätande samt ångest eller skuld efter man ätit något, (c) figurbekymmer - handlar om hur pass upptagen personen är av tankar kring sin kroppsform och missnöje med sin kropp och (d) viktbekymmer - mäter upptagenhet på tankar om vikten. En totalpoäng kan beräknas som ger en bild av hur svår ätstörningen är.

EDE-Q har i flera studier visat god psykometrik (Fairburn & Cooper 1987; Carter, Aime, & Mills, 2001) med test-retest reliabilitet $r = (0.89)$ och $\alpha = 0.85$. EDE-Q har normerats i Sverige både i en allmän population av kvinnor samt i kliniskt urval (Welch et al., 2010) I den allmänna populationen var medelvärdet för EDE-Q total 1,56 (sd = 1,27), återhållsamhet 1,22 (sd = 1,32), ätbekymmer 0,81 (sd = 1,13), figurbekymmer 2,40 (sd = 1,71) och viktbekymmer 1,78 (sd = 1,27). I det kliniska urvalet var medelvärdet 4,06 (sd = 1,196), återhållsamhet 3,67 (sd = 1,598), ätbekymmer 3,36 (sd = 1,335), figurbekymmer 4,72 (sd = 1,315) och viktbekymmer 4,07 (sd = 1,388)

Clinical Impairment Assessment (CIA), är en självskattning och mäter vilket påverkan ätstörningen har på funktionen i vardagen. Den innehåller 16 item som mäter nedsättningar i olika områden i livet som påverkas av ätstörningar: humör och självuppfattning, kognitiv funktion, interpersonell funktion och arbetsprestation. Frågorna besvaras med alternativen: Inte alls, Lite, Ganska mycket och Mycket. Poängen fördelar sig mellan 0–48, ju högre poäng desto större funktionsnedsättning. CIA ska fyllas i precis efter ifyllande av EDE-Q som täcker samma tidsperiod (de senaste 28 dagarna). Slutsatser i Maraldo, 2020 studie visar att CIA bedömer en generell psykosocial nedsättning, men inte på subskalenivå. CIA med 16-item har acceptabel test-retest reliabilitet och en hög inre konsistens med $\alpha = 0.97$ (Bohn et al., 2008).

CIA har normerats i en allmän population av kvinnor och i ett kliniskt urval i Sverige. I den allmänna populationen var medelvärdet 8,25 (sd = 9,35) och i det kliniska urvalet var medelvärdet 30 (sd = 10,207). Vid test av konstruktvaliditet jämfördes EDE-Q och CIA och det visade en statistisk signifikant korrelation som indikerade att högre nivåer av ätstörningspsykopatologi associeras med högre nivåer av sekundär psykosocial försämring (Bohn et al., 2008).

Procedur

Både deltagarna i ERGT-gruppen och KWS-gruppen fyllde i EDE-Q, CIA och DERS-16 vid start av behandling. Vid behandlingens avslut fyllde alla kvarvarande patienter i dessa skattningar igen. Skattningsskalorna samlades av administratör vid Resund Behandling och sorterades in patientens pappersjournal. Författarna fick sedan del av materialet men tog inte del av patienternas övriga journal. Skattningsskalorna avpersonifierades och deltagarna tilldelades ett nummer.

Etiska överväganden

Skattningsskalor har samlats in i kliniskt syfte av behandlarna för att kunna följa behandlingen och dess utfall. Syftet med uppsatsen är att utvärdera verksamheten och studera eventuella skillnader vid före- och eftermätning för de specifika grupperna. Inget tillförs eller ändras i den ordinarie behandlingen. Det är inget krav på informerat samtycke i enlighet med paragraf 19 i Personuppgiftslagen (1998:204) eftersom studien är en del av den kliniska verksamhetens utvärderingsarbete. Det har ändå inhämtats ett informerat samtycke från deltagarna för att säkerställa vilja till delaktighet och en möjlighet att avsäga sig samtycket när som helst. Ingenting förändras för patienterna vilket gör risken för att åsamka skada mycket liten. Godkännande från enhetschef inkom innan datainsamling påbörjades. Personalen på Resund Behandling tillfrågades och informerades om studien. All data som förekommer i studien är avpersonifierad och patienterna fick ett deltagarnummer innan författarna fick ta del av materialet. Ingen information i studien kan härledas till någon enskild person. All information har förvarats på Resund Behandling i avsett journalskåp och aldrig lämnat mottagningen.

Resultat

Bortfallsanalys

Totalt började 7 deltagare i känsloworkshopen, varav 2 deltagare inte var med på alla fyra tillfällen. Dessa individer fyllde endast i förmätningar. Totalt finns 5 kompletta mätningar.

I ERGT gruppen började 9 deltagare varav 3 deltagare avslutade behandlingen i förtid. På grund av administrativt fel har två av deltagarna har inte lämnat ingångsskattningar på EDE-Q och CIA. Totalt finns 4 kompletta mätningar.

Utfall

1. Vilka förändringar sker i behandling avseende emotionsregleringssvårigheter efter ERGT och KWS mätt med DERS-16?

I Tabell 1 presenteras resultaten av deltagarnas för och eftermätningar avseende DERS-16. I ERGT före- och eftermätning har medelvärdet sjunkit med 7 poäng. I KWS före- och eftermätning har medelvärdet sjunkit med 5,8 poäng. KWS-gruppen har något högre medelvärde vid förmätning än ERGT gruppen. Efter genomgången behandling har medelvärdena sänkts i båda grupperna. I ERGT-gruppen sjunker medelvärdet på DERS-16 obetydligt mer än i KWS-gruppen. Båda grupperna visar på känsleregleringssvårigheter före såväl som efter behandlingsintervention. Resultaten är inte signifikanta.

Tabell 1. Deltagarnas före- och eftermätningar i ERGT och KWS mätt med DERS-16 total.

	Före		Efter	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ERGT	52,5	11,44	45,5	6,95
KWS	63	11,3	57,2	9,47

DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale

ERGT = Emotion Regulation Group Therapy

KWS = Känsloworkshop

2. Vilka förändringar sker i behandling avseende ätstörningssymtom efter ERGT och KWS mätt med EDE-Q?

I Tabell 2 presenteras resultaten av deltagarnas före och eftermätningar avseende EDE-Q total. EDE-Q delas även upp i subskalorna återhållsamhet, ätbekymmer, figurbekymmer och viktbekymmer. I ERGT sjunker EDE-Q total mellan före- och eftermätning med 2,25 och i KWS med 4,1 poäng. I ERGT avseende Återhållsamhet sjunker medelvärdet mellan före- och eftermätning med 4 och i KWS med 4,64 poäng.

I ERGT avseende Ätbekymmer sjunker medelvärdet mellan före- och eftermätning med 1,73 och i KWS med 3,86 poäng.

I ERGT avseende Figur sjunker medelvärdet mellan före- och eftermätning med 1,63 och i KWS med 3,84 poäng. I ERGT avseende Vikt sjunker medelvärdet med 1,85 och i KWS

med 3,96 poäng. Resultaten visar på sänkning i alla parametrar men är inte signifikanta utifrån det låga n-talet.

Tabell 2. Deltagarnas före- och eftermätningar i ERGT och KWS mätt med EDE-Q.

	ERGT				KWS			
	Före		Efter		Före		Efter	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
EDEQ total	4,3	0,75	2,05	0,47	5	0,51	0,9	0,43
Återhållsamhet	4,65	1,36	0,65	0,6	5	0,73	0,36	0,33
Ätbekymmer	3,08	0,73	1,35	0,41	4,3	0,78	0,44	0,38
Figur	5,23	0,43	3,6	1,22	5,5	0,75	1,66	0,65
Vikt	4,5	0,96	2,65	0,41	5,12	0,73	1,16	0,77

EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire

ERGT = Emotion Regulation Group Therapy

KWS = Känsloworkshop

Utifrån en jämförelse med normativa data på EDE-Q total och de olika subskalorna (Welch et al., 2010) visar mätningarna före behandling kliniskt signifikanta ätstörningssymtom i båda grupperna. Vid eftermätning ter sig båda grupperna ligga i nivå med den allmänna populationen.

3. Vilka förändringar sker i behandling avseende psykosocial funktion efter ERGT och KWS mätt med CIA?

I Tabell 3 presenteras resultaten av deltagarnas för och eftermätningar avseende CIA. I ERGT före- och eftermätning har medelvärdet sjunkit med 20,75 poäng. I KWS före- och eftermätning har medelvärdet sjunkit med 29,4 poäng. Medelvärden på KWS är högre än ERGT vid före-mätning och vid eftermätning är skillnaderna små. Det sker en förbättring utifrån medelvärdet i den psykosociala funktionen i båda grupperna. Resultaten är inte signifikanta.

Tabell 3. Deltagarnas före- och eftermätningar i ERGT och KWS mätt med CIA.

	Före		Efter	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ERGT	34	2,7	13,25	3,86
KWS	40	5,57	10,6	6,88

CIA = Clinical Impairment Assessment

ERGT = Emotion Regulation Group Therapy

KWS = Känsloworkshop

Vid jämförelse med normativa data (Welch et al., 2010) har både ERGT och KWS gruppen förmätningar som motsvara det kliniska urvalet. Eftermätningarna visar att båda grupperna har gjort en kliniskt signifikant förbättring och ligger i nivå med den allmänna populationen.

Diskussion

I arbetet med att förbättra behandlingen som erbjuds på Resund Behandling sker ett kontinuerligt utvärderingsarbete. Att undersöka om behandlingen blir bättre eller sämre efter införandet av nya interventioner är av största vikt för att utvecklas och förbättras. Denna studie är en del av detta utvärderingsarbete. Syftet med studien är att undersöka om ERGT är en intervention som kan förbättra emotionsreglering, ätstörningssymtom, och psykosocial funktion eller om den ordinarie behandlingen där KWS ingår är tillräcklig.

Studiens första frågeställning ämnar undersöka emotionsregleringssvårigheter mätt med DERS-16 efter KWS och ERGT. Studiens resultat visar på att medelvärdena sjunker i båda grupperna men att emotionsregleringssvårigheter kvarstår även efter behandlingsinterventionerna. Holmqvist et al. (2020) visar dock en signifikant förbättring av emotionsreglering efter en liknande intervention som KWS i en ätstörningspopulation. Detta tyder på att även en kort tilläggsintervention kan vara av betydelse för att förbättra känsloregleringsförmågan. De deltagare som ingår i vår studie har stora känsloregleringssvårigheter och resultaten kan även tyda på att de har behov av mer omfattande känsloregleringsinterventioner och/eller mer tid att praktisera dem.

Gratz et al. (2014) visade i sin studie att ERGT ledde till förbättringar i känsloreglering för patienter med BPS. Denna studie visar inte lika tydlig förbättring efter

genomgången ERGT. Detta resultat kan förklaras utifrån att ERGT har utvecklats för BPS och självskada och inte för ätstörningar. Deltagarna kan i likhet med vad Prefit et al. (2019) beskriver ha större svårigheter med medvetenhet av känslor. Enligt Haynos & Fruzzetti (2011) har överträning och restriktivitet med maten en känsloreglerande effekt genom att det minskar negativa känsloupplevelser. I CBT-E angrips dessa beteenden vilket kan tala för att deltagarna då mister en känsloregleringsstrategi, om än en maladaptiv sådan och upplever större känslosvårigheter. Efter genomgången ERGT har känslomedvetenheten möjligtvis ökat vilket kan medföra att deltagarna skattar högre poäng i en global mätning.

Ytterligare en aspekt som påverkar resultatet kan vara tid. I denna studie utvärderas resultatet direkt efter avslutad behandling/intervention. Det vore intressant att se hur resultaten utvecklar sig vid en uppföljning då Gratz et al. (2014) visar på ytterligare förbättringar efter 9 månader.

Studiens andra frågeställning ämnar undersöka förändring i ätstörningssymtom mätt med EDE-Q före och efter behandling med de olika interventionerna KWS och ERGT. I jämförelse med normativa data kan ses att skattningarna i båda grupperna vid behandlingsstart visar på kliniskt signifikanta ätstörningssymtom och vid eftermätning ligger de i nivå med den allmänna populationen. Detta tyder på att båda grupperna har fått en minskning i ätstörningssymtom. Däremot ses ingen större skillnad på minskningen mellan ERGT och KWS. Detta kan tolkas som att trots att ERGT är en mycket mer omfattande intervention än KWS, inte påverkar ätstörningssymtomen i större utsträckning. Liknande resultat går att se avseende den psykosociala funktionen mätt med CIA. Det kan vara så att CBT-E (Fairburn, 2008) är tillräckligt i sig själv för att påverka ätstörningssymtomen och den psykosociala funktionen och att ERGT eller KWS inte bidrar med något ytterligare. Utifrån tidigare forskning (Claudat & Lavender, 2017) ter sig emotionsreglering spela en viktig roll i ätstörningarnas vidmakthållande men kanske är ERGT och KWS inte de bästa interventionerna för just de svårigheter med emotionsreglering som föreligger vid ätstörningar. ERGT är utvecklat för BPS och självskadebeteende. Möjligtvis finns behov att utveckla en specifik intervention just för ätstörningar med fokus på de dimensioner där ätstörningspatienter har det svårast. Samtidigt menar Fairburn et al. (2003) att självskadebeteende och ätstörningsbeteenden båda är en form av maladaptiv emotionsreglering vilket talar för att globala känsloregleringsfärdigheter skulle vara

användbara. Emotionsregleringsstrategier är kanske av större vikt efter att ätstörningssymtom har minskat och psykosocial funktion har ökat, för att inte återfalla i ätstörning.

I motsats till Juarascio et al. (2013) som visat att förbättringar i emotionsreglering påverkar symtomminskning i ätstörningsdiagnoser tyder studiens resultat på en symtomminskning men inte en tydligt förbättrad emotionsreglering. Däremot kan den förbättring som ses i emotionsreglering ha påverkat symtomminskningen, men det går ej att avgöra eftersom deltagarna får parallella behandlingar.

Studiens tredje frågeställning ämnade undersöka vilka förändringar som går att se i funktion mätt med CIA i de olika grupperna. I båda grupperna sågs en kliniskt signifikant förbättring vid eftermätning vid jämförelse med normativa data. Förändringen var större i KWS-gruppen troligen på grund av något högre ingångsvärden. Det ter sig som om den psykosociala funktionen mätt med CIAs förändring följer ätstörningssymtomen mätt med EDE-Q i större grad än emotionsregleringsförmågan mätt med DERS, vilket skulle tyda på att ätstörningssymtom har högre påverkan på den psykosociala funktionen än känsloregleringsfärdigheter. Denna hypotes stöds även av forskning som visar att sättet att äta påverkar patienternas humör, kognitiva funktioner och familjerelationer (Doll et al., 2005). Bohn et al. (2008) har även visat att det finns en korrelation mellan ätstörningssymtom och psykosocial funktion.

Ett övergripande syfte i denna studie är att undersöka vilken omfattning av emotionsregleringsinterventioner som behövs vid ätstörningsbehandling. Denna studie har kunnat påvisa en förbättring avseende emotionsreglering i båda grupperna utifrån medelvärden men inte påvisat någon signifikant skillnad trots olika omfattning. På medelvärdensnivå avseende ätstörningssymtom ses en minskning och utifrån psykosocial funktion en ökning i båda grupperna. Det går inte att avgöra om känsloregleringsinterventionerna har haft någon påverkan på ätstörningssymtom eller psykosocial funktion. Om studien haft ett större n-tal kanske resultaten hade varit signifikanta.

Metoddiskussion

En genomgående begränsning i denna studie har varit studiens låga n-tal. Antalet deltagare var vid start lågt och vid avslut hade ytterligare deltagare fallit bort av olika anledningar. Det låga n-talet har gjort att det inte går att beräkna signifikans och inte heller generalisera några resultat. Studien är att betrakta som en förstudie och verksamheten kan över tid samla ett större underlag för att på sikt kunna få mer reliabla resultat.

En begränsning i denna studie är avsaknad av kontrollgrupp och randomisering. Jämförelsen sker mellan patienter i ätstörningsbehandling som erhåller två olika känsloregleringsinterventioner. Det går därför inte att uttala sig om förbättring sker utifrån en av känsloregleringsinterventionerna, av annan intervention eller av annan anledning.

Studien undersökte interventioner i ett befintligt kliniskt urval vilket kan vara en styrka då det speglar hur den kliniska verkligheten ser ut.

I den aktuella verksamheten var DERS-16 redan ett aktivt instrument. DERS-16 har en god validitet och reliabilitet men ger endast ett globalt mått på känsloregleringssvårigheter (Bjureberg et al., 2016). Med ett större n-tal vore det intressant att mäta med DERS-36 som kan delas upp i subskalor och ge ytterligare information kring vilka dimensioner som eventuellt påverkas och om det föreligger någon skillnad mellan ätstörningsdiagnoserna. Detta kan bidra till att utveckla interventioner riktade mot specifika dimensioner. Forskning visar att det hittills inte gått att koppla någon specifik intervention till en sänkning i emotionsreglering eller sänkning i DERS (Monell et al., 2018). DERS-16 har fördelen att vara ett kortare och därmed mindre belastande instrument för patienter att fylla i (Bjureberg et al., 2016). Enligt Monell et al. (2015) ter det sig inte vara större skillnad mellan patienter med olika ätstörningsdiagnosers sätt att reglera känslor. Detta skulle kunna vara ett argument för att ett globalt mått räcker. Fler studier behövs för att bekräfta detta. Det finns ett stort urval skattningar som mäter känsloreglering och det är svårt att veta vilken som ger den bästa uppfattningen av känsloreglering. Det finns forskning som stödjer de skattningar som använts i denna studie (Nordgren et al., 2020).

Denna studie har inte undersökt anledningen till bortfall i deltagande. Totalt började 7 deltagare i KWS och vid avslut fanns 5 kompletta mätningar. I ERGT gruppen började 9 deltagare och vid avslut fanns 4 kompletta mätningar. Björk (2008) har undersökt anledningar till bortfall vid ätstörningsbehandling och funnit att de som avbröt behandlingen redan från början hade färre psykologiska problem och en mindre negativ självbild. Även i denna studie vore det intressant att undersöka vilka patienter som fallit bort. Det vore också intressant att vid en vidare studie kombinera kvantitativ och kvalitativ metod och undersöka deltagarnas upplevelse av huruvida känsloreglerings interventioner är hjälpsamma.

I vidare studier vore det av intresse att använda sig av en kontrollgrupp som genomgår ordinarie ätstörningsbehandling men inte erhåller vare sig ERGT eller KWS. En fråga att undersöka vidare kan vara om man blir bättre på känsloreglering av endast CBT-E?

Ätstörningsbehandling innehåller exponering vilket i sig kräver användning av känsloregleringsfärdigheter. Det vore viktigt att kontrollera detta mot en grupp som inte erhåller någon extra känsloregleringsintervention och undersöka om det föreligger någon skillnad i känsloreglering, ätstörningssymtom och psykosocialt fungerande.

Vid en framtida studie vore det av vikt att ha ett större n-tal för att kunna utföra statistiska beräkningar och få mer reliabla resultat. Vid reliabla resultat skulle det kunna innebära väl underbyggda förändringar och förbättringar i verksamheten.

Bortfall är ett problem i denna studie och är även ett generellt problem vid ätstörningsbehandling. Det vore betydelsefullt att veta anledningarna till detta för att kunna hjälpa fler och anpassa behandlingen.

ERGT är en utvärderad intervention avseende BPS och självskadebeteende. Det vore viktigt att utvärdera den på liknade sätt för ätstörningar.

Det är fortfarande oklart hur omfattande känsloregleringsinterventioner behöver vara. Är det tillräckligt med en känsloregleringsintervention om fyra gånger eller krävs ERGT om 14 gånger eller ytterligare omfattning? Vår studie kan ses som en pilotstudie och således behövs ytterligare studier. Det kan vara att det krävs en längre tids praktiserande för att förbättra känsloreglering. Således är det av vikt att undersöka effekter även på längre sikt.

Referenser

- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function= Estrategias de regulación emocional como procesos transdiagnósticos: una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y fun.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.
- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 38*(2), 284-296.
- Björk, T. (2008). *Measuring eating disorder outcome: definitions, dropout and patients' perspectives* (Doctoral dissertation, Örebro universitet).
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 46*(10), 1105–1110. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.brat.2008.06.012>
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- American Psychiatric Pub. Claudat, K., & Lavender, J. M. (2018). An introduction to the special issue on emotion regulation and eating disorders. *Eating disorders, 26*(1), 1-4.
- Carter, J. C., Aime, A. A., & Mills, J. S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International journal of eating disorders, 30*(2), 187–192. <https://doi.org/10.1002/eat.1071>
- Claudat, K., & Lavender, J. M. (2018). An introduction to the special issue on emotion regulation and eating disorders. *Eating Disorders, 26*(1), 1–4. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/10640266.2018.1418281>

- Doll, H. A., Petersen, S. E., & Stewart-Brown, S. L. (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of life research, 14*(3), 705-717.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 363–370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41*(5), 509-528.
- Gratz, K. L. (2016). Emotion Regulation Group Therapy - Vid självskadeteende, Manual och arbetsblad.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. J. P. M. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 44*(10), 2099.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration, 12*(2), 154.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271-299.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy : the process and practice of mindful change* (2. ed.). Guilford Press.
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*(3), 183-202.

- Holmqvist Larsson, K., Andersson, G., Stern, H., & Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 141–155.
- Holmqvist Larsson, K., Lowén, A., Hellerstedt, L., Bergcrona, L., Salerud, M., & Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training: a pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s40337-020-00289-1>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459-489.
- Kittel, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 534-554.
- Lavender, J. M., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K. L. (2017). development and validation of a state-based measure of emotion dysregulation: The state difficulties in emotion regulation scale (S-DERS). *Assessment*, 24(2), 197–209.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111-122.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Maraldo, T. M., Fewell, L., & Vander Wal, J. S. (2021). Factor structure and psychometric properties of the clinical impairment assessment 3.0 (CIA) in a clinical eating disorder sample. *Eating Behaviors*, 40, 101469. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.eatbeh.2020.101469>
- Monell, E. (1,2), Clinton, D. (1,3), & Birgegård, A. (1). (n.d.). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 921–930.

- Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2015). Emotion dysregulation, self-image and eating disorder symptoms in University Women. *Journal of Eating Disorders*, 3.
- Nordgren, L., Monell, E., Birgegård, A., Bjureberg, J., & Hesser, H. (2020). Factor structure of the difficulties in emotion regulation scale in treatment seeking adults with eating disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(1), 111-126.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical psychology review*, 39, 83-95.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 785–795. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ccp0000011>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 213-240). Springer, Boston, MA.
- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman, E., Bjärehed, J., ... & Hellner, C. (2017). Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ open*, 7(10), e016220.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111.
- Payne LA, Ellard KK, Farchoine TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders. A unified transdiagnostic protocol. IN: Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders*. 5th ed. New York: The Guildford Press; 2014. P237-74
- Prefit, A. B., Câdea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438

- Rand-Giovanetti, D., Cicero, D. C., Mond, J. M., & Latner, J. D. (2020). Psychometric properties of the eating disorder examination–questionnaire (EDE-Q): A Confirmatory factor analysis and assessment of measurement invariance by sex. *Assessment*, 27(1), 164–177.
- Raykos, B., Erceg-Hurn, D., McEvoy, P., & Byrne, S. M. (2019). Evidence that the clinical impairment assessment (CIA) Subscales should not be scored: Bifactor modelling, reliability, and validity in clinical and community samples. *Assessment*, 26(7), 1260–1269.
- Waller, G., Turner, H., Tatham, M., Mountford, V. A., & Wade, T. D. (2019). *Brief cognitive behavioural therapy for non-underweight patients: CBT-T for eating disorders*. Routledge.
- Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 85–91. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.brat.2010.10.010>

Förutsättningar för behandling och behandlingskontrakt

Fas 1 (3 veckor)

- Viktuppgång vid undervikt/svältsymtom med 1-2 kg varje tvåveckorsperiod
- Tillägg förmiddagsfika, juice etc för alla under BMI 20.
- Minska bulimiska beteenden (hetsätningar/kompensatoriskt beteende)
- Samverkan med andra vårdgivare + närstående
- Äta upp alla måltider i tid 15-30 min. Se dokument *Bra att veta om dagsjukvården* för mer specifika tider för varje måltid. Vi sitter alltid kvar vid bordet avsatt tid innan vi dukar av. Följs inte detta får man gå hem och sedan ha ett uppföljande samtal med sin behandlare
- Registrera (vad man äter och tidpunkt)
- Vägning varje vecka i session med behandlare
- Delta i föreläsningar/grupper enligt överenskommelse med behandlare
- Säkerhet för liv och hälsa kommer alltid vara första prioritet, vilket innebär att behandling kan avbrytas om detta inte är säkerställt.

I Fas 2 (4 + veckor) tillkommer

- Fortsatt viktuppgång
- Upphöra med bulimiska beteenden
- Fortsatt exponering (Max-lunch, Lunchklubb, exponera utanför dagsjukvården)
- Utvärdering varannan vecka
- Eget ansvar för fullvärdiga matlådor

I Fas 3 (2-3 veckor) tillkommer

- Body work (enligt individuell plan)

I Fas 4 (2 veckor) tillkommer

- Återfallsprevention/Vidmakthållande planering och avslut

Uppföljning 1 månad efter samt 3 månader efter genomförd behandling.

Jag är införstådd med att behandlingen avslutas om ovanstående inte följs:

Datum:

Signatur: