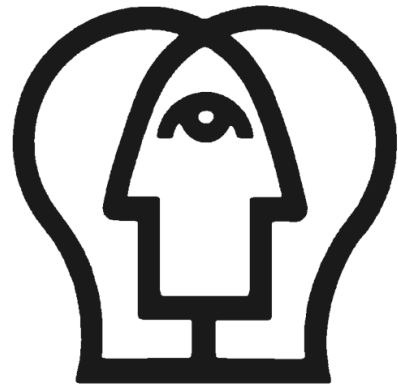


Helt perfekt.

-Uppföljning av en behandlingsstudie som undersöker internetfördelad
KBT vid perfektionism

Julia Kiiskinen
Anna Karin Söderberg



Handledare: Per Carlbring & Alexander Rozental
PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET SPECIALISTINRIKTNING, 15 POÄNG, 2017
STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Sammanfattning

Tidigare studier visar att kognitiv beteendeterapi (KBT) såväl som internetbaserad KBT (iKBT) haft goda resultat vid behandling av perfektionism. Föreliggande studie är en 6-månaders uppföljning där man jämfört iKBT med regelbundet behandlarstöd ($n = 33$) med iKBT med behandlarstöd på förfrågan ($n=37$). Studien är en del av Devinprojektet som undersöker iKBT för perfektionism. Uppföljningen baserades på självskattningar utifrån grad av perfektionism, symptom på ångest och depression samt grad av livskvalitet. Ett kunskapstest användes för att utvärdera huruvida tilläggnandet av kunskap om perfektionism hade ett samband med behandlingsutfallet. En mixed effect model visade på bestående effekter på skalor som mäter grad av perfektionism för båda grupperna. Inga signifikanta skillnader mellan förmätning och uppföljning kunde påvisas gällande utfallsmåtten för ångest, depression eller livskvalitet, och det förelåg ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Beträffande resultat på kunskapstestet fanns ett signifikant samband för båda grupperna på en av skalorna som skattar grad av perfektionism vid uppföljning. Flera långtidsuppföljningar inom området vore önskvärt för framtida forskning.

Tack till

Per Carlbring för snabba rör och kloka synpunkter.

Alexander Rozental för din ovärderliga kunskap och tillgänglighet samt för att ha räddat oss från statistiska villfarelser, om och om igen.

Alla deltagare och behandlare i studien! Utan er hade inget av detta varit möjligt.

Varandra för ett lagom pärfekt arbete.

Bakgrund

Det har gjorts åtskilliga försök att genom åren definiera begreppet perfektionism. Burns (1980) i Shafran, Cooper och Fairburn (2002) förklarade perfektionism som en individs strävan efter egna orimligt uppsatta krav där det egna värdet baseras på huruvida kraven uppnås. Ett decennium senare hävdade Frost, Marten, Lahart och Rosenblate (1990) att perfektionism behöver vidgas till ett flerdimensionellt begrepp för att fullt redogöra för dess innebörd och komplexitet och krävde att man skiljde ut de individer som har en ohälsosam strävan att uppnå högt uppsatta krav från dem med en hälsosam strävan. Redan 1978 gjorde Hamachek en åtskillnad mellan normal och neurotisk perfektionism där den neurotiske perfektionisten inte bara har höga krav utan även ger sig själv ytterst lite utrymme att göra misstag och blir sällan nöjd med vad som uppnås. Detta är enligt Frost et al. (1990) ett viktigt tillägg till definitionen av perfektionism då det är när de högt uppsatta kraven följs av negativ självkritik som de utgör ett hot mot individens psykiska hälsa. En annan viktig åtskillnad som Hamachek (1978) gör enligt Frost et al. (1990) är att den neurotiske perfektionisten drivs av en rädsla för att göra fel, snarare än en önskan om att lyckas. Ytterligare dimensioner som förklarar perfektionism enligt Frost et al. (1990) är tvivel över egna prestationer, att man under uppväxten ofta upplevt att man inte kunnat leva upp till föräldrarnas krav och förväntningar samt att man har en onödigt stor känsla för ordning och reda. Ungefär samtidigt som Frost et al. (1990) bidrog Hewitt och Flett (1991) till beskrivningen av begreppet och utgick från tre olika dimensioner; självorienterad, omgivningsorienterad och socialt orienterad perfektionism och hävdar på så vis att fenomenet kan förekomma inom flera olika områden samtidigt. För att skilja ut hjälpsam från ohjälpsam perfektionism föreslår Shafran, Cooper och Fairburn (2002) begreppet klinisk perfektionism och definierar det som en individs överdrivna strävan att nå upp till ofta orimligt höga krav oavsett negativa konsekvenser för individen. Konsekvenserna kan vara emotionella, sociala, fysiologiska eller kognitiva (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). I definitionen ryms även att personen baserar sitt egenvärde nästan enbart på sina prestationer och huruvida dessa möter individens egna krav. Egan, Wade och Shafran (2011) resonerar huruvida perfektionism ska förstås som ett personlighetsdrag, en uppsättning kognitioner och beteenden hos en individ eller som ett symptom på psykopatologi. Författarna argumenterar för att perfektionism bör förstås som en process bestående av kognitioner och beteenden som bidrar till vidmakthållandet av andra psykiatriska tillstånd (Egan, Wade, & Shafran, 2011).

Orsaker till perfektionism

Det finns enligt Egan et al. (2014) inte tillräckligt med forskning avseende etiologi eller utveckling av perfektionism, men de studier som är gjorda pekar på att både biologiska och psykologiska faktorer påverkar. Enligt bland annat Tozzi et al. (2004) visar tvillingstudier på en viss ärftlig påverkan på perfektionistiska drag, dock inte enbart gällande klinisk perfektionism. En studie av Maloney et al. (2014) som testade en etiologisk modell för perfektionism visade på att föräldrars beteenden har en påverkan i utvecklingen av dessa drag. Det fanns en direkt koppling mellan föräldrars uttryck av förväntningar och kritik samt perfektionism. De fann även en korrelation mellan neuroticism som drag samt perfektionism (Maloney et al., 2014). Dessa orsaker tillsammans med kognitiva scheman relaterade till övergivenhet och separation utgör enligt Maloney et al. (2014) den etiologiska grunden för perfektionism.

Perfektionism som transdiagnostiskt begrepp

Enligt Egan, Wade och Shafran (2011) kan perfektionism förstås som ett transdiagnostiskt fenomen. Med detta menar författarna att det inte enbart handlar om att perfektionism är förekommande inom flera olika diagnoser utan även ska förstås som en riskfaktor vid utvecklande av olika psykiatriska tillstånd och vidmakthållande av dessa. Den transdiagnostiska approachen avser bidra med en behandling för flera olika psykiatriska tillstånd vars fokus ligger på att behandla ett flertal gemensamma nämnare (Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009). Traditionellt vid kognitiv beteendeterapi (KBT) har en behandling tagits fram anpassad till en specifik diagnos. Detta förhållningssätt har visat sig vara problematiskt vid mer komplexa eller komorbida psykiatriska tillstånd, varpå behandlingsmetoder som fångar vanligt förekommande processer såsom grubblande, undvikandebeteenden eller säkerhetsbeteenden, och representerar en mer transdiagnostisk angreppssätt, ibland kan innebära ett mer effektivt behandlingsalternativ (Mansell et al., 2009). Enligt Craske (2012) kan ett transdiagnostiskt förhållningssätt till psykologisk behandling vara hjälpsamt dels på grund av svårigheter att implementera diagnosspecifika behandlingar i stor skala, och dels den höga prevalensen av komorbiditet mellan olika typer av psykiatriska syndrom. Vidare menar hon att diagnosspecifika behandlingar inte ger full effekt på de komorbida tillstånden samt att flera diagnosspecifika behandlingar inte verkar ge bättre utfall än en (Craske, 2012). Så förutom att underlätta för implementering kliniskt så kan man med en transdiagnostisk behandling förvänta sig bättre behandlingseffekt på flera samtidiga tillstånd (Craske, 2012).

Personer som lider av perfektionism löper större risk att drabbas av tillstånd såsom depression, social ångest, paniksyndrom, tvångssyndrom och ätstörningar (Shafran et al., 2002). Obehandlad perfektionism leder ofta till flertalet negativa konsekvenser, bland annat ångest, nedstämdhet, tillbakadragenhet, sömnsvårigheter, muskelspänningar, låg självkänsla, ältande, uppskjutandebeteenden, undvikandebeteenden samt kontrollrelaterade beteenden (Egan, Wade, & Shafran, 2011). Enligt Beiling, Summerfeldt, Israeli och Anthony (2004) finns en korrelation mellan perfektionism och flertalet olika psykiatriska tillstånd, det är således inte associerat med ett tillstånd. Det kan enligt Beiling et al. (2004) förstås som en underliggande faktor till olika typer av psykopatologi. Specifik behandling av perfektionism kan ge effekt och minska symptom på andra psykiatriska tillstånd. Där komorbida tillstånd och perfektionism förekommer föreslår författarna att behandling av perfektionism är att föredra framför diagnosspecifika behandlingar (Beiling et al., 2004).

Teoretisk modell vid perfektionism

En modell som avser beskriva vidmakthållandet av perfektionism är den av Shafran, Cooper och Fairburn (2002), vilken Egan et al. (2014) använt för utformandet av ett behandlingsprogram för perfektionism. Flera studier ger stöd åt modellen där bland annat Egan et al. (2014) fann att individer som skattar högt på skalor för klinisk perfektionism använder ett kontraproduktivt beteende vid upplevt misslyckande. Detta genom att antingen bibehålla samma höga standard vid ett misslyckande eller höja standarden till skillnad från den icke-kliniska gruppen (Egan et al., 2014). Även Kobori, Hayakawa och Tanno (2009) visar i sin studie att gruppen individer med klinisk perfektionism väljer att höja sin standard till nästkommande uppgift även efter att de uppnått sina mål, till skillnad från den icke-kliniska gruppen. En kvalitativ studie av

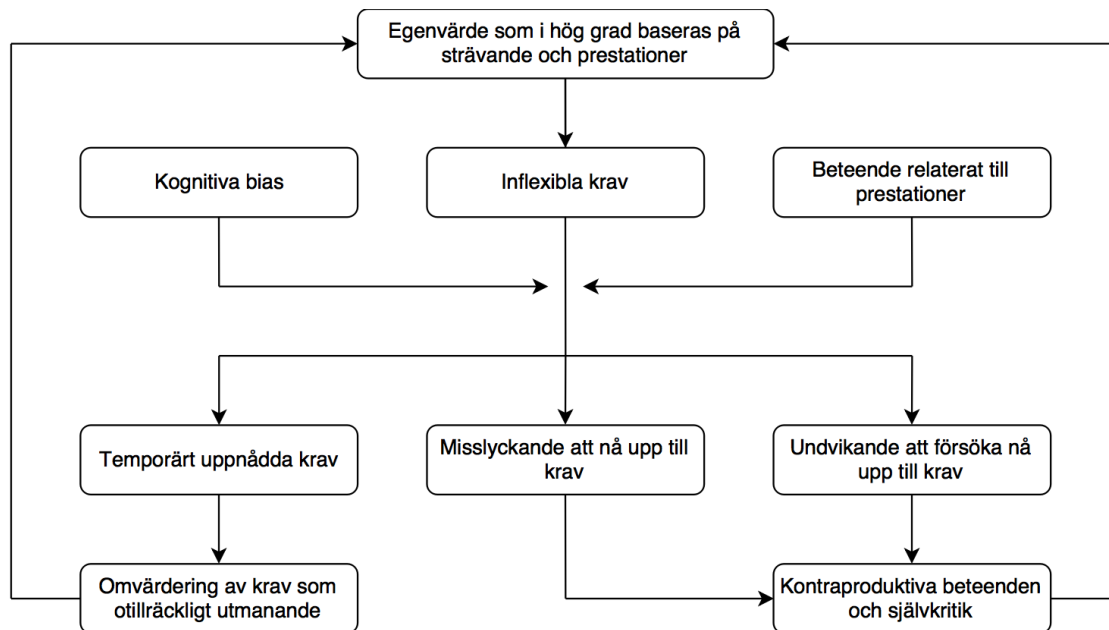
Riley och Shafran (2005) som undersökt vidmakthållande faktorer i en grupp med klinisk perfektionism fann flera av de faktorer som tidigare beskrivits i modellen såsom för högt uppsatta krav och att individen fortsätter att sträva efter dessa oavsett negativa konsekvenser, självkritik efter misslyckanden samt undvikande. Andra vidmakthållande faktorer som framkom i studien var säkerhetsbeteenden, prokrastinering samt rädsla som drivkraft för att uppnå sina krav (Riley & Shafran, 2005). En studie av Stoeber, Kempe och Keogh (2008) visade att klinisk perfektionism i en social kontext korrelerar i högre grad med känslor av skam och skuld efter ett misslyckande vilket kan härledas till modellen som beskriver att individer med perfektionism blir överdrivet självkritiska till följd av ett misslyckande.

Beskrivning av modellen

Modellen av Egan et al. (2014) börjar med att beskriva hur individens egenvärde baseras på prestationer och huruvida man klarar av att uppnå sina höga krav. Kraven är inte bara högt satta utan baseras även på rigida regler för hur man bör prestera. En annan viktig aspekt är att dessa krav som individen sätter upp ofta baseras på ett dikotomt tänkande som innebär att individen allt för mycket värderar sina presentationer utifrån allt eller inget.

Modellen tar vidare upp tankestilar som vidmakthåller de höga kraven (Egan et al., 2014). Exempel på dessa är utöver allt eller inget tänkande, dubbelmoral, att man är mer tillåtande gentemot andras misstag än gentemot sina egna, övergeneralisering, till exempel att göra misstag innebär att man misslyckats som person, selektiv uppmärksamhet, att lägga allt sitt fokus på det negativa och tendens att diskvalificera det som är positivt. Ett annat exempel på en perfektionistisk tankestil och beteende är att agera utifrån "måsten och borden" som både driver individen mot sina höga krav eller på ett ohjälpsamt sätt utvärderar individen i efterhand (Egan et al., 2014). Exempel på perfektionistiska beteenden i modellen är att individen ständigt kontrollerar sin prestation, jämför sig i onödigt hög utsträckning med andra och söker försäkringar under en prestation. Ett överdrivet målfokuserat beteende genom att spendera mer tid på en viss uppgift än vad som faktiskt krävs är också ett sådant exempel.

Vid klinisk perfektionism sker en ständig utvärdering av egna prestationer varpå nästa steg i modellen beskriver olika konsekvenser beroende på huruvida man uppnått sina krav eller inte (Egan et al., 2014). Personer med klinisk perfektionism upplever ofta att de inte lever upp till sina krav varpå en av dessa konsekvenser är att prestationer ofta följs av självkritik då man baserar sitt egenvärde på hur väl man bedömer att man lyckats. En annan konsekvens enligt modellen är att individen diskvalificerar sina framgångar vilket leder till att individen höjer sina krav ytterligare och känner sig missnöjd. Trots att individen uppnått sina mål sker en omvärdering av de tidigare kraven vilka då bedöms som för lågt satta. Detta leder till att man inte blir nöjd med sin prestation och ändå upplever sig själv som misslyckad (Egan et al., 2014). Ytterligare en konsekvens av att utvärdera sina krav är att undvika att försöka på grund av rädsla för att misslyckas nå upp till de uppsatta kraven. Undvikande och prokrastinering beskrivs som vanligt inom klinisk perfektionism och leder till självkritik. Dessa kontraproduktiva beteenden leder tillbaka individen till första steget i modellen då de förstärker föreställningen om att egenvärdet ska baseras på prestationer och huruvida dessa når upp till de egna kraven (Egan et al., 2014).



Figur 1. Modell över vidmakthållande av klinisk perfektionism. Översatt från Egan et al (2014.)

Behandling av perfektionism

KBT vid perfektionism

Kognitiv beteendeterapi (KBT) inkluderar en uppsättning teorier och tekniker som baseras på inlärningsteori och kognitiv teori (Kåver, 2006). Flera metaanalyser visar att behandlingsmetoderna inom KBT har visat sig vara effektiva vid flertalet ångesttillstånd (Norton & Price, 2007). Olika behandlingsformat med KBT har i ett flertal studier visat sig reducera symtom på perfektionism samt relaterade svårigheter (Egan et al., 2014). Enligt Lloyd, Schmidt, Khondoker och Tchanturia (2015) visar deras studie stöd för att KBT-behandling av perfektionism reducerar symtom vid ångest, depression, ätstörningar och tvångsproblematik. KBT i gruppformat visade på förbättringar inom dessa områden även vid 6-månadersuppföljning jämfört med väntelista (Handley, Egan, Kane, & Rees, 2015). I en jämförelse mellan traditionell KBT samt ett internetbaserat självhjälpsprogram fann man vid behandlingsavslut signifikant minskning av självupplevd perfektionism i båda grupperna, men vid 6-månadersuppföljning hade gruppen med traditionell KBT jämfört med självhjälpsgruppen signifikanta minskningar av ångest, stress och nedstämdhet samt ökat självförtroende (Egan et al., 2014).

Internetbaserad KBT

Till skillnad från sedvanlig KBT bedrivs internetbaserad KBT (iKBT) endast över internet, med eller utan behandlarstöd (Hedman, Carlbring, Ljótsson, & Andersson, 2014). De verksamma mekanismerna vid iKBT och sedvanlig KBT är desamma, skillnaden ligger i sättet att förmedla behandlingen (Hedman et al., 2014). iKBT ges under en begränsad tid, oftast 10-20 veckor, och förmedlas genom att patienten veckovis tilldelas en behandlingsmodul via en internetplattform. Modulerna sammanfattar information som klienten behöver för att kunna genomföra behandlingen (Hedman et al., 2014). Under behandlingstiden har klienten en egen behandlare som framför allt ger feedback på hemuppgifterna som tilldelats via modulerna.

Behandlarkontakten sker med hjälp av ett meddelandesystem i internetplattformen. Enligt Hedman et al. (2014) kan iKBT såsom den förmedlas i Sverige beskrivas som vägledad självhjälpsbehandling med terapeutkontakt eller helautomatiserade internetförmedlade behandlingar utan behandlarkontakt. Interventioner utan behandlarkontakt kan vara program som inte kräver klinisk bedömning och där man till låg kostnad kan nå ut till många individer. Dessa program har ofta stort bortfall och förhållandevis små effekter (Farvolden et al., 2005). I en metaanalys av Andersson, Cuijper, Carlbring, Riper och Hedman (2014) gav däremot iKBT likvärdiga effekter som sedvanlig KBT-behandling vid bland annat depression, social ångest, paniksyndrom och specifik fobi. I en studie av Egan et al. (2014) jämförs face-to-face-terapi, självhjälp med väntelista. De två förstnämnda grupperna fick minskade symptom på perfektionism efter behandling och sex månaders uppföljning, i jämförelse med väntelistegruppen. I face-to-face-gruppen fanns dessutom en signifikant minskning av depression, ångest och stress samt en ökad självkänsla vid 6-månadersuppföljning.

Behandlingsutfall vid vägledad självhjälp och ren självhjälp

Tidigare studier pekar på en skillnad i behandlingsutfall där de som fått behandlarstöd får bättre effekt vid uppföljning än ren självhjälp (Spek et al., 2007). En studie på depression har dock visat att båda behandlingsbetingelserna gav likvärdigt utfall (Berger et al., 2011). En senare genomgång av studier (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014) visade på att de positiva effekterna av behandlarstöd fanns på behandlingsutfall men att de var mindre än tidigare beräknat. I en studie av Pleva och Wade (2006) jämförs vägledad självhjälp med ren självhjälp där en självhjälpsbok legat till grund för behandlingen. För båda grupperna vägledad självhjälp och ren självhjälp minskade symptom på perfektionism. Däremot var minskning av övriga psykiatriska symptom större för gruppen som fick vägledad självhjälp än för den som fick ren självhjälp. I studien träffade gruppen med vägledad självhjälp en terapeut veckovis genom hela behandlingen, således har behandlingen flera likheter med sedvanlig face-to-face-terapi. När man kontrollerade för följsamhet i behandling (hur mycket tid man lagt på behandlingen) hade gruppen som fått vägledad behandling lagt mer tid än gruppen som fått ren självhjälp och skillnaderna i behandlingsutfall var inte längre signifikanta.

Devin

Denna uppsats är en del av Devin, ett större forskningsprojekt som avser undersöka iKBT för vuxna som lider av perfektionism. Behandlingen är baserad på den engelska självhjälpsboken *Overcoming perfectionism* framtagen av Egan, Wade, Shafran och Antony (2014). Syftet är att behandla perfektionism som ett transdiagnostiskt fenomen och därmed kunna bidra till att minska symptom för annan psykisk ohälsa. Samtidigt som denna behandlingsstudie genomförs pågår en RCT-studie i Storbritannien med syfte att undersöka internetförmedlad KBT utifrån ett självhjälpsprogram på 8 veckor innehållande 10 moduler av Kothari, Egan, Wade, Andersson och Shafran (under tryckning). Behandlingsgruppen som får regelrätt vägledning jämförs med en kontrollgrupp. Författarna avser i linje med denna studie utvärdera behandlingsutfall med skalor som mäter perfektionistiska besvär samt symptom på ångest och depression.

Flera uppsatser har författats inom Devinprojektet. Roos och Thelander (2016) undersökte vilken effekt den aktuella behandlingen i studien har på symptomen av perfektionism. Landström och Örténholm (2016) fokuserade på om kunskap om perfektionism och KBT korrelerar med behandlingsutfallet och huruvida ett

beteendetest kan användas som komplement till självskattningsformulär för att mäta utfallet. Skoglund och Trosell (2016) undersökte prediktorer för förändring vid iKBT för perfektionism. Prediktorerna som undersöktes var grad av perfektionism, samtidig psykiatrisk diagnos och grad av självmedkänsla. Zetterberg (2016) jämförde symptomreduktion mellan två behandlingsgrupper med utgångspunkt från samma självhjälpsprogram där den ena gavs iKBT med regelbundet behandlarstöd och den andra gruppen fick iKBT med behandlarstöd på förfrågan. Zetterberg (2016) fann inga signifikanta skillnader mellan de två grupperna och drog slutsatsen att både iKBT med regelbundet behandlarstöd samt iKBT med behandlarstöd på förfrågan kan ha effekt vid behandling av perfektionism. Bristen på långtidsuppföljningar av behandlarstöd vid iKBT för perfektionism gör dock att det är svårt att uttala sig huruvida behandlingsutfallet mellan grupperna är bestående på längre sikt.

Syfte

Denna studie vill undersöka långtidseffekter av internetbaserad behandling för perfektionism, då det finns få uppföljningar över tid. Vidare vill studien undersöka vilken effekt olika typer av behandlarkontakt har på behandlingsutfall för att få ökad kunskap om vilken omfattning av stöd som är tillräcklig vid behandling av perfektionism. Studien vill också undersöka vilken påverkan kunskap om perfektionism har på behandlingseffekt vid långtidsuppföljning, något som tidigare endast undersöktes vid behandlingsavslut (Landström & Örtengren, 2016). Studien är en långtidsuppföljning på en tidigare studie i Devinprojektet av Zetterberg (2016) där vi undersöker behandlingsutfall gällande grad av perfektionism, symptom på ångest och depression samt grad av livskvalitet efter behandling med iKBT för perfektionism. Vi avser även att jämföra behandlingsutfallet på sikt mellan två behandlingskontingenser; iKBT med regelbundet behandlarstöd samt iKBT med behandlarstöd på förfrågan. I studien kommer även undersökas om tillägnad kunskap om perfektionism har någon påverkan på behandlingsutfallet.

Frågeställningar

1. Vad är behandlingsutfallet gällande grad av perfektionism, symptom på ångest och depression samt grad av livskvalitet av en internetbaserad KBT-behandling vid en 6-månadersuppföljning?
2. Vad är behandlingsutfallet av iKBT med behandlarstöd jämfört med iKBT med behandlarstöd på förfrågan vid en 6-månadersuppföljning.
3. Vilket är sambandet mellan kunskap om perfektionism och den aktuella behandlingen med symptom på perfektionism vid en 6-månadersuppföljning?

Metod

Design

Totalt 156 deltagare inkluderades i Devinprojektet och randomiserades till behandling eller vänteliste kontroll, $n = 78$ i respektive grupp. Denna studie utvärderar utfallet för vänteliste kontrollgruppen. Deltagarna från vänteliste kontrollgruppen randomiserades antingen till iKBT med regelbundet behandlarstöd eller iKBT med behandlarstöd på förfrågan. Randomiseringen utfördes av en oberoende person vid Stockholms universitet genom en internetbaserad randomiseringstjänst (www.random.org). För flödesschema för deltagare i de olika faserna, se figur 2. Självskattningsformulären

lämnades ut vid screening, behandlingens början och slut, samt sex månader efter avslutad behandling.

Procedur

Studien annonserades genom sociala medier och med hjälp av flyers vid Linköping och Stockholms universitet. Registrering av deltagarna skedde via studiens hemsida. Från början registrerades 273 deltagare och 212 slutförde förmätningen. Förmätningen innehöll förutom demografiskt data såsom ålder, kön, utbildningsnivå och civil status, självskattningsformulären Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), The Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ), Dysfunctional Attitude Scale (DAS), Self-Compassion Scale- Short Form (SCS-SF), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) och *Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory* (BBQ). Efter bedömning utifrån inklusionskriterierna intervjuades deltagarna med hjälp av Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), en semistrukturerad psykiatrisk intervju, på telefon. Deltagarna informerades via telefon eller e-post om de inkluderades i studien.

Inklusionskriterier

För att få delta i studien krävdes att deltagaren var 18 år fyllda, uppvisade klinisk perfektionism, inte var gravid, inte hade en annan pågående psykologisk behandling eller bedömdes ha behov av en mer omfattande behandling. Vissa deltagare exkluderades på grund av att de perfektionistiska besvären ej bedömdes som primära. Deltagaren fick heller inte uppfylla kriterierna för anorexia nervosa, uppvisa psykotiska symtom, ha en förhöjd suicidrisk, ha förändrat sin medicinering de senaste två månaderna och det krävdes att deltagaren behärskade svenska språket i tal och skrift. För demografiska data för deltagarna, se tabell 1.

Deltagare

För demografisk beskrivning av deltagarna, se Tabell 1.

Intervention

Behandlingen innefattar åtta moduler som består av information om perfektionism, övningar och hemuppgifter som innehåller exponering, arbete med kognitioner samt ett vidmakthållandeprogram. Gruppen som randomiserats till iKBT med regelbundet behandlarstöd tilldelades en ny modul i början av varje vecka och fick återkoppling av sin terapeut en eller två gånger i veckan, beroende på när de genomfört övningarna och de hade även möjlighet att kontakta sin behandlare vid frågor. Patientkontakten bestod i stöd, uppmuntran, feedback på övningar och hemuppgifter, psykoedukation eller svar på frågor om behandlingsprogrammet. Om deltagarna inte loggat in blev de kontaktade av sin behandlare via e-post, sms eller telefon. Gruppen som randomiserats till iKBT med behandlarstöd på förfrågan blev också tilldelade en ny behandlingsmodul i början av varje vecka. Denna grupp fick inte veckovis feedback från sin behandlare men blev informerade om möjligheten till stöd vid förfrågan.

Behandlare

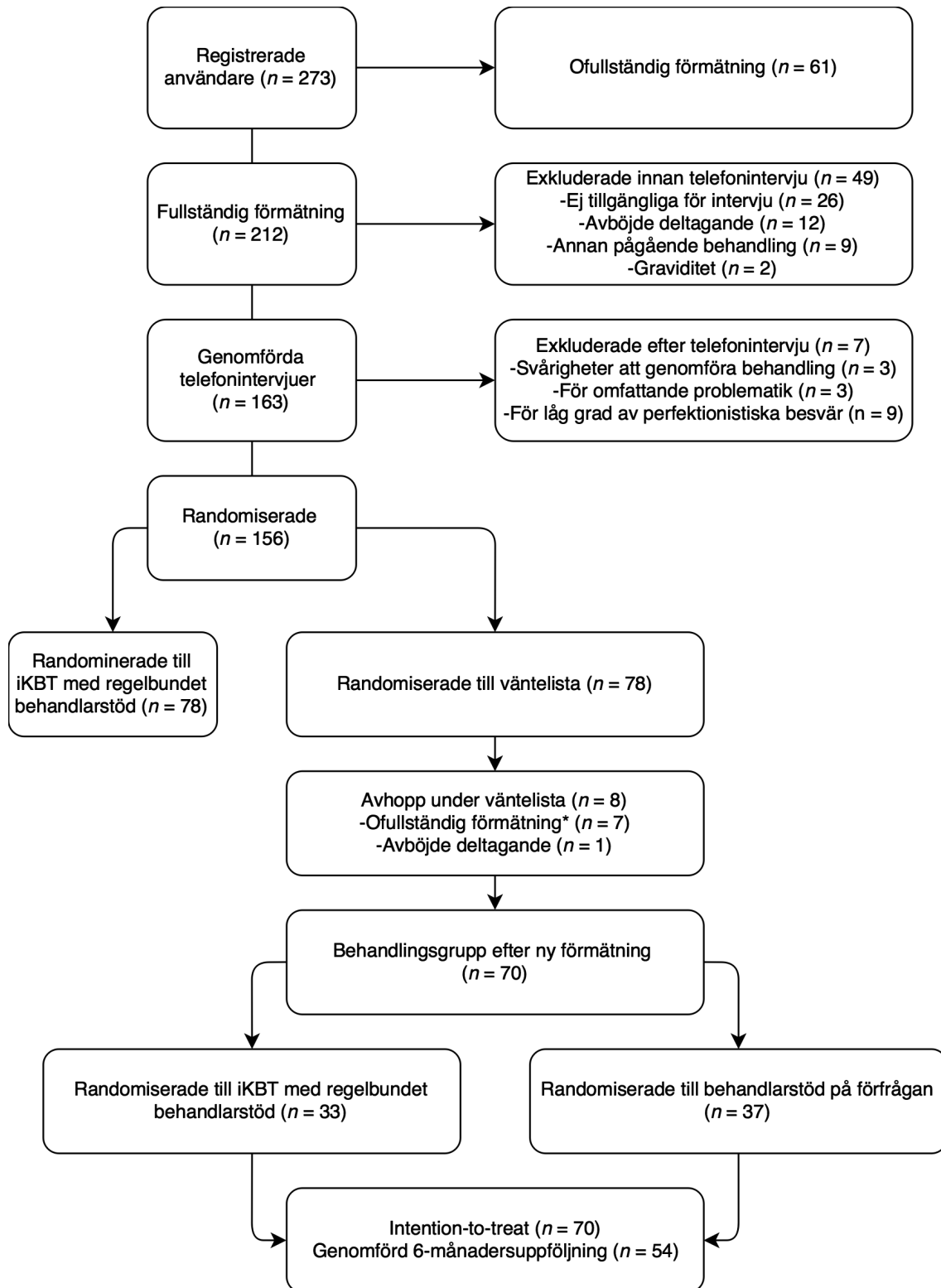
Behandlarna i studien var psykologstudenter samt psykologer under psykoterapeututbildning från Stockholms universitet. Alla behandlare hade en grundläggande psykoterapeututbildning i KBT. En introduktion till behandlingsprogrammet genomfördes under ledning av Per Carlbring, professor i

klinisk psykologi samt legitimerad psykolog och psykoterapeut, samt Alexander Rozental, legitimerad psykolog samt doktorand på Stockholms universitet.

Veckovis handledning erbjöds av Alexander Rozental för att säkerställa kvaliteten i behandlingen, detta var dock frivilligt för psykoterapeutstudenterna. Det fanns även möjlighet till ytterligare sammanlagt tre timmars handledning av Roz Shafran som är en av författarna till självhjälsboken "Overcoming Perfectionism" samt har lång erfarenhet av KBT-behandling för perfektionism. Varje behandlare hade mellan 2 till 16 deltagare i terapi. Behandlarna rekommenderades att lägga cirka 15 minuter i veckan på respektive deltagare.

Tabell 1
Demografisk beskrivning av deltagarna.

	IKBT med regelbundet behandlarstöd (<i>n</i> = 33)	IKBT med behandlarstöd på förfrågan (<i>n</i> = 37)	Totalt (<i>n</i> = 70)
Kön: <i>n</i> kvinna (%)	29 (87,9)	34 (91,9)	63 (90)
Ålder (år): <i>M</i> (<i>SD</i>)	33,5 (8,2)	34,1 (7,6)	33,8 (7,8)
Civilstånd: <i>n</i> (%)			
Singel	7 (21,2)	9 (24,3)	16 (22,9)
Gift/partner	25 (75,8)	27 (73)	52 (74,3)
Skild/Änka/Änkling	1 (3,0)	1 (2,7)	2 (2,9)
Barn: <i>n</i> (% ja)	12 (36,4)	20 (54,1)	32 (45,7)
Högsta utbildningsnivå: <i>n</i> (%)			
Grundskola	0 (0)	1 (2,7)	1 (1,4)
Gymnasieutbildning	7 (21,2)	10 (27)	17 (24,3)
Universitet/Högskola	26 (78,8)	24 (64,9)	50 (71,4)
Forskarutbildning	0 (0)	2 (5,4)	2 (2,9)
Sysselsättning: <i>n</i> (%)			
Arbetssökande	1 (3)	3 (8,1)	4 (5,7)
Studerande	12 (36,4)	7 (18,9)	19 (27,1)
Yrkesarbetande	18 (54,5)	22 (59,5)	40 (57,1)
Föräldraledig	0 (0)	3 (8,1)	3 (4,3)
Sjukskriven (> 3 månader)	0 (0)	2 (5,4)	2 (2,9)
Övrigt	2 (6,1)	0 (0)	2 (2,9)
Psykiatrisk diagnos <i>n</i> (% ja)	3 (9,1)	2 (5,4)	5 (7,1)
Psykofarmakologisk behandling: <i>n</i> (% ja)	6 (18,2)	7 (18,9)	13 (18,6)



Figur 2. Flödesschema över deltagare genom hela Devinprojektet, inklusive denna uppföljning.

*Andra förmätningen innan behandling.

Uppföljning

Uppföljningen genomfördes 6 månader efter avslutad behandling och deltagarna skickades samma formulär att fylla i via Devins behandlingsplattform som vid förmätning och eftermätning. Även kunskapstestet skickades till deltagarna vid denna mätning. Dysfunctional Attitude Scale (DAS) samt Self-Compassion Scale- Short Form (SCS-SF) undersöks inte vid denna uppföljning då de inte bedömdes som relevanta utfallsmått utifrån studiens syfte.

Material

Hemsida och e-post

Studien hade en hemsida där patienterna kunde logga in på behandlingsplattformen samt läsa information om studien. Behandlingsmodulerna samt självskattningsformulären administrerades via hemsidan. Även kontakten mellan behandlare och deltagare skedde via plattformen i ett slutet system som krävde inloggning både med personligt lösenord samt engångskoder som skickades via mobiltelefon. Deltagandet i studien krävde därmed tillgång till dator med internetuppkoppling samt mobiltelefon. Kontakten med deltagarna skedde endast via behandlingsplattformen.

Behandlingsmoduler

Innehållet i behandlingen är baserat på *Overcoming Perfectionism*, en självhjälpsbok av Shafran, et al. (2010). Internetbehandlingen inspirerades av en liknande behandlingsstudie från University College London. Utöver att modulerna översattes till svenska gjorde man en del övriga förändringar såsom kulturella och pedagogiska anpassningar. Man lade även till fler beteendeariktade interventioner och även ordningen på hur modulerna presenterades förändrades. De åtta modulerna presenterades en i taget, veckovis. Inledningsvis innehåll varje modul en sammanfattning av den föregående samt en psykopedagogisk presentation av den aktuella modulen. Varje modul avslutades med en hemuppgift. Se appendix för närmare beskrivning av varje enskild behandlingsmodul.

Mätinstrument

Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) är ett självskattningsformulär som innehåller 35 frågor och mäter sex dimensioner av perfektionism. Enligt Frost et al. (1990) uppvisar instrumentet god validitet och reliabilitet. I studien används subskalorna Concern over Mistakes (CM) och Personal Standards (PS). CM undersöker individens oro över att ha begått även mindre misstag medan PS fokuserar på de krav individen ställer på sig själv i förhållande till sina prestationer (Frost et al. 1990). Enligt Egan et al. (2014) tillför det relevant information att fokusera på skalans subskalor och inte bara det totala värdet. Subskalorna CM och PS inkluderades då de båda mäter kärndrag vid klinisk perfektionism och har använts i tidigare behandlingsstudier av perfektionism av Egan et al. (2014).

The Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ) är ett självskattningsformulär med 12 frågor som mäter klinisk perfektionism de senaste månaderna med hjälp av en 4-gradig likertskala (Egan et al., 2016). CPQ avser mäta strävan att nå upp till självuppsatta krav och självutvärdering om kraven inte möts. Enligt Egan et al. (2016) uppvisar CPQ en acceptabel intern konsistens och validitet.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) avser mäta depressiva symptom hos patienten och består av nio frågor som patienten skattar utifrån en 4-gradig likertskala (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Deras studie ger även stöd för att skalan har god validitet och hög intern reliabilitet.

Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) avser att mäta ångestsymptom genom självskattning på sju frågor. Instrumentet har visat på både hög validitet samt reliabilitet (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006).

Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) mäter grad av livskvalitet inom sex olika livsområden och visar enligt Lindner et al. (2016) på god validitet och hög reliabilitet.

Dysfunctional Attitude Scale (DAS) är en självskattningsskala på 40 frågor som mäter dysfunktionella negativa attityder (Weissman & Beck, 1978). I studier på depressiva patienter har skalan enligt Weissman & Beck (1978) visat på god validitet och reliabilitet.

Self-Compassion Scale- Short Form (SCS-SF) mäter grad av självmedkänsla och innehåller 12 påståenden som skattas enligt en 5-gradig likertskala. Den ursprungliga skalan innehåller 26 frågor och uppvisar enligt Raes, Pommier, Ness och van Gucht (2011) på god validitet och reliabilitet.

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) är en strukturerad klinisk intervju som utifrån Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) och Manual of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) används som underlag för diagnostiska bedömningar gällande förekomst av psykiatriska störningar. (Lecrubier et al., 1997). Enligt studier så har M.I.N.I. god validitet och reliabilitet (Lecrubier et al, 1997).

Kunskapstest

Kunskapstest användes i studien för att undersöka huruvida deltagarna tillägnat sig kunskapen från självhjälpsprogrammet. Kunskapstestet innehåller 16 frågor med tre olika svarsalternativ med en viktning av hur säker deltagaren upplevde sig på svaret. Frågorna var baserade på innehållet i programmet och de 8 olika modulerna. Modellen för kunskapstestet bygger på en studie av Andersson, Carlbring och Furmark (2012) där man använde sig av flera olika svarsalternativ där deltagaren även fick skatta sin egen säkerhet på svaret. Detta för att få en mer fördjupad bild av deltagarnas faktiska kunskapsnivå. I studien används både det viktade såväl som det oviktade kunskapstestet där det oviktade innebär att man inte tar hänsyn till deltagarens egen skattning av hur säker man känner sig på svaret utan endast antalet korrekt svar.

Etiska aspekter

Devinstudien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Linköping och har följande diarienummer: 2015-419-31. Godkännandet av ansökan innebär att studien uppfyller krav som möjliggör forskning på människor (SFS 2003:460). Deltagarna fick information om att deltagande är frivilligt och hade full rätt att när som helst avbryta studien. De fick även ge ett skriftligt samtycke om att deras personuppgifter behandlas

enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att förebygga eventuella negativa reaktioner på exklusion kontaktades samtliga och gavs information om annan lämplig behandlingsinstans. Om suicidalitet, som undersöktes vid screeningen, upptäcktes blev deltagarna uppmanade att söka psykiatrisk vård. Om den ansvarige behandlaren för en specifik deltagare upptäckte en försämring togs en kontakt för att bedöma behov av mer omfattande hjälp. De deltagare som inkluderades informerades om studiens design med behandlings- och kontrollgrupp och att kontrollgruppen ges likvärdig behandling efter behandlingsgruppen. Kontrollgruppen som randomiserades till de två behandlingskontingenserna fick information om de olika gruppernas förutsättning för stöd genom behandlingen.

Studiens deltagare blev tilldelade anonyma studiekoder i syfte att aidentifiera dem i behandlingen. Känsliga personuppgifter hanterades endast genom behandlingsplattformen som är krypterad. All data som hanterats inom studien har varit inom säkra system och vid bearbetning av denna så har studiekoderna använts för att aidentifiera deltagarna.

Statistiska analyser

I denna studie användes IBM SPSS Statistics, version 24 för statistiska beräkningar. Oberoende *t*-test och Pearson χ^2 -test användes för att undersöka om det förelåg sociodemografiska skillnader mellan de två behandlingsgrupperna.

Vidare i studien användes mixed-effect models för att analysera data avseende de primära och sekundära utfallsmåtten. Analyser av tid x grupp gjordes för att upptäcka möjliga skillnader mellan de två behandlingsbetingelserna. Enligt Guerogueiva och Krystal (2004) möjliggör mixed-effect models analys av all tillgänglig data, kan hantera bortfall på ett mer tillförlitligt sätt och inkluderar även uteblivna datapunkter, det vill säga att den inkluderar samtliga deltagare som ingick i behandlingen, så kallat Intention-To-Treat (ITT). En Bonferronikorrigerings användes för att minska risken för typ 1-fel.

Beräkning av effektstorlekar (Cohens's *d*) inom och mellan grupperna genomfördes. Vid uppföljning beräknades mellangrupps effekter genom att jämföra medelvärdena mellan de två behandlingsbetingelserna dividerat med den poolade standardavvikelsen. Beräkning av inomgruppseffektstorlekar för båda behandlingsbetingelserna gjordes på samma vis, dock genom att jämföra medelvärden vid förmätning och uppföljning.

En multipel linjär regressionsanalys genomfördes för att beräkna sambandet mellan resultatet på förändringspoängen på kunskapstestet och förändringspoängen på huvudutfallsmåtten på perfektionism mellan förmätning och uppföljning. Samtliga variabler sattes in i regressionsmodellen samtidigt då det inte finns någon tidigare forskning eller hypotes om deras inbördes ordning, så kallat forced entry.

Jacobson och Truax (1991) definierar en klinisk signifikant förändring när en individ som tillhört en klinisk population efter genomförd behandling inte längre tillhör denna grupp utifrån normerade utfallsmått. I begreppet ingår även att använda Reliable Change Index (RCI) som är ett standardiserat mått av en signifikant förändring i utfallsmått. I denna studie beräknades klinisk signifikant förändring på det primära utfallsmåttet FMPS CM vid uppföljning, i linje med tidigare forskning.

Resultat

Bortfall

Av 70 deltagare i behandlingsgruppen slutförde 54 mätningarna vid uppföljning, vilket ger ett bortfall på 23%. Genom oberoende t -test och χ^2 -test säkerställdes att skillnader i demografiska och kliniska variabler inte fanns mellan de som genomförde uppföljningsmätningarna och de som inte gjorde det. Inga skillnader hittades mellan de som genomfört och de som inte genomfört uppföljningsmätningarna på utfallsmåtten, $t(76) = -1,98$ till $0,81$, $p = 0,051-0,871$ eller sociodemografiska variabler, $\chi^2 (1,3) = 0,017$ till $3,489$, $p = 0,222-0,971$.

Tabell 2

Medelvärden, standardavvikelser, samt antal deltagare på samtliga utfallsmått vid förmätning och uppföljning med Intention-to-treat.

Utfallsmått och betingelse	Behandlingsgrupp (N=70)					
	Förmätning			Uppföljning		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
FMPS Concern over Mistakes						
IKBT-RB	35,06	7,58	33	27,46	8,96	33
IKBT-BF	34,20	7,60	37	26,57	9,06	37
FMPS Personal Standards						
IKBT-RB	28,39	4,77	33	25,60	6,32	33
IKBT-BF	27,92	4,81	37	23,56	6,69	37
Clinical Perfectionism Questionnaire						
IKBT-RB	38,15	5,11	33	32,13	7,76	33
IKBT-BF	37,47	5,17	37	31,38	7,91	37
Patient Health Questionnaire – 9 Items						
IKBT-RB	9,12	6,09	33	6,91	6,61	33
IKBT-BF	8,94	6,14	37	6,90	6,69	37
Generalized Anxiety Disorder – 7 Items						
IKBT-RB	7,46	5,40	33	7,33	6,15	33
IKBT-BF	7,00	5,41	37	5,38	6,20	37
Brunnsviken Brief Quality of Life Scale						
IKBT-RB	46,88	15,79	33	55,74	18,89	33
IKBT-BF	44,65	15,90	37	50,79	19,22	37

FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale, iKBT-RB = iKBT med regelbundet behandlarstöd, iKBT-BF = iKBT med behandlarstöd på förfrågan

I tabell 2 presenteras deskriptiva data vid förmätning och uppföljning med medelvärde och standardavvikelse för utfallsmåtten. En mixed-effect model analys visade på en huvudeffekt av tid avseende utfallsmåtten CPQ och subskalorna PS och CM på FMPS mellan förmätning och eftermätning, samt förmätning och uppföljning för båda behandlingsbetingelserna, $F(3, 139-160) = 15,74-23,37$, $p = <0,05$. Ingen signifikant skillnad på de sekundära utfallsmåtten PHQ-9, GAD-7 och BBQ mellan förmätning och uppföljning förelåg. Ingen signifikant skillnad på några utfallsmått mellan eftermätning och uppföljning kunde hittas.

Inga skillnader mellan behandlingsbetingelserna framkom vid en mixed-effect model analys av interaktionseffekter tid x grupp vid uppföljningsmätningen på samtliga utfallsmått. Resultatet visar således på en behandlingseffekt på de primära utfallsmåtten och att det inte föreligger några signifikanta skillnader mellan behandlingsbetingelserna.

I tabell 3 presenteras effektstorlekar inom och mellan behandlingsbetingelserna med d och 95% konfidensintervall. Inga effekter mellan grupperna förelåg vid uppföljningsmätningen. Måttliga till stora inomgruppseffekter syns på de primära utfallsmåtten.

I tabell 4 presenteras sambandet mellan poäng på kunskapstestet och behandlingsutfallet mellan förmätning och uppföljning på de primära utfallsmåtten CPQ och FMPS helskala. Det finns ett signifikant samband mellan resultatet på det oviktade kunskapstestet och en symptomförbättring på FMPS, däremot föreligger inget signifikant samband mellan resultatet på det viktade kunskapstestet och förändring på FMPS. Inga signifikanta samband mellan förändring på CPQ och poäng på det viktade och oviktade kunskapstestet. Ingen skillnad mellan behandlingsbetingelserna förelåg. En signifikant skillnad i poäng på kunskapstestet (viktat och oviktat) mellan förmätning och eftermätning, samt förmätning och uppföljning. Inga signifikanta skillnader i poäng på kunskapstestet (viktat och oviktat) framkommer mellan eftermätning och uppföljning.

Klinisk signifikant förbättring

Av de deltagare som genomförde uppföljningsmätningen uppvisade 24 deltagare (44%) en klinisk signifikant förbättring på FMPS subskala CM. Det förelåg ingen skillnad mellan behandlingsbetingelserna avseende förbättring $\chi^2(2) = 4,43$, $p = 0,109$.

Tabell 3
Effekstorlekar inom grupp och mellan grupp, Cohen's d [95% CI], alla utfallsmått, med Intention-to-treat.

Utfallsmått och betingelse	Effekstorlek inom grupp	Effekstorlek mellan grupp
FMPS Concern over Mistakes		
IKBT-RB	0,92 [0,40, 1,41]	0,10 [-0,37, 0,57]
IKBT-BF	0,91 [0,42, 1,38]	
FMPS Personal Standards		
IKBT-RB	0,50 [0,00, 0,98]	0,32 [-0,15, 0,79]
IKBT-BF	0,77 [0,29, 1,24]	
Clinical Perfectionism Questionnaire		
IKBT-RB	0,92 [0,40, 1,41]	0,10 [-0,37, 0,56]
IKBT-BF	0,92 [0,43, 1,38]	
Patient Health Questionnaire – 9 Items		
IKBT-RB	0,35 [-0,14, 0,83]	0,00 [-0,47, 0,47]
IKBT-BF	0,32 [-0,14, 0,77]	
Generalized Anxiety Disorder – 7 Items		
IKBT-RB	0,02 [-0,46, 0,50]	0,36 [-0,12, 0,83]
IKBT-BF	0,28 [-0,18, 0,73]	
Brunnsviken Brief Quality of Life Scale		
IKBT-RB	0,51 [0,01, 0,99]	0,33 [-0,15, 0,80]
IKBT-BF	0,35 [-0,11, 0,80]	

FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale, iKBT-RB = iKBT med regelbundet behandlarstöd, iKBT-BF = iKBT med behandlarstöd på förfrågan

Tabell 4
Samband mellan oviktad och viktad poäng på kunskapstest och behandlingsutfall vid uppföljning.

	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	Konfidensintervall 95%		<i>p</i>
					Lägre	Övre	
FMPS							
Resultat oviktat kunskapstest	2,595	1,152	0,381	2,252	0,279	4,910	0,029
Resultat viktat kunskapstest	-0,513	0,262	-0,330	-1,954	-1,040	0,015	0,056
CPQ							
Resultat oviktat kunskapstest	-0,027	0,461	-0,010	-0,059	-0,954	0,900	0,953
Resultat viktat kunskapstest	-0,120	0,105	-0,199	-1,139	-0,331	0,091	0,260

FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale, CPQ = Clinical Perfectionism Questionnaire, *b* = ostandardiserad betakoefficient, *SE* = Standardfelet, β = Standardiserad betakoefficient, *t* = värde utifrån t-fördelning, *p* = p-värde.

Diskussion

Studiens syfte var att genomföra en 6-månaders uppföljning av utfallet på en iKBT behandlingsstudie för perfektionism och jämföra utfallet av iKBT med regelbundet behandlarstöd med iKBT med behandlarstöd på förfrågan. Sambandet mellan resultat på kunskapstest och behandlingsutfall vid uppföljning undersöktes också.

Resultatet av uppföljningen visade på bestående behandlingseffekter på de primära utfallsmåtten på perfektionism. Det förelåg alltså ingen signifikant skillnad mellan eftermätning och uppföljning, vilket skulle kunna indikera att behandlingsresultatet håller i sig över tid. På livskvalitet syns en liten effekt vid uppföljning för gruppen som fick iKBT med regelbundet behandlarstöd. De sekundära utfallsmåtten på depression och ångest visade ingen signifikant skillnad från förmätning till uppföljning.

Ingen skillnad mellan behandlingsbetingelserna förekom vid uppföljningen. Sambandet mellan det oviktade kunskapstestet och ett av de primära utfallsmåtten var signifikant. Däremot förelåg inget signifikant samband mellan resultatet på det viktade kunskapstestet och de primära utfallsmåtten. Inga skillnader mellan de två behandlingsbetingelserna avseende kunskapstestet kunde hittas vid uppföljningen.

Resultatdiskussion

Vid eftermätningen av behandlingen fann Zetterberg (2016) signifikanta resultat på både de primära och sekundära utfallsmåtten och det förelåg ingen signifikant skillnad

mellan behandlingsgrupperna. Vid uppföljningen syntes en kvarstående signifikant förändring på de primära utfallsmåtten jämfört med förmätning, dock inte på de sekundära utfallsmåtten PHQ-9 och GAD-7. Detta kan förklaras utifrån att olika datapunkter användes som förmätning där författarna till denna studie använde data som samlades in vid deltagarnas andra förmätning och inte vid screeningtillfället. Det förelåg alltså ingen signifikant skillnad i några utfallsmått från eftermätningen till uppföljningen. Detta visar på en bibehållen effekt i linje med tidigare uppföljningar på iKBT-behandlingar såsom i en metaanalys av Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy och Titov (2010) där man fann kvarstående behandlingseffekt vid halvårsuppföljning på iKBT vid depression och olika former av ångestproblematik.

Enligt Bieling et al. (2004) kan specifik behandling av perfektionism ge minskade symptom på andra psykiatriska tillstånd. Denna uppföljningsstudie visar inte på skillnader på de utfallsmåtten som mäter depression och ångest. En förklaring till varför ingen signifikant förändring förelåg vid uppföljning avseende de sekundära utfallsmåtten för depression, ångest och livskvalitet kan vara att dessa värden redan vid förmätning gav subkliniska resultat. De låga resultaten skulle möjligtvis kunna förklaras av att dessa skalor inte fångar den problematik som patienter med perfektionism lider av.

I likhet med eftermätningen av Zetterberg (2016) förekom inga skillnader mellan behandlingsbetingelserna gällande utfallsmåtten vid denna uppföljningsstudie. I tidigare studier som jämfört självhjälpsprogram med och utan behandlarstöd finns resultat som går i linje med denna uppföljning såsom Berger et al., (2011). Andra studier visar på bättre behandlingseffekter av behandlarstöd (Baumeister et al., 2014; Spek et al, 2007). Det är dock svårt att jämföra dessa studier med denna studie då de innefattar olika kliniska tillstånd, har olika behandlingsupplägg samt olika upplägg gällande behandlarstöd. När det kommer till användning av behandlarstöd för de båda grupperna undersökte Zetterberg (2016) denna aspekt och fann att gruppen som fick regelbundet behandlarstöd sökte mer stöd än gruppen som endast erbjöds behandlarstöd vid förfrågan. Trots detta syns ändå ingen skillnad mellan de två grupperna i behandlingseffekt. En annan tolkning av likheterna av resultatet mellan grupperna kan vara att gruppen med perfektionistiska besvär i större utsträckning gör hemuppgifter och är mer följsamma i behandling än andra, vilket också skulle kunna förklara att det inte förelåg någon signifikant skillnad mellan grupperna. Det är möjligt att resultatet skulle se annorlunda ut i en annan klinisk population. Samtidigt väcks frågan om även minimal kontakt eller möjlig kontakt med behandlare är tillräckligt för att öka följsamheten under en pågående behandling vilket i sådant fall skulle möjliggöra för fler personer att få tillräckligt med hjälp om självhjälpsprogram designades på liknande sätt som i denna studie. Denna hypotes stärks av Andersson och Titov (2014) som hävdar att även minimal kontakt med en behandlare kan ha en positiv inverkan på behandlingsutfall.

Resultaten gällande jämförelsen mellan förändringspoäng på kunskapstestet och behandlingsutfall gav i huvudsak resultat i linje med Landström & Örtenholm (2016) som inte fann något signifikant samband. Dock fann denna studie ett samband mellan ett av de primära utfallsmåtten (FMPS) och resultatet på det oviktade kunskapstestet. Resultatet kan eventuellt spegla en påverkan av viktningen på kunskapstestet på sambandet på grund av att man får poängavdrag för osäkerhet i sina svar. Det som talar emot detta är att det inte finns något signifikant samband mellan förändring i det andra

huvudutfallsmåttet (CPQ) som också mäter grad av perfektionism och förändring i det oviktade kunskapstestet. Då resultaten är tvetydiga är det svårt att dra slutsatser om det rör sig om skillnader i vad som fångas av mätinstrumenten eller om viktningen av kunskap i kunskapstestet påverkade resultaten. Fler studier krävs för att undersöka huruvida det finns en påverkan av förvärvad kunskap på behandlingsutfall vid perfektionism.

Metoddiskussion

Resultatet visar ingen signifikant skillnad mellan de två behandlingsbetingelserna självhjälp med regelbundet behandlarstöd och självhjälp med behandlarstöd vid förfrågan. Detta gäller vid såväl eftermätningen (Zetterberg, 2016) som vid uppföljningen. Det är möjligt att skillnaderna mellan grupperna hade sett annorlunda ut om urvalet varit större. Det är således något problematiskt att dra några generaliserande slutsatser om skillnader mellan behandlingsbetingelserna utifrån denna studie och författarna välkomnar flera och större studier inom fältet.

Bortfallet vid uppföljningsmätningen låg på 23% ($n = 16$). Vid eftermätningen var bortfallet 20 % (Zetterberg, 2016). Inga skillnader framkom på behandlingsbetingelse, eller kliniska och demografiska variabler mellan de som fyllt i uppföljningsmätning och de som ej gjorde det. Storleken på bortfallet är i linje med andra studier på behandling av perfektionism (Egan et al., 2014b). Då gruppen vad vi vet inte verkar skilja sig på några relevanta variabler bör det inte vara ett hot mot den interna validiteten och denna studies resultat.

I studien användes en mixed model effects analys på grund av fördelarna vid hantering av uteblivna data (Guerogueiva & Krystal, 2004) och en större flexibilitet vid jämförelse med flera variabler över flera mätpunkter (Hesser, 2015). Ett alternativ hade varit att använda en repeated measures ANOVA men då denna är mer problematisk att tillämpa vid bortfallsanalys (Guerogueiva & Krystal, 2004) och således få en påverkan på analysens validitet valdes denna metod bort.

Begränsningar med studien

En begränsning med studien var att urvalet inte är en tydligt avgränsad grupp då det tydligaste inklusionskriteriet var självupplevda problem med perfektionism istället för en mer väldefinierad klinisk grupp. Detta kan påverka generaliserbarheten av resultaten vid exempelvis implementering av liknande behandlingsinsatser inom vården. En demografisk variabel värd att påpeka är det faktum att populationen i studien bestod till 90% av kvinnor. Om detta beror på att problematiken eller benägenheten att söka hjälp för psykologiska besvär är vanligare bland kvinnor eller om annonseringen för studien var formulerad på ett sätt som inte fångat in män med dessa svårigheter går inte att fastställa.

En möjlig begränsning gällande tolkningen av att inga skillnader kunde hittas mellan behandlingsbetingelserna är att det i studien är förhållandevis små grupper vilket påverkar möjligheten att hitta faktiska skillnader mellan grupperna.

Slutsatser och implikationer för vidare forskning

Vidare forskning som skulle vara intressant är att med större grupper utvärdera skillnader i behandlingsutfall för perfektionistiska besvär genom att jämföra behandling med "ren" självhjälp, självhjälp med möjlighet till behandlarstöd samt sedvanlig iKBT

med behandlarstöd. Detta för att se om vilken typ av behandlarkontakt som är tillräcklig för att få en likvärdig förbättring avseende symtom. Det vore även intressant att undersöka om gruppen med perfektionistiska besvär skiljer ut sig från andra kliniska populationer gällande behov av behandlarstöd vid självhjälsprogram eller iKBT.

Ett viktigt ställningstagande är på vilket sätt man skulle kunna implementera de fynd som framkommer i denna samt resultat från nämnda liknande studier i en klinisk praxis. Om flera studier även i framtiden pekar på att även minimal behandlarkontakt kan generera i symptomminskning hos individer hur kan man då som kliniker arbeta med att designa och implementera självhjälsprogram i verksamheten för att nå ut till fler.

En annan aspekt av denna iKBT-behandling är det faktum att den inte riktar sig till en specifik diagnosgrupp enligt DSM-V utan istället har som syfte att fungera transdiagnostiskt. Det blir således viktigt att undersöka vidare huruvida en grupp med högre grad av klinisk komorbiditet än den i föreliggande studie skulle vara hjälpta av en transdiagnostisk behandling såsom detta behandlingsprogram.

Idag finns få publicerade långtidsstudier som överstiger sex månader där behandlingseffekten på iKBT-behandlingar undersöks. Det vore således önskvärt med flera uppföljningsstudier i framtiden som undersöker iKBT mot perfektionism.

Referenser

- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 7(5) doi:10.1371/journal.pone.0037411
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs . face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders : a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295.
- Andersson, G. & Titov, N. (2014). Advantages and limitations for Internet-based-limitations for common mental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13 (1),4-11.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 5 (10).
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *INVENT*, 1, 205–215.
- Bieling, P., Summerfeldt, L., Israeli, A., Antony, M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 193-201.
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 251–266.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression And Anxiety*, 29(9), 749-753.
- Egan, S. J., Shafran, R., Lee, M., Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Watson, H. J. (2016). The reliability and validity of the clinical perfectionism questionnaire in eating disorder and community samples. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 79-91.
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2014b). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 107–113.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212.
- Egan, S., Wade, T., Shafran, R., & Antony, M. M. (2014a). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. New York: Guilford Press.
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R.M. & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based selg-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e7.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468.
- Gueorguieva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 310–317.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal Of Human Behavior*, 15(1), 27-33.

- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, *68*, 37–47.
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hesser, H. (2015). Modeling individual differences in randomized experiments using growth models: Recommendations for design, statistical analysis and reporting of results of internet interventions. *Internet Interventions*, *2*(2), 110–120.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(3), 456–470.
- Kothari, R., Egan, S., Wade, T., Andersson, G., Shafran, R. (2017). Overcoming Perfectionism: Protocol of a Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Guided Self-Help Cognitive Behavioral Therapy Intervention. *JMIR Res Protocol*. (In press).
- Kobori, O., Hayakawa, M., & Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the revaluation of standard setting in perfectionism. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 515–521.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Landström, A., & Örtengren, A. (2016). *När självskattningar inte räcker till*. (Unpublished masters thesis). Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Leclercq Y., Sheehan D. V., Weiller E., Amorim P., Bonora I., Harnett Sheehan K., et al. (1997). The mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur. Psychiatry*, *12*, 224–231.
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Carlbring, P. (2016). The Brunsviken brief Quality of Life Scale (BBQ): Development and psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, *45*(3), 1–14.
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *43*(May 2014), 705–731.
- Maloney G. K., Egan S. J., Kane R. T., Rees C. S. An etiological model of perfectionism. (2014) *PLoS One*, *9*(5), e94757.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(1), 6–19.
- Norton P. J., Price E. C. (2007) A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 521–531.
- Pleva, J., & Wade, D. T. (2006). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 849–861.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*, 250–255.
- Riley, C. & Shafran, R., (2005). Clinical Perfectionism: A Preliminary Qualitative Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*, 369–374.

- Roos, S., & Thelander, E., (2016). *Devin – Internetförmiddlad kognitiv beteendeterapi mot klinisk perfektionism som transdiagnostiskt fenomen*. Linköpings Univeristet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, G. C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R., Egan, S., & Wade, T. (2010). *Overcoming Perfectionism*. Robinson: London.
- Skoglund, M., & Trosell, L. (2016). *Hur perfekt får en vara?- Prediktorer för förändring vid internetbaserad kognitiv beteendeterapi för perfektionism*. (Unpublished masters thesis). Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Lowe B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097.
- Stoeber, J., Kempe, T., & Keogh, E. J. (2008). Facets of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame, and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, 44, 1506-1516.
- Tozzi, F., Aggen, S. H., Neal, B. M., Anderson, C. B., Mazzeo, S.E., Neale, M. C., et al. (2004). The structure of perfectionism; A twin study. *Behavior genetics*, 34(5), 483-494.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation. *Paper presented at the 86th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada*.
- Zetterberg, M. (2016). *Internet-Based Treatment of Perfectionism: A Randomized Controlled Trial Comparing Two Types of Self-help*. Stockholms universitet, psykologiska institutionen.

Appendix

Beskrivning av behandlingsmodulerna

Modul 1 Förstå din perfektionism

Den första modulen ger en introduktion till begreppet perfektionism och psykoedukation avseende uppkomst, vidmakthållande samt vanliga antaganden vid perfektionism. Till hemuppgift fick deltagaren skriva ner vilka olika kostnader och fördelar som perfektionismen innebär för dem.

Modul 2 Din egen modell, värderingar och motivation

Den andra modulen inleds med en vidmakthållande modell vid perfektionism där deltagaren mot slutet får reflektera över och fylla i hur den egna modellen kan se ut och på vilket sätt denna skiljer sig från deltagarens värderingar om hur hen önskar leva sitt liv.

Modul 3 Enkäter och experiment

Den tredje modulen innefattar enkäter och beteendeeexperiment som ett sätt att utmana perfektionistiska tankestilar och beteenden. Deltagaren fick vidare i uppgift att planera in aktiviteter som inte var prestationsbaserade utan för nöjes skull med syfte att skapa återhämtning.

Modul 4 Att ta itu med perfektionistiska beteenden

Den fjärde modulen avser hjälpa deltagaren att komma igång med att förändra perfektionistiska beteenden. Hemuppgiften avsåg göra deltagaren medveten om sina undvikanden och säkerhetsbeteenden samt förändra dessa med hjälp av problemlösning eller exponering med responsprevention.

Modul 5 Nya sätt att tänka på

Den femte modulen riktar sig mot hur deltagaren kan förstå och förändra sina perfektionistiska tankestilar. Hemuppgiften avsåg hjälpa deltagaren att öva på de metoder som lärts ut i modulen för ökad förståelse och förändring; "allt eller inget-tänkande", "rigida regler", "att fokusera på det negativa" och "att inte lägga märke till det positiva".

Modul 6 Självkritik eller självmedkänsla?

Den sjätte modulen ger psykoedukation avseende begreppen självkritik och självmedkänsla. Genom hemuppgiften fick deltagaren träna självmedkänsla genom att författa ett självmedkännande brev till sig själv.

Modul 7 Egenvärde

Den sjunde modulen skiljer egenvärdet från prestationer och hur deltagaren kan uppleva värdefulla aspekter av sig själv utan att behöva prestera. Övningarna och hemuppgiften i modulen handlar om att öva upp fler perspektiv, bland annat genom att se sig själv genom någon annans ögon samt ringa in vilka beteenden och handlingar som är i linje med deltagarens värderade riktning.

Modul 8 Att behålla och fortsätta en positiv förändring

Den åttonde modulen avser hjälpa deltagaren att vidmakthålla de förändringar som gjorts, fortsätta göra framsteg samt lägga upp en plan för hur deltagaren kan hantera framtida bakslag och återfall.