



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Dialektisk beteendeterapi (DBT) för ungdomar

**En kvantitativ studie av psykiatrisk problematik,
anknytningsdimensioner samt temperaments- och
karaktärsfaktorer före och efter behandling**

Anna Lehn & Maria Sandström

Psykologexamensuppsats, 2014

Handledare: Lars-Gunnar Lundh

Examinator: Sven Ingmar Andersson

Tack!

Vi vill först och främst tacka det DBT-team vars behandling är fokus för uppsatsen; vi är väldigt glada över möjligheten att få medverka i en spännande utvärderingsprocess av en ny och lovande behandling. Vi vill rikta ett särskilt tack till den kontaktperson på mottagningen som initierat och möjliggjort uppsatsens genomförande samt bistått med såväl lokal som information, inspiration och nya infallsvinklar. Tack för ditt engagemang! Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Lars-Gunnar Lundh och till sist också till Paulina Prieto de la Fuente och Sophie Lehn för genomläsning och synpunkter.

Sammanfattning

Syftet med uppsatsen var att utvärdera dialektisk beteendeterapi för ungdomar, en behandling som initialt utvecklats för en äldre patientgrupp. Inledningsvis jämfördes patienternas ($N = 33$, ålder = 13-17) skattningar innan behandlingen, gällande psykiatrisk problematik, anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer, mot normgrupper. För en mindre grupp ($N = 10$) undersöktes därefter förändringar efter behandlingen genom beräkning av statistisk och klinisk signifikans. Resultatet visade att patientgruppen skilde sig från normgruppen på flertalet psykiatriska variabler. En skillnad uppvisades mellan instrumenten SCL-90 och SDQ; överlag skilde sig patientgruppen mer från normgruppen på SCL-90. Stor skillnad uppvisades även mellan patientgruppen och normgruppen gällande samtliga anknytningsdimensioner (ASQ), samt flera temperaments- och karaktärsfaktorer (TCI). Ett flertal statistiskt signifikanta förbättringar uppmättes efter behandlingen, bland annat gällande grad av depression, ångest och självskadebeteende. Patienterna uppvisade dessutom signifikant högre grad av tillit, lägre grad av distans och bifallsbehov samt högre grad av self-directedness. Även klinisk signifikans uppmättes, exempelvis uppfyllde 90 % av patienterna kriterierna för kliniskt signifikant förbättring på Globalt svårighetsindex (SCL-90) och 55 % på Totala svårigheter (SDQ). Trots att metoden begränsar uppsatsens slutsatser gällande förändring hos patientgruppen i stort, tyder resultatet på att förändringar efter DBT-behandling kan göra sig gällande för såväl psykiatrisk problematik som anknytningsdimensioner och karaktärsdrag.

Nyckelord: Dialektisk beteendeterapi, DBT, ungdomar, självskadebeteende, psykiatrisk problematik, anknytning, temperament.

Abstract

The purpose of the paper was to evaluate a Dialectical Behavior Therapy (DBT) treatment for adolescents, a treatment that was originally developed for older patient groups. First patients ($N = 33$, age = 13-17) were compared with norm groups on current psychiatric problems, attachment dimensions (ASQ) and temperament and character factors (TCI). The adolescent patient group differed in most of these domains. In addition a difference was demonstrated between the instruments SCL-90 and SDQ; the patients differed more on the SCL -90. Changes after treatment were studied for a smaller group ($N = 10$) by calculating statistical and clinical significance. Several statistically significant improvements were found including current levels of depression, anxiety and deliberate self-harm. In addition patients demonstrated significantly higher levels of confidence, lower degree of discomfort with closeness and need for approval and higher level of self-directedness. In regard to clinically significant improvements 90% of the patients met these criteria on Global severity index (SCL -90) and 55% on Total difficulties (SDQ). In conclusion these results indicate changes after DBT treatment on psychiatric problems as well as attachment dimensions and character factors. Due to the limitations of the study the results should be interpreted with caution and further research is warranted to establish DBT as a standard treatment for adolescents.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, DBT, adolescents, deliberate self-harm, psychiatric problems, attachment, temperament.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning | 1 |
| Teori | 2 |
| Dialektisk beteendeterapi (DBT)..... | 2 |
| Biosocial teori och emotionsreglering..... | 4 |
| Andra teoretiska utgångspunkter i DBT..... | 5 |
| Behandlingens utformning | 6 |
| DBT modifierad för ungdomar..... | 8 |
| Studier av DBT för vuxna | 9 |
| Studier av DBT för ungdomar..... | 10 |
| DBT för ungdomar med BPS-symtom..... | 10 |
| Övriga studier av DBT för ungdomar..... | 12 |
| Anknytning | 13 |
| ASQ – ett sätt att mäta anknytning..... | 15 |
| Anknytning hos ungdomar med psykisk ohälsa..... | 16 |
| Anknytning och borderline personlighetsstörning (BPS)..... | 17 |
| Anknytning hos ungdomar med BPS-symtom..... | 18 |
| Temperaments- och karaktärsfaktorer..... | 18 |
| Att använda TCI för att personlighetstesta ungdomar..... | 20 |
| Hur samvarierar temperaments- och karaktärsfaktorer med psykiskt mående hos ungdomar? | 21 |
| Syfte och frågeställningar..... | 22 |
| Metod..... | 23 |
| Procedur | 23 |
| Den aktuella DBT-behandlingens utformning | 24 |
| Datainsamlingsprocedur | 24 |
| Design..... | 25 |
| Deltagare | 25 |
| Material | 25 |
| Deliberate Self-Harm Inventory- 9 (DSHI-9) | 25 |
| Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) | 26 |
| Alcohol/Drug Use Disorders Identification Test (AUDIT och DUDIT) | 26 |
| The Symptom Checklist-90 (SCL-90)..... | 27 |

| | |
|---|----|
| Strengths and Difficulties Questionnaire, självskattningsversionen (SDQ)..... | 27 |
| Risk Behaviors for Eating Disorder-8 (RiBED-8) | 28 |
| Body Esteem Scale for Adolescents and Adults – delskalan Appearance (BEAA)..... | 28 |
| Attachment Style Questionnaire (ASQ) | 28 |
| Temperament and Character Inventory-238 (TCI-238) | 29 |
| Etiska överväganden | 29 |
| Dataanalys | 30 |
| Deskriptiv statistik och jämförelse med normgrupper | 30 |
| Normgrupper | 31 |
| Statistisk signifikans | 31 |
| Klinisk signifikans | 32 |
| Resultat | 34 |
| Beskrivning av psykiatrisk problematik..... | 34 |
| Borderlinekriterier samt självskadehandlingar..... | 34 |
| Alkohol-och droganvändning..... | 34 |
| Skillnader mellan patientgruppen och normgrupper med avseende på psykiatriska symtom, styrkor och svårigheter, riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt attityder till det egna utseendet..... | 34 |
| Förändringar efter behandlingen med avseende på psykiatrisk problematik..... | 36 |
| Förändringar med avseende på borderlinekriterier samt självskadehandlingar | 36 |
| Förändringar med avseende på psykiatriska symtom, styrkor och svårigheter, riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt attityder till det egna utseendet | 37 |
| Reliabila och kliniskt signifikanta förändringar | 39 |
| Beskrivning av anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer..... | 41 |
| Förändringar efter behandlingen med avseende på anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer | 43 |
| Diskussion..... | 44 |
| Resultatdiskussion..... | 44 |
| Beskrivning av patientgruppen gällande psykiatrisk problematik | 45 |
| Förändringar efter behandlingen gällande psykiatrisk problematik..... | 46 |
| SCL-90 – Statistiskt signifikanta förändringar..... | 47 |
| SCL-90 – Kliniskt signifikanta förändringar..... | 48 |
| SDQ – Statistiskt signifikanta förändringar | 49 |
| SDQ – Kliniskt signifikanta förändringar | 49 |

| | |
|--|----|
| Övriga förändringar | 50 |
| Beskrivning av patientgruppen gällande anknytningsdimensioner | 50 |
| Förändringar efter behandlingen gällande psykiatrisk problematik | 52 |
| Beskrivning av patientgruppen gällande temperaments- och karaktärsfaktorer | 53 |
| Förändringar efter behandlingen gällande temperaments- och karaktärsfaktorer | 54 |
| Intern reliabilitet för ASQ och TCI | 55 |
| Metoddiskussion..... | 55 |
| Validitet och reliabilitet..... | 55 |
| Materialinsamling och instrument..... | 56 |
| Dataanalysmetoder | 57 |
| Etik | 58 |
| Övriga begränsningar | 59 |
| Förslag på framtida forskning | 59 |
| Referenser | 61 |
| Bilagor | |

Tonåren är ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv en period av betydande förändringar och utmaningar, såväl kognitiva som sociala och emotionella. Exekutiva funktioner såsom koncentration, inhibering, självreglering och metakognition mognar, samtidigt som tonåringen jämfört med en vuxen individ fortfarande ofta har svårt att fatta beslut baserade på långsiktigt uppsatta mål (Berk, 2010). Emotionellt och socialt karaktäriseras tonåren av identitetssökande och identitetsskapande; självförståelsen ökar och det blir av större betydelse att känna tillhörighet i kamratgrupper. Tonåringen befinner sig också i ett slags spänningsfält mellan självständighet och beroende, samtidigt som familjen fortfarande har en central roll krävs allt mer utrymme för eget utforskande (Berk, 2010).

För en del tonåringar är detta även en period präglad av psykisk ohälsa och ibland även allvarlig psykisk ohälsa. I en underlagsrapport till Socialstyrelsens rapport ”Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013” kan utläsas att barns och ungdomars psykiska ohälsa ökade i Sverige under 1990 och 2000-talet och att denna trend tycks hålla i sig. Främst gäller detta depressions- och ångesttillstånd samt missbruk. Av flickor i Sverige under 17 år hade 2,86 % år 2011 någon gång använt psykofarmaka, kommit till specialiserad öppenvård eller lagts in på sjukhus på grund av psykisk sjukdom. För pojkarna var andelen 4,19 % (Socialstyrelsen, 2013). Av de ungdomar som lider av psykisk ohälsa är olika former av självskadebeteende inte ovanligt förekommande. I vissa fall kan handlingarna vara direkt länkade till en önskan om att ta sitt liv, i andra fall kan orsakerna vara andra, exempelvis att distrahera sig från den psykiska smärtan genom fysisk smärta. Den typ av självskadande beteende som inte kan förstås som suicidförsök har i litteraturen kallats bland annat deliberate self-harm (DSH) eller nonsuicidal self-injury (NSSI) och kan exempelvis vara att skära sig själv, rispa sig själv, förhindra sår från att läka eller bränna sig själv (Bjärehed, Wångby-Lundh & Lundh, 2012).

Ungdomar som ägnar sig åt ickesuicidalt självskadebeteende har på senare tid i allt högre grad uppmärksamrats. I en ny svensk studie genomförd på över 3000 svenska gymnasieungdomar var prevalensen, enligt de föreslagna diagnoskriterierna för nonsuicidal self-injury i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), 6,7 % (Zetterqvist, Svedin, Lundh & Dahlström, 2013). En kartläggning av Bjärehed et al. (2012) visade att förekomsten av upprepat ickesuicidalt självskadebeteende, definierat som minst fem självrapporterade självskadebeteenden, var 20-25 % hos flickor mellan 13 och 15 år och cirka 15 % hos pojkar i samma ålder. Gruppen var dock heterogen gällande hur självskadebeteendet tog sig uttryck. Av de ungdomar som uppvisade ett upprepat självskadebeteende identifierades en subgrupp bestående av flickor med psykologiska problem av främst internaliserande karaktär så som

emotionella svårigheter, där den huvudsakliga formen av självskadebeteende var att skära sig själv. En annan subgrupp bestod av ungdomar med ett mer högfrekvent och mångfacetterat självskademönster, ett mönster som även associerades med psykologiska svårigheter av både externaliserad (exempelvis uppförandeproblem) och internaliserad karaktär (Bjärehed et al., 2012).

I takt med att självskadeproblematik och suicidbeteende i kombination med andra emotionella och relationella problem i högre grad uppmärksammats, både hos vuxna och hos ungdomar, har det på senare tid utvecklats nya, problemspecifika behandlingsformer för denna patientgrupp. Två av dessa behandlingsformer är mentaliseringsbaserad terapi (MBT) och dialektisk beteendeterapi (DBT), terapiformer som båda visat sig verksamma hos vuxna (Lundh, 2014) och nu i allt högre grad börjat användas även för ungdomar.

I föreliggande uppsats studeras en av de DBT-behandlingar som erbjuds inom ramen för barn och ungdomspsykiatri i Sverige. DBT utvecklades ursprungligen för att behandla vuxna med *borderline personlighetsstörning* (BPS). Att använda begreppet *borderline personlighetsstörning* för att tala om svårigheter hos ungdomar är problematiskt, då denna diagnos inte sätts för personer under 18 år. Oavsett diagnos är dock svårigheter relaterade till emotionell instabilitet, svårigheter som i uppsatsen kommer att benämnas *BPS-symtom*, viktiga att uppmärksamma och behandla även hos denna yngre grupp personer.

Patienterna från vilka materialet i föreliggande uppsats inhämtats har remitterats till DBT-behandling av olika anledningar, dock främst på grund av allvarligt självskadebeteende, suicidbeteende och/eller problematik relaterad till emotionell instabilitet. Därför kommer den teoretiska förståelseramen samt tidigare forskning i föreliggande uppsats att kretsa kring ungdomar med just BPS-symtom. Viktigt att poängtera i relation till detta något problematiska begrepp är dock att inga anspråk kommer att göras på att dra slutsatser om huruvida de aktuella ungdomarna riskerar att utveckla en personlighetsstörning eller inte.

Teori

Dialektisk beteendeterapi (DBT). DBT utvecklades ursprungligen av professorn och psykologen Marsha Linehan som en metod för att behandla patienter med ickesuicidalt självskadebeteende, eller parasuicidalt beteende som Linehan (1993) benämner det, och *borderline personlighetsstörning* (BPS). I DSM beskrivs nio symtomkriterier varav fem ska vara uppfyllda för att en patient ska kunna diagnostiseras med BPS (se Bilaga A). Utifrån sin teoretiska förståelse för patientgruppen har Linehan (1993) omorganiserat dessa kriterier något och beskriver istället gruppen för vilken DBT utvecklades utifrån fem karaktäristika,

nämligen att de uppvisar (1) *emotionsdysreglering*, (2) *interpersonell dysreglering*, (3) *beteendemässig dysreglering*, (4) *kognitiv dysreglering* och (5) *självdysfunktion*. Linehan (1993) beskriver individer med BPS som emotionellt högreaktiva individer, ofta med episodiska depressioner, ångest, irritabilitet och ilska. Relationerna karaktäriseras ofta av kaos och intensitet och personer med BPS har ofta även ett stort behov av närhet och svårt för separationer. Beteendemässig dysreglering syftar på extrem och problematisk impulsivitet, ofta kopplat till självskadehandlingar och suicidbeteende. Patientgruppen kan även uppleva kognitiv dysreglering så som dissociation och depersonalisering i påfrestande situationer och slutligen är det vanligt att patienter diagnostiserade med BPS beskriver en upplevelse av att vara tom, inte veta vem hon eller han är, det vill säga det som här beskrivs som självdysfunktion (Linehan, 1993). Den självskadande dimensionen av BPS, tillsammans med ett ofta direkt och kraftfullt uttryckssätt samt extrema reaktioner på kritik och hot om avvisande, har en tendens att ha stark påverkan på personer i individens omgivning. Beteendet kan få både vänner och familj men också behandlare att känna sig provocerade eller manipulerade. Linehan (1993) motsätter sig dock bilden av BPS som en diagnos karaktäriserad av manipulation i ordets ursprungliga mening och omformulerar istället patienternas parasuicidala beteende som en reaktion på en påtaglig ambivalens inför att vilja fortsätta leva eller att vilja dö. Att suicidbeteendet av andra tolkas som manipulativt menar Linehan (1993) är en orsak till att personer med BPS ofta upplever sig invaliderade och missförstådda.

Att tala om personlighet och personlighetsstörningar hos barn och unga tonåringar är problematiskt, eftersom detta är en period då grunden för den framtida personlighetsutvecklingen fortfarande håller på att läggas och något stabilt mönster av kognitioner, emotioner och beteenden ännu inte har etablerats (Hellgren, 2000). Borderline personlighetsstörning diagnostiseras därför liksom övriga personlighetsstörningar först efter 18 års ålder. Det motsäger dock inte att liknande tanke-, känslö- och beteendemönster yttrar sig, och behöver uppmärksammas, även hos ungdomar.

En viss grad av emotionsdysreglering går att förvänta hos de flesta tonåringar, att slå i dörrar och svära åt familjemedlemmar kan nästan sägas höra perioden till. Men för en del ungdomar är emotionsdysregleringen av mer kronisk och extrem karaktär och samexisterar med andra problem, så som suicidbeteende och självskadehandlingar samt andra symptom varibland en del faller inom ramen för BPS (Miller, Rathus och Linehan, 2007). Det är för dessa individer, det vill säga ungdomar med en mångfacetterad problembild innefattade suicidbeteende och/eller självskadehandlingar som Miller et al. (2007) utvecklat en

åldersanpassad version av DBT. Vuxna med BPS har tidigare ansetts vara en svårbehandlad grupp, bland annat eftersom problematikens karaktär kan väcka svårhanterliga känslor (hopplöshet, ilska, svek etc.) hos behandlaren. I takt med att flera problemspecifika behandlingsmetoder utformats tycks denna syn på senare tid ha förändrats till att bli mer optimistisk. Utfallsstudier har exempelvis visat på god effektivitet för både MBT och DBT när det gäller att bland annat minska graden av BPS-symtom hos patienterna (Lundh, 2014). BPS tycks alltså vara en mindre stabil diagnos än vad som tidigare antagits och genom att tidigt fånga upp och behandla problematik relaterad till suicidbeteende och emotionsdysreglering hoppades Miller et al. (2007) kunna förhindra att beteendeproblemen integreras och befästs in i vuxen ålder. Det är alltså mot denna bakgrund den ungdomsanpassade DBT-metoden utvecklades och idag används runt om i Sverige och i världen.

Biosocial teori och emotionsreglering. DBT har sin teoretiska utgångspunkt i Linehans (1993) biosociala teori. I denna teori ses svårigheterna hos individer med BPS som primärt sprungna ur dysfunktion gällande *emotionsregleringsförmåga*, det vill säga ”the ability to monitor, evaluate, and modulate one’s affective state (i.e., when and what emotions occur, and how one experiences and expresses those emotions) in order to accomplish one’s goals” (Gross, 1998; Thompson 1994, refererade i MacPherson, Cheavens & Fristad 2013, s. 60). Graden av en individs förmåga att reglera sina emotioner ses i sin tur som ett resultat av (1) biologisk predisposition hos individen själv, så som temperamentsvariabler, och (2) det miljömässiga samspelet, främst vårdnadsgivarnas grad av känslomässig validering (Linehan, 1993). Av särskilt intresse gällande den biologiska predispositionen är graden av emotionell sårbarhet, en sårbarhet som i sin tur karaktäriseras av tre faktorer, nämligen hög känslighet för emotionella stimuli, hög intensitet i den känslomässiga reaktionen samt långsam återgång till ett neutralt känsloläge. Ett barn med denna emotionella sårbarhet som dessutom växer upp i en invaliderande miljö, det vill säga en miljö där känslomässig kommunikation från barnet bemöts inkonsekvent, inadekvat och/eller trivialiserande av omgivningen, riskerar att utveckla en dysfunktionell emotionsregleringsförmåga (Linehan, 1993). Ett barn som inte fått lära sig att benämna, reglera eller lita på de egna känslorna som riktiga och relevanta tolkningar av händelser i omgivningen, riskerar att som vuxen invalidera sina egna känslor och förstå sin verklighet genom andra istället för att lita på sina egna upplevelser. De riskerar även att utveckla förenklade problemlösningstrategier vilket leder till orealistiska mål och i förlängningen självhat och skam till följd av misslyckande (Linehan, 1993). Detta, beskriver

Linehan (1993), är kärnan i svårigheterna hos personer med BPS: Suicidbeteendet eller självskadehandlingarna kan förstås som dysfunktionella försök att reglera extrema och smärtsamma känslor men också som effektiva sätt att frambringa hjälp och tröst från omgivningen (Linehan, 1993). Identitetsförvirringen och tomhetskänslan kan förstås som konsekvenser av att under lång tid ha observerat oförutsägbar känslomässig, kognitiv och beteendemässig respons hos sig själv vilket skapat ett instabilt självkoncept. Den impulsivitet som föds ur svårigheterna att reglera känslor kan, menar Linehan (1993), tillsammans med konsekvenserna av ett bristande självkoncept, även förklara det relationella kaos som individer med BPS ofta upplever. En biosocial förståelse av BPS-problematiken ger två huvudsakliga behandlingsimplikationer. För det första bör behandlingen fokusera på att lära patienten att hantera extrem emotionalitet, minska dysfunktionella känslöberoende beteenden och lita på och validera sina egna känslor, tankar och beteenden. För det andra måste behandlingen ske i ett validerande klimat, där behandlaren motarbetar maladaptiva beteenden men samtidigt agerar tröstande, hållande och icke-dömande (Linehan, 1993).

Andra teoretiska utgångspunkter i DBT. Utifrån en biosocial förståelse för konsekvenserna av bristande emotionsregleringsförmåga utvecklade alltså Linehan (1993) den dialektiska beteendeterapin (DBT), som är en behandling där aspekter av beteendevetenskap, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddistisk filosofi integreras (Kåver & Nilsson, 2002). En av utgångspunkterna i DBT är *inlärningsteori*, det vill säga teorin om att människan har såväl en förmåga att lära in som en förmåga att lära om. Genom att validera och ta patientens upplevelser på stort allvar kan behandlaren hjälpa henne eller honom att lära om de maladaptiva beteenden som lärts in tidigare i livet och istället främja nyfikenhet, självständighet och tillit till den egna kompetensen. Det är även med en inlärningsteoretisk utgångspunkt som riktlinjerna kring hanterandet av självdestruktiva handlingar utvecklats i DBT. Då omsorg och värme kan fungera förstärkande bör terapeuten när patienten skadat sig själv istället vara öppen med sitt missnöje samt tillsammans med patienten analysera händelseförloppet i detalj. Trots obehaget det kan väcka hos patienten anses denna utsläkningsstrategi som det långsiktigt mest validerande sättet att hantera självskadehandlingar på (Kåver & Nilsson, 2002). En stor del av arbetet i DBT handlar om att minska självskadebeteende genom att hjälpa patienten att lära in nya, mer funktionella emotionsregleringsstrategier. Förutom beteendeterapeutiska tekniker som exponering och färdighetsträning används för detta ändamål även traditionella *kognitiva tekniker* så som kedjeanalyser, problemlösning och realitetsprövning.

En tredje utgångspunkt är den *dialektiska filosofin*. Istället för att försöka finna en absolut sanning framhålls i dialektiken den samtidiga existensen av motsatta och motstridiga krafter (MacPherson et al., 2013). Detta innebär en insikt om att två motstridiga synsätt (exempelvis önskan att dö och önskan att leva) kan finnas i en samma person vid en och samma tidpunkt. Linehan (1993) har beskrivit tre vanliga dialektiska dilemman, bestående av sex extremer. Dessa dilemman är (1) känslomässig sårbarhet versus självinvalidering, (2) aktiv passivitet versus skenbar kompetens och (3) kontinuerliga kriser versus obearbetad sorg. Individer med BPS tenderar att pendla mellan dessa ytterligheter, istället för att integrera dem båda som delar av sig själv, vilket orsakar stress och ångest. Att arbeta i riktning mot acceptans av spänningen som uppstår mellan dessa motstridigheter är en central del i DBT (Kåver & Nilssonne, 2002).

En fjärde och viktig del i DBT är *medveten närvaro*, eller mindfulness. Det är på denna grundsten alla färdigheter som lärs ut vilar, exempelvis färdigheten att stå ut när det är svårt utan att behöva agera direkt på känslolimpulsen. Att utan att värdera sina upplevelser bli medveten om sitt inre och omgivningen härstammar från den buddhistiska meditationen, där strävan efter total uppmärksamhet i nuet är central (Kåver & Nilssonne, 2002).

Behandlingens utformning. En DBT-behandling består av fyra faser innehållande moment som speglar de fem viktigaste funktionerna i DBT, nämligen att (1) höja patientens beteendemässiga kapacitet, (2) öka motivationen, (3) främja generalisering av målen till den naturliga miljön, (4) strukturera miljön så att den förstärker funktionella snarare än dysfunktionella beteenden och (5) öka terapeuternas kapacitet och motivation (MacPherson et al., 2013). Innan behandlingen påbörjas går behandlare och patient igenom vad som kallas orienteringsfasen, där fokus ligger på att skapa allians mellan terapeut och patient samt att formulera terapimål. I fas ett är huvudmålet säkerhet och stabilitet, varför tyngden ligger på reducering av suicidalt beteende (självskadehandlingar inräknat), terapeutörande beteende (exempelvis uteblivande från sessioner), livskvalitetsstörande beteende (exempelvis ekonomi och relationer) och till sist ökning av färdigheter så som exempelvis att stå ut i svårigheter, reglera känslor, lösa problem och hantera relationer. Fas två handlar primärt om att minska effekterna av posttraumatisk stress, i fas tre är målet att uppnå självrespekt och uppnå individuella mål och fas fyra syftar till att etablera en känsla av meningsfullhet och engagemang i livet (Linehan, 1993).

I DBT används fyra behandlingskanaler som löper parallellt med varandra genom samtliga faser: individualterapi, färdighetsträning i grupp, telefonkonsultation samt

teamhandledning för behandlarna. Individualterapi utformas efter den målhierarki som finns för varje enskild behandlingsfas samt utifrån vad patienten varit med om under veckan kopplat till dessa mål. Individualterapeuten är också ansvarig för att hjälpa patienten till motivation, behandlingsplanering och att lösa problem och svårigheter i färdighetsträningen (Linehan, 1993). Den andra behandlingskanalen är färdighetsträningen som är ett psykoedukativt program bedrivet i grupp ungefär en gång i veckan under 1 - 2,5 timmar. Första halvan av färdighetsträningen ägnas åt genomgång av hemuppgifter och den andra halvan ägnas åt att lära ut nya färdigheter, alla tillhörande en av de fyra modulerna mindfulness, interpersonell effektivitet, emotionsreglering och stresstolerans. Slutligen delas en ny hemuppgift ut. Färdighetsträningen spänner över sex månader för att sedan repeteras (Linehan, 1993).

Patienterna uppmuntras att vid behov kontakta individualterapeuten via telefon mellan sessionerna. Denna möjlighet ska användas vid tre situationer: om patienterna befinner sig i kris och upplever en önskan att skada sig själv, om de behöver hjälp att generalisera färdigheter eller om det skett någonting i den terapeutiska relationen som patienterna känner ett behov av att reda ut. Telefonsamtalen ska vara korta och patienten får inte ringa det närmaste dygnet efter att hon eller han skadat sig själv, detta för att minska risken för att ett dysfunktionellt beteende förstärks.

Den sista behandlingskanalen är teamkonsultation, vilken bland annat syftar till att hantera problem i behandlingen och att öka terapeuternas motivation och kapacitet att bedriva DBT. Teamkonsultationerna sker en gång i veckan och är en integrerad del av behandlingen. Problematiken som patienter med BPS upplever är ofta mångfacetterad, vilket innebär en utmaning för behandlarna. Utifrån detta, tillsammans med det faktum att behandlarna ofrånkomligen blir en del av det inre relationella kaos som karaktäriserar diagnosen (Linehan, 1993), går det att förstå varför vikten av att arbeta nära varandra i team understryks i DBT.

Sammanfattningsvis syftar DBT-behandlingen till att genom olika behandlingskanaler, faser och moduler (1) minska livshotande suicidala eller parasuicidala handlingar, (2) minska terapistörande beteende så som avhopp i förtid, något som för övrigt inte är ovanligt i denna patientgrupp (Gunderson, 1984; Richman & Charles, 1976; Weissman et al., 1973, refererat i Linehan, 1993), (3) minska beteenden som ligger i vägen för god livskvalitet, exempelvis depression eller substansmissbruk samt (4) öka de beteendemässiga färdigheterna så som emotionsreglering, mindfulness, interpersonella färdigheter och självomhändertagande (Linehan, 1993).

DBT modifierad för ungdomar. Mot bakgrund av goda behandlingsresultat för DBT hos vuxna, har alltså en anpassad version av behandlingen utvecklats för ungdomar med liknande svårigheter och symtom, det vill säga självskadebeteende, suicidtankar/suicidbeteende och BPS-drag (Miller et al., 2007). För att anpassa behandlingen till den utvecklingsfas ungdomar befinner sig i har dock några förändringar genomförts, varav de sju viktigaste kort presenteras nedan.

I DBT för ungdomar inkluderas föräldrar och/eller andra viktiga familjemedlemmar i färdighetsträningen och dessa familjemedlemmar har även möjlighet till telefonkonsultation gällande generalisering av färdigheterna (Miller et al., 2007). Genom att hela familjen tillägnar sig ett gemensamt språk, samt är delaktig i ungdomens utveckling genom exempelvis rollspel, kan färdigheterna som lärs ut i behandlingen lättare generaliseras till omgivningen. Då ungdomarna ofta fortfarande bor hemma ger detta en direkt möjlighet att påverka en eventuell invaliderande hemmiljö (Neece, Berk & Combs-Ronto, 2013). Det ges även möjlighet till familjeterapisessioner, bland annat i syfte att förbättra kommunikationen i familjen, öka föräldrarnas förståelse för ungdomens känslomässiga sårbarhet, rikta uppmärksamhet mot föräldrarnas egna svårigheter gällande emotionsreglering samt hantera kriser. Förutom de tre tidigare beskrivna dialektiska dilemman som Linehan (1993) adresserade, har ytterligare tre dialektiska dilemman utvecklats inom ramen för DBT för ungdomar. Dessa dilemman involverar både ungdomen och familjen och målet är att hjälpa dem att hitta en balans mellan extremerna; överdrivet overseende versus auktoritär kontroll, normalisering av patologiska beteenden versus patologisering av normativa beteenden samt framtvingande av autonomi versus fostrande av beroende (Miller et al., 2007).

Även längden på terapin har anpassats från ett år till 16 veckor. Denna anpassning gjordes främst av tre anledningar, för det första eftersom den aktuella gruppen ungdomar tenderar att endast slutföra ett litet antal terapisessioner och för det andra eftersom Miller et al. (2007) även riktade sig till ungdomar med självskadebeteende utan BPS-drag, svårigheter de tänkte sig endast krävde korttidsbehandling. Slutligen genomfördes förändringen av pragmatiska skäl såsom patienternas ekonomiska situation. Förutom att terapin kortats ner har en andra behandlingsperiod lagts till för patienter som har fortsatta svårigheter efter den första perioden. Denna andra period, som också sträcker sig över 16 veckor, kan ungdomarna upprepa flera gånger om behov finns. Båda perioderna involverar endast interventioner från den första fasen, det vill säga att adressera suicidalt beteende, terapeutörande beteende och livskvalitetsstörande beteende samt öka beteendemässiga färdigheter, men målet med den andra perioden är även att verka för generalisering av de tidigare inlärd färdigheterna

(MacPherson et al., 2013). Ytterligare en anpassning är att en reduktion skett av antal färdigheter som lärs ut i varje modul (det vill säga mindfulness, interpersonell effektivitet, emotionsreglering och stresstolerans), samt att en särskild modul för ungdomsfärdigheter såsom ”walking the middle path” lagts till. Det är i denna modul som bland annat de tre ovan beskrivna dialektiska dilemman fokuseras. Den sista modifieringen är att övningarna och arbetsmaterialet har åldersanpassats (MacPherson et al., 2013).

Studier av DBT för vuxna. I en översiktsartikel av MacPherson et al. (2013) sammanställs de totala RCT-studier som vid tidpunkten för artikelns publicering hade genomförts för att mäta effektiviteten av DBT för vuxna, både hos individer diagnostiserade med BPS men också individer med annan psykopatologi. I denna sammanställning sammanfattar MacPherson et al. (2013) att delaktighet i DBT är associerat med ett flertal positiva faktorer, så som minskad frekvens och allvarlighetsgrad gällande suicidalt beteende och/eller ickesuicidalt självskadebeteende, minskning av BPS-symtom, substansmissbruk/beroende, ätstörningssymtom, ADHD-symtom, hopplöshet, depression, ilska/irritabilitet, aggression och affektiv kontroll, minskad grad av vårduppsökande och inläggningstid, förbättrad social anpassning, högre livskvalitet samt förbättrat interpersonellt fungerande. Den hittills största RCT-studien av DBT för vuxna patienter diagnostiserade med BPS ($N = 180$) genomfördes av McMair et al. (2009). I denna framkommer bland annat att andelen kliniskt signifikant förbättrade på SCL-90 Globalt svårighetsindex var 38 % och andelen som uppvisade en reliabel förbättring på denna variabel var 63 %.

Även i jämförelse med andra former av behandling har DBT visat sig vara effektiv (MacPherson et al., 2013). En RCT-studie av Bedics, Atkins, Comtois & Linehan (2012) visade exempelvis på att patienter som behandlats med DBT jämfört med patienter som gått i eklektisk terapi bedriven av ”expertterapeuter” hade en mer positiv självbild och högre grad av självbekräftande. I jämförelse med andra behandlingar som specifikt riktar sig till patienter diagnostiserade med BPS är dock skillnaderna mindre. I en metastudie av Kliem, Kröger & Kosfelder (2010) där åtta RCT-studier och åtta icke RCT-studier inbegreps, återfanns hög grad av fullföljande av behandling (27,3 % avhopp), medelhög global effektstorlek och medelhög effektstorlek för suicid- och självskadebeteende. Dock minskade effektstorleken när DBT jämfördes med andra behandlingar specifikt utformade för BPS.

En annan nyligen publicerad metastudie och systematisk översikt av fem RCT-studier visade att DBT tycks hjälpa patienter med BPS att minska graden av suicidalt och självskadande beteende - suicidförsöken minskade med cirka två tredjedelar. Även grad av

terapistörande beteende minskade efter DBT-behandling. Dock återfanns över studierna inga statistiskt signifikanta minskningar gällande grad av livskvalitetsstörande beteende, så som depression (Panos, Panos, Jackson & Hasan, 2014).

Studier av DBT för ungdomar. Ingen RCT-studie som undersökt effekterna av DBT för ungdomar har vid dagens datum publicerats, vilket innebär att behandlingen ännu inte har någon empirisk evidens. Dock är de två första RCT-studierna av DBT för ungdomar under genomförande i Norge och i USA (Mehlum, 2012; Linehan, McCauley, Berk, Pearson & Sherrill, 2012, refererat i Neece et al., 2013). Hittills har 20 engelskspråkiga, naturalistiska studier publicerats där man med före- och eftermätningar, kvasiexperimentell design eller fallstudiedesign undersöker utfall av DBT-behandling för ungdomar i en klinisk kontext. Studierna presenteras mer eller mindre utförligt nedan, baserat på deras relevans för uppsatsen.

DBT för ungdomar med BPS-symtom. I åtta av de hittills genomförda studierna var deltagarna ungdomar med BPS-symtom, suicidtankar, suicidbeteende och/eller självskadebeteende. Deltagarna, varav majoriteten flickor, var i samtliga studier mellan 13 och 19 år gamla och i sju fall av åtta genomfördes studierna i öppenvården. De flesta behandlingarna gick i linje med den i manualen beskrivna DBT-behandlingen (Miller et al., 2007), förutom med avseende på terapins längd som varierade mellan tolv veckor och ett år. Två av studierna använde modifierade versioner av DBT, en anpassad till inlagda patienter (Katz, Cox, Gunasekara & Miller, 2004) och en modifierad till ett multifamiljformat som komplement till standardbehandling, så kallad ”treatment as usual” (TAU) (Uliaszek, Wilson, Mayberry, Cox och Maslar, 2014).

I en studie av Miller, Wyman, Huppert, Glassman och Rathus (2000) undersöktes förändringar av BPS-symtom efter en tolv veckor lång DBT-behandling. Resultatet baserades på 33 patienters (endast de som avslutade behandlingen inräknades) självskattning av allvarlighetsgraden inom de fyra domänerna; förvirring kring sig själv, impulsivitet, emotionell instabilitet och interpersonella problem och resultatet visade att patienterna efter tolv veckors behandling hade förbättrats signifikant i samtliga domäner.

Woodberry och Popenoe (2008) undersökte förändring hos 46 ungdomar (varav 63 % slutförde behandlingen) efter 15 veckors DBT-behandling. De fann hos dessa ungdomar en signifikant minskning av självskade- och suicidtankar, ilska, depressiva symtom, ångestsymtom, dissociativa symtom och impulsivt/beroende beteende. Signifikant förbättring uppvisades också för generella symtom, generellt fungerande, dagliga levnadsfärdigheter,

rollfungerande samt relationellt fungerande. Även föräldrarna skattade sin *egen* grad av depression lägre efter ungdomarnas behandling. I studien användes The Adult Attachment Scale (AAS) för att undersöka de tre anknytningsvariablerna ”Comfort depending on others”, ”Anxiety in relationships” och ”Comfort with closeness and intimacy”. Woodberry och Popenoe (2008) fann en signifikant positiv förändring hos ungdomarna på skalan Comfort depending on others, men ingen signifikant förändring på övriga två skalor.

James, Taylor, Winmill och Alfoadari (2008) fann signifikanta förändringar i självrapporterade symtom gällande depression, hopplöshet, självskadebeteende samt generell fungerande (GAF) hos 16 flickor direkt efter avslutad DBT-behandling samt vid en uppföljning åtta månader senare. Behandlingen pågick under ett års tid och fullföljdes av 87,5% av patienterna. En studie av delvis samma forskare (James, Winmill, Anderson & Alfoadari, 2011) fann ett liknande resultat. Även hos dessa deltagare (totalt 25, varav 18 fullföljde behandlingen) hade signifikanta förändringar skett gällande grad av depression, hopplöshet och självskadebeteende. De skattade också ett signifikant högre globalt fungerande. Dock återfanns inga signifikanta förändringar av negativa automatiska tankar eller livskvalitet. Samtliga deltagare hade dessutom en otrygg anknytningsstil, mätt genom ASQ.

I en studie där deltagarna var tolv ungdomar (varav åtta fullföljde behandlingen), fann Fleischhaker et al. (2011) vid en uppföljning ett år efter avslutad DBT-behandling (16-24 veckor) signifikanta förbättringar med avseende på minskat suicidbeteende, självskadebeteende, ökad psykosocial anpassning samt minskning av psykopatologiska symtom och BPS-symtom. Psykopatologi mättes bland annat genom SCL-90 där man vid uppföljningen fann signifikanta förändringar på samtliga tre globala skalor, samt delskalorna Somatisering, Interpersonell sensitivitet, Depression och Ångest. På delskalorna Tvångssyndrom och Fientlighet uppvisades signifikanta förändringar vid mättillfället en månad efter avslutad behandling men inte vid uppföljningsmätningen. Resultatet på övriga delskalor (Psykoticism, Fobisk ångest och Paranoidt tänkande) hade inte förändrats signifikant, men dessa symtom skattades lågt även före påbörjad behandling.

Två studier har jämfört DBT-behandling för ungdomar med TAU. Den första studien (Rathus & Miller, 2002) jämförde tolv veckors manualbaserad DBT-behandling med tolv veckors TAU, som här innebär individualterapi med psykodynamisk inriktning samt systemorienterad familjeterapi med inslag av psykoedukation. Deltagarna bestod av totalt 111 ungdomar och resultatet visade signifikanta skillnader mellan behandlingsformerna till DBT-behandlingens fördel med avseende på sjukhusinläggningar (0 % för DBT-gruppen jämfört

med 13 % för TAU-gruppen) samt fullföljande av terapi (62 % för DBT-gruppen jämfört med 40 % för TAU-gruppen). Det gjordes även före- och eftermätningar gällande grad av psykopatologi hos patienterna som fick DBT-behandling, vilka visade signifikanta förbättringar i linje med ovan refererade studier. Ungdomarna skattade signifikant lägre grad av suicidtankar samt lägre grad av BPS-symtom. Förbättring uppvisades också med avseende på grad av ångest, depression, interpersonell sensitivitet och tvångssyndrom mätt genom SCL-90 och detsamma gällde för de två globala skalorna Globalt svårighetsindex och Positivt symtomstörningsindex.

I den andra jämförande studien (Katz et al., 2004) undersöktes effektiviteten av en två veckor lång DBT-behandling hos totalt 62 ungdomar som var inlagda på grund av suicidalitet. Behandlingen var anpassad till sjukhuskontexten och bestod av fyra individualterapi-sessioner och tio färdighetsträningssessioner. TAU bestod av minst en session av psykodynamisk individualterapi i veckan samt daglig psykodynamisk grupperapi. Patienterna som fick DBT-behandling var jämfört med kontrollgruppen delaktiga i signifikant färre våldsincidenter (riktade mot sig själv eller mot andra) under sin tid på avdelningen. En skillnad i effektstorlek, dock inte signifikant, uppvisades mellan grupperna vid skattning av depression, hopplöshet och suicidtankar, där patienterna som fått DBT skattade lägre än kontrollgruppen efter avslutad behandling. Oberoende av behandlingsform uppvisade ungdomarna en signifikant förbättring gällande depression, självskadebeteende och suicidtankar vid en ettårsuppföljning.

I en nyligen publicerad pilotstudie av Uliaszek et al. (2014) undersöktes effekterna av en DBT-färdighetsträningsgrupp i multifamiljformat som komplement till TAU för 13 ungdomar med BPS-symtom samt deras föräldrar (16 personer). Resultatet visade på en signifikant minskning av BPS-symtom mätt genom klinisk intervju (International Personality Disorder Examination) och föräldrarna skattade även en signifikant lägre grad av internaliserat och externaliserat beteende hos ungdomarna. Ungdomarna själva skattade dock inte någon signifikant symtomminskning.

Övriga studier av DBT för ungdomar. Sex studier har hittills undersökt utfallet av DBT-behandling för ungdomar med trotssyndrom, bipolär sjukdom, ätstörningar samt trichotillomani. De anpassade DBT-behandlingarna i dessa studier skilde sig en del från behandlingen som beskrivs i manualen (Miller et al., 2007) men visade på resultat som gick i linje med de ovan presenterade. För ungdomar med trotssyndrom återfanns i en studie signifikanta förbättringar med avseende på positiva beteenden, trotsbeteenden och externaliserande beteenden, depressiva symtom, internaliserade symtom och totala

problembeteenden (Nelson-Gray et al., 2006). Marco, Gracia-Palacios och Botella (2013) undersökte i en fallstudie utfallet av tolv veckors DBT-färdighetsträning samt individualterapi för två flickor med trotsyndrom och fann en minskning av impulsivt beteende, maladaptiva emotionsregleringsstrategier, antal sjukhusinläggningar samt grad av ilska och depressiva symtom. Istället hade graden av positiva emotioner ökat.

Ungdomar med bipolär sjukdom uppvisade i en studie av Goldstein, Axelson, Birmaher och Brent (2007) minskad grad av suicidtankar, förbättrad emotionsregleringsförmåga samt minskad grad av depression och självskadebeteende efter DBT-behandling. Även för ungdomar med ätstörningsproblematik har en för målgruppen modifierad DBT-behandling använts och utvärderats. Safer, Couturier och Lock (2007) fann i en fallstudie av en 16-åring flicka med hetsätningssyndrom minskad frekvens och allvarlighetsgrad i hetsätningen efter avslutad behandling. Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl och Miller (2008) fann efter behandling signifikanta förbättringar gällande såväl ätstörningssymtom som generell psykopatologi hos tolv flickor med anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

I en fallstudie av en flicka med trichotillomani uppmätte Welch och Kim (2012) efter 16 veckors DBT-behandling en minskning av hårdragning, ångestsymtom och depressionssymtom samt förbättrad emotionsregleringsförmåga. Vid uppföljningen hade dock trichotillomani-symtomen ökat något igen.

Ytterligare sex studier har på olika sätt undersökt utfall av DBT för ungdomar i så kallade ”diverse settings” och funnit liknande resultat som de ovan presenterade (se MacPherson et al., 2013 för en översikt). Vilka specifika mekanismer i DBT-behandlingen som är verksamma för ungdomarna finns det enligt författarnas kännedom ännu ingen empirisk forskning kring. Ingen publicerad studie har heller undersökt den kliniska signifikansen av förändringar efter DBT för ungdomar, det vill säga hur stor andel patienter som kan sägas ha blivit återställda, förbättrats eller kanske rentav försämrats.

Anknytning. Linehan (1993) förstår alltså psykisk ohälsa i form av BPS som beroende av ett samspel mellan biologiska och miljömässiga faktorer, så som en invaliderande uppväxtmiljö. Ett annat sätt att förstå miljöns, eller snarare relationen till vårdnadsgivarens, betydelse för ett barns psykologiska utveckling och hälsa är genom anknytningsteorin. Denna teori vill förstå och förklara det starka psykologiska och känslomässiga band som är resultatet av samspelet mellan omvårdnadsperson och barn (Bowlby, 1977 refererat i Bartholomews & Horowitz, 1991). John Bowlby och Mary Ainsworth har utformat den teoretiska grunden för

anknytningsteorin och Bowlby menar att barnets utveckling äger rum genom ett dynamiskt och ömsesidigt samspel mellan genetiska anlag och miljö (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006).

Omvårdnadspersonens sensitivitet för barnets signaler utgör kärnan i en trygg anknytning (Hart, 2009) och en av anknytningssystemets viktigaste funktioner är att skapa ett självreglerande kontrollsystem inom barnet (Fonagy & Target, 1997). Detta kontrollsystem utvecklas i samspel med omvårdnadspersonen om denne hjälper barnet att reglera sina emotioner genom att funktionellt och ändamålsenligt spegla och härbärgera barnets känslotillstånd. Barnet, som söker ett sätt att lugna sig, identifierar omvårdnadspersonens respons, internaliserar denna och utvecklar på så vis en större förmåga att känna igen och härbärgera de egna känslorna (Fonagy & Target, 1997). Barnet utvecklar även så småningom förmågan att tona in andras tillstånd, och lyhördheten mellan omvårdnadspersonen och barnet utgör en grund för det sociala samspel barnet sedan kommer att delta i (Hart, 2009). Om barnets försök att få skydd och trygghet av omvårdnadspersonen inte leder till ökad känsla av detta, kan grunden för en otrygg anknytning skapas (Broberg et al., 2006).

Bowlby menade att anknytningen lever vidare som inre arbetsmodeller under barnets utveckling och mognad. Dessa inre arbetsmodeller uppstår genom att barnet internaliserar upplevelser av sitt samspel med sin omvårdnadsperson. Barnets ansträngningar för att söka och behålla närhet till sina vårdnadsgivare samt de erfarenheter som härrör ur detta (Rönnlund & Karlsson, 2006), formar dessa inre modeller som även kommer att fungera som prototyp för senare relationer (Bowlby, 1973 refererat i Bartholomews & Horowitz, 1991). Hur barnet ser på andra, exempelvis ”är andra kapabla att ge mig tröst och stöd?” och hur barnet ser på sig själv, exempelvis ”är jag en person som någon ger tröst och stöd?”, är två typer av inre arbetsmodeller vilka antas spela stor roll för kvaliteten av barnets anknytning och senare mönster i att relatera till andra (Bowlby, 1973 refererat i Bartholomews & Horowitz, 1991). Longitudinella studier bekräftar att den tidiga anknytningen, och etablerade inre arbetsmodeller, har en fortsatt inverkan på individens anknytningsmönster in i vuxenlivet. Anknytningsmönstret kan dock påverkas av faktorer som individens sårbarhet, livshändelser och relationella förändringar (se Davila & Cobb, 2009 för översikt; Rönnlund & Karlsson, 2006; Sroufe, Egeland & Kreutzer, 1990).

Ainsworth utvecklade, ur observationer av samspelet mellan mor och barn, en indelning av anknytningsmönster nämligen trygg, otrygg-undvikande och otrygg-ambivalent. Margret Main lade sedan till en fjärde kategori; den desorganiserade anknytningen (Hart, 2009). Dessa anknytningsmönster har bekräftats i en mängd studier, i olika kulturer och hos

barn i olika åldrar (Mortensen, 2001; Sroufe, 1989b, refererat i Hart, 2009). Flera studier har även empiriskt kunnat visa på att den tidiga anknytningen kan förutsäga anknytningen i sena tonår/tidiga vuxenår (Fraley, 2002, refererat i Broberg et al., 2006).

ASQ - ett sätt att mäta anknytning. Två olika perspektiv på anknytning har under åren vuxit fram; *attachment state of mind* och *style of attachment (anknytningsstil)*. Attachment state of mind beskrivs som ett intrapsykiskt konstrukt och är ett mått på hur individen konceptualiserar sina anknytningsupplevelser och anknytningsrelationer i förhållande till individens (primära) anknytningsperson (Allen, 2008). Anknytningsstil är främst ett relationellt konstrukt och mäter en distinkt relationsstil som individen tenderar att använda i sina sociala relationer och/eller kärleksrelationer. Relationen som mäts måste alltså inte vara den till den primära anknytningspersonen. Anknytningsstilen är relaterad till individens attachment state of mind då teorin bygger på att individens inre arbetsmodeller påverkar anknytningsstilen (Allen, 2008). Attachment state of mind mäts företrädesvis genom djupintervjuer så som Adult Attachment Interview (AAI) som är utvecklat ur Ainsworth och Mains arbete (Hesse, 2008). Även Attachment Style Questionnaire (ASQ) är baserat på bland annat Ainsworths teori men mäter i stället anknytningsstil och är vidareutvecklat genom Bartholomews teori om självbild och anknytning (Håkansson & Tengström, 1997). AAI fokuserar primärt på sättet en person berättar om anknytningsrelaterade barndomserfarenheter och fångar implicita kvaliteter, medan ett självskattningsformulär som ASQ mäter medvetna upplevelser och beteende (Bartholomew & Shaver, 1998).

ASQ mäter fyra anknytningsstilar; trygg, distanserad, ängslig och ambivalent. Dessa stilar bygger på fem olika dimensioner av anknytning som mäts genom delskalorna Tillit, Distans, Sakorientering, Relationsfixering och Bifallsbehov och anknytningsstilen är ett resultat av vad individen skattat inom de fem delskalorna (Håkansson & Tengström, 1997). Dimensionen Tillit mäter relationer till själv och till andra. Hög grad av tillit och lägre grad av distans, sakorientering, relationsfixering och bifallsbehov motsvarar en trygg anknytningsstil, som alltså utmärks av ett tryggt och tillitsfullt förhållande till sig själv och andra (Håkansson & Tengström, 1997). Distansdimensionen mäter otrygg-avståndstagande anknytning, i huvudsak attityder gentemot andra. Att skatta högt på denna anknytningsdimension innebär att uppleva ångest och obehag i nära mellanmännsliga kontakter och skydda sig mot upplevelser av sårbarhet genom att inte knyta an utan istället distansera sig från andra människor (Håkansson & Tengström, 1997). Sakorientering mäter

också otrygg-avståndstagande anknytning och i huvudsak attityder till andra. I denna anknytningsdimension framhävs oberoende från andra och individen har en inriktning på prestationer snarare än mellanmänskliga relationer (Håkansson & Tengström, 1997). Dimensionen Relationsfixering mäter otrygg-ängslig anknytning och i huvudsak relationer till självet. En individ som har en hög grad av relationsfixering har ett ängsligt och överinvolverat sätt att närma sig andra för att tillfredsställa de egna behoven av tillhörighet och trygghet (Håkansson & Tengström, 1997). Dimensionen Bifallsbehov mäter också otrygg-ängslig anknytning, i huvudsak attityder till självet och individer som skattar högt på denna dimension domineras av ett ängsligt behov av andras gillande och acceptans (Håkansson & Tengström, 1997).

Instrumentet genererar således dimensioner av positiva eller negativa aspekter av två inre arbetsmodeller; den av individen själv (är jag en person som får omvårdnad?) och den av hur individen ser på andra (kan andra ge mig omvårdnad?). Beroende på individens svar, exempelvis en mycket negativ syn på sig själv men positiv syn på andra (ängslig) eller mycket negativ syn på andra och mer positiv uppfattning av självet (distanserad), utkristalliseras de olika anknytningsstilarna (Bartholomews & Horowitz, 1991).

De anknytningsstilar som presenteras genom ASQ, det vill säga trygg-, distanserad- och ängslig anknytningsstil, motsvaras konceptuellt av kategorierna trygg, otrygg-undvikande och otrygg-ambivalent i AAI (Bartholomew & Shaver, 1998; Feeney, 2008). Den ambivalenta anknytningsstilen i ASQ, som karaktäriseras av höga poäng på *både* den ängsliga och distanserade dimensionen har ingen motsvarighet i den desorganiserade anknytningen så som den mäts med AAI. Vid jämförelse mellan olika instrument drar Bartholomew och Shaver (1998) slutsatsen att instrument inom samma domän vad gäller mätmetod, exempelvis självskattning, observation och intervju, och anknytningskoncept, exempelvis attachment state of mind och anknytningsstil, korresponderar väl vid jämförelse. Korrelationerna är svagast då olika anknytningskoncept mätt med olika metoder jämförs.

Anknytning hos ungdomar med psykisk ohälsa. Under mellanbarndomen omvandlas anknytningsbeteendet och integreras i individens personlighet genom att anknytningen generaliseras till en förväntan på vad samspel i nära relationer ska och kan innebära. Tonårstiden innebär även en genomgripande transformation av anknytningsystemet. Ungdomen skall gå från att vara en mottagare av omvårdnad till att bli ”självförsörjande” (Allen, 2008).

En översikt av Allen (2008) pekar på att det finns tydliga kopplingar mellan psykiskt mående och ungdomars anknytningsmönster. Otrygg anknytning tyder på att ungdomen har svårigheter i sitt psykosociala fungerande och studier har visat på mönster mellan typ av problem och vilken anknytningsstrategi ungdomen använder. Ängslig anknytningsstrategi korrelerar i högre grad med internaliserande problem så som depression, ångest och stress medan en distanserad anknytningsstrategi i högre grad korrelerar med ett externaliserande av problem så som ätstörning, aggression, uppförandeproblem och missbruksproblematik (Allen, 2008). För ungdomar med svår psykisk ohälsa och behov av sluten psykiatrisk vård har studier visat hög prevalens av desorganiserad anknytning. Ungdomars anknytning har främst beskrivits genom instrument som mäter attachment state of mind och antalet studier vilka undersöker ungdomars psykiska mående kopplat till anknytningsstil är få. I en studie från 2006 bekräftar dock Rönnlund och Karlsson en relation mellan anknytningsstil (ASQ) och prevalens av psykiska svårigheter under tonårstiden. Låga poäng på delskalan Tillit och höga poäng på Relationsfixering och Distans korrelerade signifikant med depression, ångest och somatiska problem hos ungdomar i åldern 15 till 16 år i Sverige. Artikelförfattarna drar alltså slutsatsen att tonåringar som uppvisar det som i ASQ kallas ambivalent anknytningsstil, det vill säga höga poäng i de båda otrygga dimensionerna Ängslan och Distans, kan vara särskilt benägna att uppvisa depression, ångest och psykosomatiska problem (Rönnlund & Karlsson, 2006). Detta resonemang har tidigare bekräftats genom ASQ i studier av vuxna där ängslig anknytningsstil kunde predicera depression (Strodl & Noller, 2003). Så gjorde även höga poäng på dimensionen Bifallsbehov och dimensionen Sakorientering (Murphy & Bates, 1997; Strodl & Noller, 2003).

Anknytning och borderline personlighetsstörning (BPS). Det har påvisats att otrygg anknytning kan vara en prediktor för utvecklande av personlighetsstörning (MacDonald, Berlow & Thomas, 2012). För vuxna diagnostiserade med borderline personlighetsstörning har studier med AAI visat att otrygg-ambivalent samt desorganiserad anknytning var de dominerande anknytningsmönstren (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004). När anknytningsstil hos en liknande grupp mättes genom självskattningsformulär visade resultatet att ambivalent anknytningsstil, det vill säga höga poäng på både distansering och ängslan var mest frekvent (Levy, Beeney & Temes, 2011). Två longitudinella studier pekar på vikten av omsorg för det lilla barnet och visar på ett starkt samband mellan ”moderligt undandragande” och barnets utvecklande av borderlinebeteende i vuxen ålder. Man fann även att ett desorganiserat anknytningsbeteende hos barn vid 12 till 18 månaders ålder korrelerade

signifikant med BPS i vuxen ålder, samt att avvikelser i anknytningen från födsel till åtta års ålder utgjorde en gemensam faktor för unga med borderlinebeteende (Carlson, Egeland & Sroufe, 2009; Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks & Brooks, 2013).

Anknytning hos ungdomar med BPS-symtom. Det finns begränsat med forskning som undersöker anknytning hos ungdomar som uppvisar symtom i linje med det som hos vuxna kallas borderline personlighetsstörning. Aktuella, om än få, studier på området verkar dock stödja det samband som finns för vuxna individer diagnostiserade med BPS (Fossati, Feeney, Maffei & Borroni, 2014). Starka samband har påvisats mellan borderlinebeteende hos ungdomar och otrygg-ambivalent samt desorganiserad anknytning (Westen, Nakash, Thomas, Bradley, 2006). Resultatet bekräftas av Fossati et al. (2014) som undersökt anknytningsstilar hos en grupp ungdomar ($M = 16,54$ år) som skattat hög grad av borderlinebeteende. Ungdomarna skattade signifikant högre än kontrollgruppen på ASQ-dimensionerna Distans, Bifallsbehov och Relationsfixering. Gruppen skattade även högre på Sakorientering, dock inte i samma utsträckning. Individerna som skattat sig ha högt borderlinebeteende skilde sig dock inte signifikant från kontrollgruppen vad gällde tillitsdimensionen. Fossati et al. (2014) tolkar detta som att ungdomar med borderlinebeteende inte ser sig själva som mer känsliga och med sämre självförtroende än jämnåriga, men att de ändå beskriver sig i större behov av andras godkännande, på samma gång som de har en negativ syn på andra. Detta mönster av att växla mellan närhet och distans kan tolkas om ett oorganiserat sätt för ungdomen att handskas med sin otrygga anknytning, även om resultatet på tillitsdimensionen inte skiljer sig från kontrollgruppen (Fossati et al., 2014). Trygg eller otrygg anknytning har även visat sig påverka hur ungdomar med hög grad av psykisk ohälsa kan utveckla och använda positiva emotionsregleringsstrategier. Kim, Sharp och Carbone (2013) fann i en studie att trygg anknytning och positiva emotionsregleringsstrategier, exempelvis acceptans och positiv omfokusering, fungerade som skyddande faktorer i förhållande till utvecklande av BPS-beteende. Negativa emotionsregleringsstrategier, så som exempelvis katastrofiering och ältande, minskade däremot inflytandet av dessa skyddande faktorer och korrelerade med en hög nivå av BPS-beteende (Kim et al., 2013).

Temperaments- och karaktärsfaktorer. Att tala om personlighet hos barn och unga tonåringar är som tidigare nämnts problematiskt eftersom det först är i de senare tonåren som det emotionella, kognitiva och beteendemässiga mönster som kan kallas ”personlighet”

stabiliseras (Hellgren, 2000; Pervin och Cervone, 2010). I Linehans (1993) biosociala teori betonas den biologiska och emotionella sårbarhetens roll för utvecklande av psykisk ohälsa, specifikt BPS. Också andra teoretiker och forskare lyfter fram den biologiska sårbarheten som en, tillsammans med psykologiska faktorer och sociala förhållanden, viktig faktor för utvecklandet av svårigheter i linje med BPS (Paris & Zweig-Frank, 1992, refererat i Hellgren, 2000). Bland annat har temperamentets relevans som sårbarhetsfaktor betonats (Frisk & Gillberg, 2000). Mot bakgrund av denna kunskap är det för att få en djupare förståelse för den aktuella patientgruppen av intresse att, förutom anknytningsdimensioner även kartlägga temperaments- och karaktärsfaktorer. I föreliggande uppsats används för detta ändamål mätinstrumentet Temperament and Character Inventory (TCI), utvecklat av Cloninger, Przybeck, Svrakic och Wetzell (1994). Cloninger et al. (1994) bygger vidare på bland annat Eysencks tvådimensionella modell för personlighet, i vilken de genetiska faktorernas betydelse för grad av extraversion och neuroticism lyfts fram (Frisk & Gillberg, 2000). Cloninger et al. (1994) beskriver personlighet som bestående av två delar; temperaments- samt karaktärsfaktorer. Medan temperamentsfaktorer beskrivs som delvis genetiskt predisponerade menar Cloninger et al. (1994) att karaktärsfaktorerna utvecklas i samspel mellan de föreliggande temperamentsfaktorerna och den miljö individen möter. Karaktärsfaktorerna är således föränderliga medan temperamentsfaktorer är stabila över tid. Sammantaget utgör de en individs sociobiologiska profil som i sin tur ligger till grund för denna individs personlighet. Huruvida hög eller låg grad av en viss temperaments- eller karaktärsfaktor är adaptiv kan vara kontextberoende, men studier har också kunnat visa på samvariation mellan specifika mönster av personlighet och psykiskt mående (Cloninger et al., 1994; Garcia, 2011; Porubanova-Norquist, 2012).

Cloninger et al. (1994) har identifierat fyra olika temperamentsfaktorer, det vill säga individuella skillnader i delvis medfödda, automatiska emotionella reaktioner. Dessa fyra faktorer benämns Novelty seeking, Harm avoidance, Reward dependence och Persistence. De mindre genetiska och snarare socialt inlärda karaktärsfaktorerna (Self-directedness, Cooperativeness och Self-transcendence) definieras i sin tur som en individs sätt att se på sig själv gällande mål och värderingar och fortsätter att utvecklas upp till vuxen ålder. Cloninger et al. (1994) tänker sig att detta sätt att se på sig själv i sin tur påverkar hur individen uppfattar den omgivande miljön, vilket i ett tredje led leder till känslomässiga reaktioner hos individen (Cloninger et al., 1994). Nedan beskrivs i korthet samtliga temperaments- och karaktärsfaktorer som TCI syftar till att mäta.

Individer med hög grad av temperamentsfaktorn *novelty seeking* karaktäriseras enligt Cloninger et al. (1994) av impulsivitet, upprymdhet, extravagans och oorganisering, medan individer med låg grad av samma dimension snarare kännetecknas genom hög grad av eftertänksamhet, rigiditet, avvaktande och disciplin. Individer med hög grad av *harm avoidance* beskrivs tendera att känna hög förväntansångest, osäkerhet och blyghet medan låg grad av denna temperamentsfaktor innebär optimism, trygghet och vitalitet. Individer med hög grad av *reward dependence* beskrivs av Cloninger et al. (1994) som sentimentala, ha god förmåga att leva sig in i andras känslor samt god förmåga att skapa och upprätta sociala kontakter men också ha ett stort behov av emotionellt stöd och bekräftelse från andra, vilket kan leda till överdrivet beroende. Låg grad av *reward dependence* innebär det motsatta. *Persistence* innebär som benämningen indikerar grad av uthållighet och prestationsförmåga (Cloninger et al., 1994). Gällande karaktärsfaktorerna beskriver *self-directedness* en individs självbild samt grad av ansvarstagande och mognad, medan *cooperativeness* beskriver grad av samarbetsförmåga, känsla av gemenskap samt förmåga att finna sin plats i en grupp. *Self-transcendence* handlar slutligen om huruvida individen känner sig som en del av ett större sammanhang (så som världen och universum) eller inte (Cloninger et al., 1994).

Att använda TCI för att personlighetstesta ungdomar. Kartläggningar av personlighetsdrag hos barn och ungdomar har visat att personligheten, mätt genom femfaktormodellen, förändras under utvecklingen från barn till vuxen men att det även finns en viss grundläggande stabilitet (Pervin & Cervone, 2010). Generellt rapporterar tonåringar högre grad av oro och mer bekymmer angående andras godkännande och den egna självkänslan, större öppenhet för nya erfarenheter men de är också mer kritiska, mindre plikttrogna och ansvarstagande samt mer krävande mot andra och samhället generellt (Pervin & Cervone, 2010). I en uppföljningsstudie av TCI genomförd av Porubanova-Norquist (2012) bekräftas att karaktärsfaktorer förändras spontant under ungdomstiden. Hos den undersökta icke-kliniska gruppen ungdomar visade sig exempelvis karaktärsfaktorerna *self-directedness* och *self-transcendence* skattas signifikant högre tre år efter det första mättillfället (Porubanova-Norquist, 2012).

Utifrån resultat av faktoranalys samt analys av intern konsistens kommer Brändström, Sigvardsson, Nylander och Richterr (2008) i sin svenska validering av TCI fram till att den i uppsatsen använda versionen av TCI (TCI-238) inte bör användas för ungdomar under 17 år. Istället rekommenderar de användning av en förkortad och för åldersgruppen (10-14 år) anpassad version av instrumentet, TCI junior. En jämförelse mellan TCI-238 och TCI junior

visade dock i en annan studie att dessa korrelerar och är likvärdigt reliabla i förhållande till att mäta personlighetsdimensioner hos ungdomar (Garcia et al., 2013).

Hur samvarierar temperament- och karaktärsfaktorer med psykiskt mående hos ungdomar? Det finns begränsat med studier som använder TCI som instrument för att undersöka samvariation mellan temperaments- och karaktärsfaktorer och psykisk ohälsa relaterad till självskadebeteende och emotionell instabilitet hos ungdomar. Flera studier har dock undersökt dessa faktorer samvariation med ungdomars välbefinnande. I tidigare refererade studie av Porubanova-Norquist (2012), samt en studie av Garcia (2011), undersöktes hur graden av olika temperaments- och karaktärsfaktorer korrelerade med välbefinnande och livstillfredsställelse hos ungdomar i icke-kliniska kontexter. Studierna visade att karaktärsfaktorn self-directedness positivt predicerade olika mått på välbefinnande hos ungdomarna (Garcia, 2011; Porubanova-Norquist, 2012). Garcia (2011) fann även att låg grad av temperamentsfaktorn harm avoidance och hög grad av persistence predicerade hög grad av välbefinnande (operationaliserat som psykologiskt välbefinnande och livstillfredsställelse).

Sammanfattningsvis bidrar såväl teoretiska förklaringsmodeller som tidigare empirisk forskning till förståelsen för hur anknytning samt temperaments- och karaktärsfaktorer kan fungera skyddande mot, eller tvärtom öka sårbarheten för, utvecklande av psykiatrisk problematik som självskadebeteende och BPS-symtom. Poängteras bör att detta endast är några av många perspektiv utifrån vilka de aktuella svårigheterna kan förstås. Samhälleliga faktorer eller erfarenheter av trauma är exempel på andra viktiga faktorer som brukar lyftas fram vid försök att förstå problematik relaterad till BPS-symtom (Hellgren, 2000). Av avgränsningsskäl kommer dessa perspektiv dock inte vidare att diskuteras inom ramen för föreliggande uppsats.

Utifrån kunskap om självskade- och suicidbeteendeproblematiken hos ungdomar i Sverige idag, samt den tidigare bristen på specifik psykologisk behandling för denna problematik, är det hoppningivande att metoder som visat sig effektiva för vuxna nu börjar implementeras även för yngre patienter. Då mycket lite tidigare forskning finns tillgänglig som undersöker minskning av psykiatriska symtom hos ungdomar som genomgått DBT-behandling, är all ytterligare kunskap på området av intresse. En fördjupad förståelse för patientgruppen med avseende på både psykiatriska symtom men också andra, i förhållande till svårigheterna snarast bakomliggande variabler så som anknytningsdimensioner samt

temperaments- och karaktärsfaktorer, kan förhoppningsvis kasta ytterligare ljus över vilka insatser som behövs för att göra livet drägligare för denna patientgrupp.

Syfte och frågeställningar

Uppsatsen är framför allt tänkt att fungera som en del av det kliniska kvalitetsutvecklingsarbetet på den DBT-mottagning i Sydsverige varifrån det analyserade materialet har inhämtats. Då DBT för ungdomar är en relativt ny behandlingsform på vilken det genomförts begränsat med utfallsstudier, tros föreliggande uppsats trots sin begränsade omfattning kunna vara av relevans även utanför den specifika mottagningens kontext.

Syftet med uppsatsen är således att ge en bred och deskriptiv bild av psykiatriska symtom och svårigheter hos de flickor mellan 13 och 17 år som remitterats till den aktuella DBT-mottagningen, samt att undersöka hur symtombilden förändrats efter behandlingen. Resultatet kan ge indikationer på hur väl behandlingen fungerat för patientgruppen men också visa på för vilka specifika variabler som förändring har skett, något som är av intresse att undersöka i förhållande till DBT-behandlingens utformning och mål.

Ett annat syfte är att undersöka hur olika anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer är representerade i patientgruppen, både före och efter behandling. I ljuset av den teoretiska och empiriska förståelsen för hur dessa dimensioner kan påverka eller samvariera med psykisk ohälsa tillför detta perspektiv ytterligare deskriptiv kunskap om patientgruppen. Huruvida förändringar skett gällande dessa variabler efter behandling kan ge intressant information om såväl patientgruppen som DBT-metodens potential.

Följande frågeställningar har formulerats utifrån uppsatsens syfte:

1. I vilken grad rapporterar den undersökta gruppen självskadebeteende och riskbruk av alkohol och droger, samt i vilken utsträckning uppfyller de borderlinekriterier innan påbörjad DBT-behandling?

2. Hur skiljer sig den undersökta gruppen innan påbörjad DBT-behandling från en icke-klinisk normgrupp med avseende på
 - a) Psykiatriska symtom
 - b) Styrkor och svårigheter
 - c) Riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt attityder till det egna utseendet?

3. Vilka förändringar ses på gruppnivå efter behandlingen med avseende på
 - a) Självskadebeteende
 - b) Uppfyllande av borderlinekriterier
 - c) Psykiatriska symtom
 - d) Styrkor och svårigheter
 - e) Riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt attityder till det egna utseendet?

4. För hur många av patienterna har det skett en reliabel eller kliniskt signifikant förändring efter behandlingen med avseende på psykiatriska symtom samt styrkor och svårigheter?

5. Skiljer sig den undersökta gruppen innan påbörjad DBT-behandling från en icke-klinisk normgrupp med avseende på anknytningsdimensioner samt temperament- och karaktärsfaktorer? I så fall hur?

6. Har det på gruppnivå skett någon förändring efter behandlingen med avseende på anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer? I så fall vilka?

En sekundär frågeställning är:

7. Hur ser den interna reliabiliteten (Cronbachs α) ut för instrumenten Attachment Style Questionnaire (ASQ) och Temperament- and Character Inventory (TCI) i den aktuella patientgruppen?

Metod

Procedur

Uppsatsen är naturalistisk i sin karaktär och genomfördes på initiativ av en DBT-mottagning för ungdomar, som en del av det interna kvalitetsutvecklingsarbetet. Behandlarna på mottagningen hade sedan mottagningen öppnade år 2011 låtit de remitterade patienterna fylla i ett flertal självskattningsformulär före och efter behandlingen, främst i kliniskt syfte. Allt datamaterial som användes i uppsatsen var alltså redan inhämtat när uppsatsförfattarna involverades i processen. Då datainsamlingen skett under naturalistiska former varierade antalet respondenter mellan olika instrument. Förfarandet innebar även att uppsatsförfattarna inte hade någon insyn varken i datainsamlingsproceduren eller i behandlingsarbetet. All information gällande datainsamling och behandlingsinnehåll inhämtades från uppsatsförfattarnas kontaktperson, psykolog på mottagningen, som även ansvarade för

avkodning av allt material. Rådata från patienternas självskattningar matades av uppsatsförfattarna därefter in i datorprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS 20.0), där den analyserades.

Den aktuella DBT-behandlingens utformning. DBT-behandlingen ägde rum i Sydsverige på en psykiatrisk mellanvårdsmottagning för barn och ungdomar. DBT-teamet på den aktuella mottagningen bestod av fem behandlare; en psykolog, en sjuksköterska, en socionom och två skötare, alla med minst grundläggande utbildning i DBT. Samtliga behandlare ansvarade för samtliga moment i behandlingen. Psykologen hade ett extra ansvar för den övergripande strukturen vid inledningen av behandlingen samt en viss handledande och sammanhållande funktion.

Behandlingen sträckte sig för de flesta patienter över två terminer, det vill säga två gånger cirka 16 veckor. I några fall förlängdes behandlingen och i undantagsfall förkortades den till endast en behandlingsperiod, cirka 16 veckor.

Behandlingen som erbjöds gick i linje med den av Miller et al. (2007) för ungdomar anpassade och ovan beskrivna DBT-behandlingen. För att undvika allvarliga självskador eller suicid under behandlingens gång lades mycket vikt vid motivationsarbete innan behandlingen påbörjades. Kontrakt skrevs också om att hålla sig vid liv under behandlingstiden och uteblivande eller avhopp följdes upp omedelbart av ansvarig behandlare.

Ungdomarna gick i individualterapi cirka en timme en gång i veckan, i färdighetsträning 2 ½ timme en gång i veckan samt hade tillgång till telefoncoaching enligt tidigare beskrivna riktlinjer. Färdighetsträningen skedde i grupp med minst två och högst sju ungdomar närvarande. Mottagningen hade ett kontinuerligt intag som kunde ske vid månadsskifte. Föräldrar eller andra anhöriga erbjöds utbildning i grupp vid åtta tillfällen per termin, det vill säga varannan vecka, och hade även möjlighet till telefonkonsultation. Vid behov genomfördes även familjesamtal. En timme varje vecka hade behandlarna i teamet konsultation under handledning.

Datainsamlingsprocedur. Innan DBT-behandlingen påbörjades fick ungdomarna, i närvaro av ansvarig behandlare, fylla i självskattningsformulären DSHI-9, SCID-II, AUDIT, DUDIT, SCL-90, SDQ, RiBED-8, BEAA, ASQ samt TCI (för närmare beskrivning av instrumenten, se nedan). Skattningen delades ofta upp på mer än ett tillfälle. Efter avslutad behandling fick patienterna återigen fylla i självskattningsformulären (inte AUDIT och DUDIT).

Design

För att undersöka förändringar under DBT-behandlingen användes en kvasiexperimentell design med före- och eftermätning utan kontrollgrupp. Materialet bestod av självskattningar gjorda före respektive efter behandlingen. För att ge en bred förståelse för gruppen bearbetades materialet i två steg. Inledningsvis jämfördes gruppens skattningar, totalt 33 individer, före behandlingen med skattningar gjorda av normgrupper. Därefter analyserades förändringen hos den andel av patienterna, totalt 10 individer, som skattat sig själva både före och efter behandlingen.

Deltagare

Totalt erhöles självskattningar från 33 patienter, av vilka tio även genomfört självskattningar efter slutförd behandling. Av de tio hade tre patienter erhållit behandling under en termin, à 16 veckor och sju patienter erhållit behandling under två terminer. Patienterna genomgick behandlingen vid olika tidpunkter från år 2011 fram till och med år 2013. På grund av bortfall av data varierade *N*-talen över analyserna på de olika instrumenten. Samtliga patienter var flickor mellan 13 och 17 år som remitterats till DBT-mottagningen på grund av stora svårigheter med bland annat suicidalitet och/eller självskadebeteende, destruktiva levnadsmönster, personlighetsproblematik, identitetsproblem, känslomässig instabilitet, svårigheter med negativ impulsivitet, svår ångest och depression, sårbar familjefunktion, sviktande omsorg och/eller relationsförmåga (kontaktperson och psykolog på DBT-mottagningen, personlig kommunikation, 17 februari, 2014). Av de 33 patienter för vilka skattningar innan behandlingen fanns tillgängliga, påbörjade en del aldrig behandlingen. Detta kunde bland annat bero på avhopp eller att de uppfyllde något av exklusionskriterierna (exempelvis anorexia nervosa eller psykossjukdom). Andra anledningar till det lilla antalet patienter för vilka material fanns tillgängligt efter behandlingen var icke avslutad behandling, avbrott i förtid eller bristande rutiner vid datainsamlingen.

Material

Deliberate Self-Harm Inventory- 9 (DSHI-9). Den ursprungliga versionen av DSHI konstruerades av Gratz (2001) för att mäta självskadebeteende hos vuxna. Lundh, Karim och Quilisch (2007) utvecklade en för ungdomar anpassad och förkortad version av instrumentet (se bilaga B). Versionen som användes i föreliggande uppsats består av nio frågor där

respondenterna får svara på huruvida de under de senaste sex månaderna ägnat sig åt nio olika former av självskadande beteende, exempelvis skurit sig, bränt sig eller rispat sig. De får skatta hur många gånger de ägnat sig åt beteendet på en skala från 0 (aldrig) till 6 (fler än fem gånger). På de två sista frågorna får respondenterna svara på om de ägnat sig åt något annat självskadebeteende än de beteenden som efterfrågats, samt om de till följd av sitt självskadebeteende behövt vistas på sjukhus eller få medicinsk behandling. Poängen från de två sista frågorna räknas inte med i totalpoängen, som alltså sträcker sig mellan 0-54 poäng. I en studie av Bjärehed och Lundh (2008) var den interna reliabiliteten för DSHI-9 $\alpha = 0,66$ vid det första mättillfället och $\alpha = 0,85$ vid det andra.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). SCID-II är ett välanvänt instrument för personlighetsdiagnostik och används både kliniskt och i forskning. Instrumentet är översatt till svenska och består av en intervju manual samt ett intervju protokoll. Till SCID-II hör också ett självskattningsformulär med kriterier för DSM-IV Axial II personlighetsstörningar. Självskattningsformuläret fungerar som ett screeninginstrument med olika cutoff-gränser vad gäller antal uppfyllda kriterier för varje personlighetsstörning. Frågorna består av påståenden vilka kan besvaras med ja eller nej. I föreliggande uppsats har endast självskattningsformuläret använts och endast de kriterier som rör borderline personlighetsstörning i vilken cutoff- gränsen ligger vid fem eller fler uppfyllda kriterier. Noteras bör att självbedömningsdelen av SCID-II anses ge ett överinklusive resultat (Svenska psykiatriska föreningen, 2006).

Alcohol/Drug Use Disorders Identification Test (AUDIT och DUDIT). AUDIT och DUDIT är bedömningsinstrument som används för att identifiera riskbeteende relaterat till alkohol och droger, främst hos personer över 16 år. AUDIT består av tio frågor (exempelvis: "Hur ofta dricker du alkohol?") där svarsalternativen ger 0 till 4 skalpoäng. Enligt manualen indikerar sex poäng ett alkoholriskbruk för kvinnor och åtta poäng för män (Berman, Wennberg & Källmén, 2012). DUDIT består av elva frågor (exempelvis: "Hur ofta använder du andra droger än alkohol?") och ger liksom AUDIT 0 till 4 skalpoäng per fråga. För DUDIT indikerar två poäng riskbruk för kvinnor och sex poäng riskbruk för män. För ungdomar mellan 16 och 25 år har gränsen flyttats till tre poäng för kvinnor och sju poäng för män.

The Symptom Checklist-90 (SCL-90). Detta standardformulär för mätning av psykiatriska symtom, utvecklat för personer över 13 år, består av 90 frågor fördelade på nio delskalor och tre globala skalor. I föreliggande uppsats användes endast de nio delskalorna samt Globalt svårighetsindex. SCL-90 avser mäta psykiskt och fysiskt mående under de senaste sju dagarna och de nio symtomvariablerna är somatisering, obsessiv-kompulsivitet (tvångssyndrom), interpersonell sensitivitet, depression, ångest, fientlighet/vrede, fobisk ångest, paranoidt tänkande och psykoticism. Varje fråga inleds med "Hur mycket har du besvärats av:" och skattningen sker på en skala från 0 till 4 där 0 motsvarar "inte alls" och 4 motsvarar "våldigt mycket". Medelvärden räknas ut för varje delskala och Globalt svårighetsindex redovisas som medelvärdet av samtliga delskalors medelvärden. Vid den svenska valideringen och normeringen av SCL-90 (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen, 2002) var den interna reliabiliteten god för samtliga delskalor ($\alpha = 0,75 - 0,91$) samt för Globalt svårighetsindex ($\alpha = 0,97$).

Strengths and Difficulties Questionnaire, självskattningsversionen (SDQ). Detta välanvända instrument utvecklades av Goodman (1997) för att genom självskattningar samt föräldrar- och lärararskattningar mäta barns och ungdomars psykiska hälsa. I föreliggande uppsats kommer dock endast självskattningsdelen av SDQ att användas. Instrumentet består av 25 frågor på vilka respondenterna skattar sina styrkor och svårigheter genom delskalorna Hyperaktivitet/ouppmärksamhet (exempel på fråga: "Jag är rastlös, jag kan inte vara stilla länge"), Emotionella symtom ("Jag oroar mig mycket"), Uppförandeproblem ("Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska"), Kamratproblem ("Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta") och Prosocialt beteende ("Jag är snäll mot yngre barn"). Varje delskala består av fem frågor med tre svarsalternativ: "stämmer inte" (0 poäng), "stämmer delvis" (1 poäng) och "stämmer helt" (2 poäng). Resultaten redovisas som en totalsumma per delskala. Ett summamått för de totala svårigheterna kan räknas ut genom att summera totalpoängen för fyra av delskalorna (Prosocialt beteende inte inkluderat). Instrumentet fångar bäst beteendestörningar, exempelvis ADHD och mindre bra emotionella störningar som anorexia nervosa, fobier och ångeststörningar (Socialstyrelsen, 2014). SDQ har översatts till svenska av Smedje, Broman, Hetta och von Knorring (1999) och i en analys av Lundh, Wångby-Lundh och Bjärehed (2008) visade sig denna version ha liknande psykometriska egenskaper som versioner från andra länder.

Risk Behaviors for Eating Disorder-8 (RiBED-8). Detta av Waadegaard, Thoning och Petersson (2003) utvecklade bedömningsinstrument syftar till att mäta riskbeteende för utvecklande av ätstörningsproblematik. RiBED-8 består av åtta frågor (exempelvis: ”Jag kräks för att göra mig av med mat som jag ätit”) med svarsalternativ från 1 (”aldrig”) till 4 (”mycket ofta”) och resultatet redovisas som ett totalvärde mellan 1 och 24. I en studie, i vilken den svenska översättningen av RiBED-8 användes (Viborg, Wångby-Lundh, Lundh & Johnsson, 2012), uppvisades i samplet av flickor god validitet och reliabilitet ($\alpha = 0,81$ vid det första mättillfället och $\alpha = 0,82$ vid det andra).

Body Esteem Scale for Adolescents and Adults – delskalan Appearance (BEAA). Instrumentet består av tio frågor och används för att mäta tonåringars och vuxnas attityder och känslor i förhållande till sitt eget utseende. Det utvecklades och utprovades ursprungligen av Mendelson, Mendelson och White (2001) och har översatts till svenska av Erling och Hwang (2004). Den ursprungliga versionen består av en fem poäng likertskala med frågor som exempelvis ”Jag oroar mig för mitt utseende”. Här användes en version hämtad från ett forskningsprojekt där RiBED-8 och BEAA slagits samman och svarsformatet för BEAA anpassats till samma fyra poängs Likert-skala för RiBED-8, så att 1 motsvarade ”aldrig” och 4 motsvarade ”mycket ofta” (se Bilaga C). Denna version av formuläret validerades av Viborg et al. (2012) och uppvisade då god reliabilitet ($\alpha = 0,89$).

Attachment Style Questionnaire (ASQ). Attachment Style Questionnaire (ASQ) utvecklades av Feeney, Noller och Hanharan (1994), och översattes till svenska av Håkansson och Tengström (1996). ASQ är utvecklat för att mäta fem dimensioner av vuxen anknytning: tillit till sig själv och andra (exempelvis ”I stort sett är jag en person som är värd att lära känna”), distans (exempelvis ”Jag litar hellre på mig själv än på andra människor”), sakorientering (exempelvis ”Människors värde bör bedömas utifrån vad de åstadkommer”), bifallsbehov (”Det är viktigt för mig att undvika att göra saker som andra inte skulle gilla”), och relationsfixering (”Jag upplever att andra inte vill komma så nära mig som jag skulle vilja ha dem”). Instrumentet är ett självskattningsformulär och utgörs av 40 frågor, med svarsalternativ från 1 motsvarande ”fullständigt oense” till 6 motsvarande ”instämmer fullständigt”. Beroende på individens svar i de olika dimensionerna skapas fyra olika anknytningsstilar; trygg, distanserad, ängslig eller ambivalent. I den svenska utprovningen ($M_{\text{ålder}} = 21,5$ år, $N = 161$) var Cronbachs $\alpha = 0,78; 0,84; 0,71; 0,74; 0,73$ för Tillit, Distans, Sakorientering, Bifallsbehov och Relationsfixering (Håkansson & Tengström, 1997). ASQ är

inte utprovat för ungdomar (<18) i Sverige men har använts av bland annat Rönnlund och Karlsson (2006) för att mäta anknytningsstilar hos en grupp ungdomar, 15 till 16 år, från en icke klinisk kontext ($N = 62$). I deras studie konstaterades att medelvärdet för de fem ASQ-dimensionerna nära överensstämde med de normvärden Håkansson och Tengström (1997) tidigare tagit fram för vuxna (Rönnlund & Karlsson, 2006). Fossati et al. (2014) undersökte anknytningsstilar hos en icke-klinisk grupp ungdomar i Italien med borderlinedrag ($M_{\text{ålder}} = 16,68$, $N = 91$) och fann att α var 0,69; 0,73; 0,77; 0,73 och 0,83 för delskalorna Tillit, Distans, Sakorientering, Bifallsbehov och Relationsfixering.

Temperament and Character Inventory- 238 (TCI- 238). TCI är ett personlighetsinventorium utvecklat av Cloninger, Przybeck, Svrakic och Wetzel (1994). Instrumentet beskriver personlighet som temperamentdrag (tre dimensioner) och karaktärsdrag (fyra dimensioner). Instrumentet är översatt till svenska och normerat för vuxna (Brändström et al., 1998). Temperament mäts genom delskalorna Novelty seeking, Harm avoidance, Reward dependence och Persistence. Karaktärsdrag mäts genom delskalorna Self-directedness, Cooperativeness och Self-transcendence. Testformuläret består av 238 påståenden, exempelvis ”Jag känner mig vanligtvis spänd och orolig när jag måste göra något nytt och obekant” (Harm avoidance) och ”Jag ser vanligtvis en svår situation som en utmaning eller en möjlighet” (Self-directedness). Dessa påståenden kan besvaras med ”S” för sant och ”F” för falskt. I den svenska valideringen av TCI-238 (Brändström, Sigvardsson, Nylander & Richter, 2008) påpekas att TCI-238 skall användas med försiktighet för ungdomar under 17 år med hänvisning till att delar av personlighetsstrukturen fortfarande är under utveckling. Dock uppvisas god intern reliabilitet för svenska ungdomar ur normalpopulationen (15 till 16 år, $N = 232$) på delskalorna Novelty seeking ($\alpha = 0,73$), Harm avoidance ($\alpha = 0,82$), Self-directedness ($\alpha = 0,80$), Cooperativeness ($\alpha = 0,84$) och Self-transcendence ($\alpha = 0,74$). På delskalorna Reward dependence och Persistence var Cronbachs $\alpha = 0,64$ respektive $\alpha = 0,60$ (Garcia et al., 2013).

Etiska överväganden

Då materialet ursprungligen hade samlats in i kliniskt syfte av behandlarna inom DBT-teamet och alltså redan fanns tillgängligt vid uppsatsarbetets inledningsfas, kunde inget informerat samtycke inhämtas från patienterna. Detta ställde förstås krav på särskilda etiska överväganden. I enlighet med paragraf 19 i Personuppgiftslagen (1998:204) kunde uppsatsen undantas från det etiska kravet om informerat samtycke då den är en del av den kliniska

verksamhetens utvärderingsarbete. Tre förutsättningar för detta var dock att inga demografiska uppgifter tillhandahölls, att resultaten endast redovisades på gruppnivå samt att kliniken avidentifierades. Med hänsyn till detta kommer reliabel förändring på de olika mätinstrumenten inte att redovisas på individnivå. På grund av avidentifieringen av den aktuella mottagningen kommer inte heller adekvata referenser till information via personlig kommunikation med kontaktperson på mottagningen att kunna presenteras. Med avseende på patientsäkerheten och på förslag från avdelningen för medicinsk etik vid Lunds universitet, skrevs även ett intyg från ansvarig på mottagningen samt mottagningens enhetschef, innehållande information om vilka uppgifter uppsatsförfattarna fick tillgång till, samt premisserna runt uppsatsarbetet. Detta intyg förvarades inlåst hos uppsatsförfattarnas handledare. Författarna skrev även på ett sekretessintyg för att kunna vistas på mottagningen under uppsatsarbetet. Allt material avidentifierades och kodades av uppsatsförfattarnas kontaktperson på mottagningen som också ansvarade för förvarandet av kodnyckeln. Materialet förvarades i pärmar som aldrig lämnade den aktuella mottagningen.

Dataanalys

Efter att rådatan från skattningsformulären matats in i SPSS 20.0 och reverserade frågor vänts, beräknades Cronbachs alfa för ASQ och TCI, då dessa instrument inte är lika välanvända som exempelvis SCL-90 och SDQ. Därefter konstruerades hel- och delskalor och antalet missing values kontrollerades. Om en individ på en delskala saknade ett av åtta värden imputerades individens medelvärde på delskalan. Ett saknat värde på AUDIT eller DUDIT beräknades som 0. På DSHI-9 ersattes saknade värden med 0 om bortfallet var mindre än tre. Vid större bortfall än de ovan beskrivna exkluderades delskalan för den aktuella individen från beräkningen. Totalt exkluderades tre individers delskalor; en delskala från SCL-90, två delskalor från TCI och utöver detta en deltagares skattning på AUDIT.

Deskriptiv statistik och jämförelse med normgrupper. För att stärka uppsatsens design jämfördes den aktuella patientgruppens resultat med normgrupper. Genom detta erhöles en möjlighet till att förstå delar av resultatet i förhållande till en icke-klinisk jämförelsegrupp. Denna jämförelse gjordes i två steg. Inledningsvis beräknades z -värden för varje delskala genom att subtrahera normgruppens medelvärde från den kliniska gruppens medelvärde och dividera summan med normgruppens standardavvikelse. Detta z -värde beskrev storleken på skillnaden mellan grupperna. I enlighet med Cohens (1988) kriterier för skillnad mellan oberoende medelvärden motsvarar ett z -värde (eller Cohens d) över 0,8 en

stor skillnad medan ett värde mellan 0,5 och 0,8 motsvarar en medelstor skillnad och ett värde mellan 0,2 och 0,5 motsvarar en liten skillnad. Därefter beräknades z -värde för varje individ för att undersöka hur många patienter som kunde anses utmärka sig från normgruppen på respektive delskala. Enligt Jacobson, Roberts, Berns och McGlinchey (1999) kan en individ vars z -värde ligger mer än 2 SD från normgruppen betraktas tillhöra en klinisk grupp.

Normgrupper. Normgrupperna som användes var olika för de olika instrumenten. Jämförelsegruppen för SCL-90 hämtades från en svensk normerings-, standardiserings- och valideringsrapport gällande instrumentet (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen, 2002) och bestod av flickor mellan 17 och 20 år ($N = 2304$) från olika delar av Sverige. Resultaten på SDQ jämfördes med skattningar gjorda av flickor i årskurs åtta ($N = 235$) från en sydsvensk kommun (Lundh et al., 2008). Normdatan för RiBED-8 ($N = 477$) och BEAA ($N = 485$) erhöles av handledare Lars-Gunnar Lundh och baserades på skattningar gjorda av flickor i åldern 15 till 16 år från samma undersökta grupp som för SDQ.

ASQ översattes till svenska och utprovades på vuxna i Sverige av Håkansson och Tengström i en examensuppsats från 1996. Då inga standardavvikelser redovisades i detta material valdes istället jämförelsedata från en studie av Rönnström och Karlssons (2006), i vilken resultaten även matchade resultaten från den svenska utprovningen. Dessa jämförelsedata bestod av skattningar gjorda av flickor, 15 till 16 år ($N = 36$), från tre högstadielklasser på en skola i Umeå. Slutligen, för att jämföra skattningar på TCI, användes normdata från den svenska valideringen av TCI gjord av Brändström et al. (2008). Jämförelsegruppen bestod av flickor, 15 till 16 år ($N = 332$), från fem olika skolor i Sverige.

På grund av instrumentens karaktär beräknades inga z -värden för DSHI-9, AUDIT, DUDIT och SCID-II. Skattningarna på dessa instrument jämfördes alltså inte med någon normgrupp.

Statistisk signifikans. Statistiskt signifikanta skillnader mellan för- och efterskattningarna analyserades genom Wilcoxon Signed Rank Test som är en icke-parametrisk motsvarighet till t -test för beroende mätningar. Icke-parametriska analysmetoder är mer konservativa än parametriska, vilket innebär en risk för att skillnader mellan grupper eller mättillfällena inte upptäcks (Pallant, 2013). Jämfört med parametriska analysmetoder görs det dock färre antaganden om den bakomliggande populationen, exempelvis med avseende på normalfördelning, och Wilcoxon Signed Rank Test räknar bland annat med medianvärde istället för medelvärde. Att en icke-parametrisk analysmetod valdes i

föreliggande studie berodde på den undersökta gruppens begränsade storlek ($N = 10$) samt att normalfördelning varierade mellan delskalorna. För att beräkna effektstorlek användes proceduren beskriven för Wilcoxon Signed Rank Test i SPSS Survival Manual (Pallant, 2013). Då medelvärden ej ligger till grund för uträkningarna i Wilcoxon Signed Rank test används istället för denna procedur det z -värde som framkommit ur analysen. Detta z -värde divideras med kvadratroten ur N ($N =$ antalet observationer över de två mättillfällena) för att beräkna ett ungefärligt r -värde, ett r -värde som alltså beskriver effektstorleken. I enlighet med Cohens (1988) kriterier anses ett r -värde över 0,5 motsvara en stor effekt, ett r -värde över 0,3 en medelstor effekt och ett r -värde över 0,1 anses motsvara en liten effekt (Aron & Aron, 2002).

Klinisk signifikans. Beräkning av statistisk signifikans ger information om huruvida förändringen mellan mättillfällena skulle kunna vara slumpmässig eller inte. Den statistiska signifikansen säger dock ingenting om variationen mellan hur enskilda individer svarat på behandlingen eller om förändringen är kliniskt relevant. För detta ändamål lämpar sig klinisk signifikans bättre som analysmetod (Lambert & Ogles, 2009). I föreliggande uppsats beräknades den kliniska signifikansen för skalorna SCL-90 och SDQ då dessa skalor bäst bedömdes mäta det DBT-behandlingen avsågs förändra. Eftersom DSHI-9 avvek kraftigt från normalfördelningen i den normdata som fanns tillgängliga, och formlerna för beräkning av klinisk signifikans förutsätter att variabeln är normalfördelad (Jacobson & Truax, 1991), beräknades ingen klinisk signifikans för DSHI-9, trots att detta instrument också är av hög relevans för gruppen och behandlingen i fråga.

I den modell av Jacobson och Truax (1991) som i föreliggande uppsats användes sker beräkning av klinisk signifikans i två steg. Först beräknas Reliable Change Index (RCI) för att säkerställa att den observerade förändringen hos en enskild individ är statistiskt tillförlitlig. Beräkning av RCI-värdet sker genom att dividera skillnaden mellan skattningarna före (x_1) och efter (x_2) behandlingen med standardfelet för skillnaden (S_{diff}). Standardfelet för skillnaden beror på instrumentens reliabilitet (Lambert & Ogles, 2009).

$$RCI = \frac{(x_{post} - x_{pre})}{S_{diff}} \quad S_{diff} = \sqrt{2S_E^2} \quad S_E = SD\sqrt{1 - r}$$

Ett RCI-värde som är mindre än -1,96 innebär en reliabel förbättring medan ett RCI-värde över 1,96 innebär en reliabel försämring (Lambert & Ogles, 2009). Som mått på

reliabilitet (r i formeln ovan) användes i föreliggande uppsats de Cronbachs alfa-värden som redovisats i studier varifrån normdatan hämtats (se rubriken Normgrupper).

Standardavvikelsen för SCL-90 och SDQ beräknades utifrån resultaten på mätningarna före behandlingen ($N = 10$ respektive $N = 9$). Samtliga värden redovisas i tabell 1.

Tabell 1

Data som låg till grund för beräkning av RCI-värde för respektive delskala.

| Mätinstrument | Reliabilitet (r) | SD | SE | S_{diff} |
|-----------------------------|----------------------|------|------|------------|
| <i>SCL-90</i> | | | | |
| Globalt svårighetsindex | 0,97 | 0,57 | 0,10 | 0,14 |
| Somatisering | 0,8 | 1,02 | 0,46 | 0,65 |
| Tvångssyndrom | 0,85 | 0,57 | 0,22 | 0,31 |
| Interpersonell sensitivitet | 0,84 | 0,71 | 0,28 | 0,40 |
| Depression | 0,91 | 0,73 | 0,22 | 0,31 |
| Ångest | 0,82 | 0,68 | 0,29 | 0,41 |
| Fientlighet | 0,80 | 0,87 | 0,39 | 0,55 |
| Fobisk ångest | 0,79 | 0,87 | 0,20 | 0,28 |
| Paranoidt tänkande | 0,75 | 0,78 | 0,39 | 0,55 |
| Psykoticism | 0,78 | 0,72 | 0,34 | 0,48 |
| <i>SDQ</i> | | | | |
| Totala svårigheter | 0,76 | 4,35 | 2,13 | 3,01 |
| Emotionella symtom | 0,67 | 2,06 | 1,17 | 1,66 |
| Uppförandeproblem | 0,57 | 2,11 | 1,38 | 1,96 |
| Hyperaktivitet | 0,66 | 1,62 | 0,94 | 1,34 |
| Kamratproblem | 0,56 | 2,60 | 1,72 | 2,44 |
| Prosocialt beteende | 0,68 | 1,86 | 1,05 | 1,49 |

I ett andra steg beräknas ett cutoff-värde för när individen kan anses ha rört sig från ett dysfunktionellt spann till ett mer funktionellt och därmed kan klassas som återställd. I denna uppsats användes Jacobson et al. (1999) *cutoff b*, som anger att om individens värde ligger mindre än två standardavvikelser från normalpopulationen kan individen klassas som återställd. Hur mycket individen skilde sig från normgruppernas medelvärde beräknades genom formeln för z -värde. Denna uträkning baserades på varje individs råpoäng på de aktuella delskalorna samt den jämförande normgruppens medelvärde och standardavvikelse.

Individer som uppnådde reliabel förändring samt passerade cutoff-gränsen bedömdes ha uppnått en klinisk signifikant förbättring och klassades som ”återställda”. De som endast uppfyllde kriteriet för reliabel förändring (RCI) klassades som ”förbättrade”. Individer som

inte uppfyllde något av kriterierna klassades som ”oförändrade” medan individer med en reliabel förändring i negativ riktning klassades som ”försämrade” (Lambert & Ogles, 2009).

Resultat

Nedan redovisas resultatet av dataanalyserna, disponerat i linje med uppsatsens frågeställningar. Inledningsvis presenteras resultaten från de 33 patienternas skattningar av psykiatrisk problematik vid det första mättillfället i form av deskriptiv statistik och jämförelser med normgrupper. Vidare jämförs skattningarna från mättillfället efter behandlingen med skattningarna från mättillfället innan behandlingen för tio av de 33 individerna, genom beräkning av såväl statistisk- som klinisk signifikans. Slutligen presenteras resultaten från skattningarna på ASQ och TCI, först genom jämförelser med normgrupper och sedan genom beräkning av statistiskt signifikanta förändringar efter behandlingen.

Beskrivning av psykiatrisk problematik

Borderlinekriterier samt självskadehandlingar. Vid en sammanställning av resultatet på SCID-II (självskattningsdelen) framkom att 32 av 33 patienter vid mättillfället före behandlingen uppfyllde fem eller fler kriterier för diagnosen borderline personlighetsstörning. Resultatet på DSHI-9 visade att 31 av 32 patienter vid det första mättillfället uppgav att de på olika sätt skadat sig själv vid fler än fem tillfällen det senaste halvåret ($M = 24,22$, $SD = 14,04$). En patient rapporterade inget självskadebeteende.

Alkohol- och droganvändning. För att kartlägga alkohol- och droganvändningen i patientgruppen användes AUDIT och DUDIT. Resultaten visade att 10 av 26 patienter skattade över cutoff-gränsen (≥ 6) för riskbruk av alkohol och 8 av 26 patienter skattade över gränsen för riskbruk av droger (≥ 3).

Skillnader mellan patientgruppen och normgrupper med avseende på psykiatriska symtom, styrkor och svårigheter, riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt attityder till det egna utseendet. Jämförelser mellan patientgruppen och normgrupper gjordes genom beräkning av z -värden både på grupp- och individnivå. Psykiatriska symtom mättes med the Symptom-Checklist (SCL-90). De på gruppnivå största medelvärdeskillnaderna uppmättes på Globalt svårighetsindex ($z = 2,67$), Ångest ($z = 2,56$), Fobisk ångest ($z = 3,31$) samt Psykoticism ($z = 2,83$), men stora skillnader uppmättes också

på resterande delskalor ($z = > 1,5$). För att undersöka hur många individer som låg mer än två standardavvikelser från normgruppens medelvärde beräknades z -värden för varje enskild individ och delskala. Flest individer skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppen på Globalt svårighetsindex ($N = 27$), Ångest ($N = 26$) och Psykoticism ($N = 25$). De delskalor där minst antal individer skilde sig från normgruppen var Tvångssyndrom ($N = 14$) och Fientlighet ($N = 13$). Det fullständiga resultatet redovisas i tabell 2.

Styrkor och svårigheter mättes med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Här uppmättes de största skillnaderna jämfört med normgrupperna på Totala svårigheter ($z = 2,05$) samt Emotionella symtom ($z = 2,02$). Stora skillnader uppmättes också på delskalorna Hyperaktivitet ($z = 1,07$) samt Kamratproblem ($z = 1,73$) och för Uppförandeproblem uppmättes en medelstor skillnad ($z = 0,62$). Gällande Prosocialt beteende visade resultatet att patientgruppen skattade *högre* än normgruppen ($z = 0,46$). Flest individer skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppens medelvärde med avseende på Totala svårigheter ($N = 17$), Emotionella symtom ($N = 18$) och Kamratproblem ($N = 15$). En individ skattade mer än två standardavvikelser lägre än normgruppen gällande Prosocialt beteende, fem individer skattade högre än normgruppen på Hyperaktivitet och sju på Uppförandeproblem.

Slutligen uppmättes stora skillnader mellan patientgruppen och normgrupperna gällande risk för utvecklande av ätstörning, mätt genom RiBED-8 ($z = 1,61$) samt gällande attityder till sitt utseende, mätt genom BEAA ($z = -1,55$). Beräkning av z -värden på individnivå visade att tolv (RiBED-8) respektive elva (BEAA) individer skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppens medelvärde på dessa skalor.

Tabell 2

Medelvärden, standardavvikelser och z-värden beräknat på gruppmedelvärden för SCL-90, SDQ, RiBED-8 och BEAA, samt antal patienter som skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppens medelvärde.

| Mätinstrument | <i>N</i> | <i>M (SD)</i> | Z-värden beräknat på gruppmedelvärden | Antal patienter > 2 SD över normgruppens <i>M</i> |
|-----------------------------|----------|---------------|---------------------------------------|---|
| <i>SCL-90</i> | | | | |
| Globalt svårighetsindex | 32 | 2,20 (0,57) | 2,67 | 27 |
| Somatisering | 33 | 2,13 (0,88) | 2,22 | 18 |
| Tvångssyndrom | 33 | 2,32 (0,64) | 1,88 | 14 |
| Interpersonell sensitivitet | 33 | 2,40 (0,72) | 2,23 | 22 |
| Depression | 33 | 2,74 (0,66) | 2,30 | 22 |
| Ångest | 32 | 2,44 (0,64) | 2,56 | 26 |
| Fientlighet | 33 | 1,78 (1,12) | 1,59 | 13 |
| Fobisk ångest | 33 | 1,76 (0,98) | 3,31 | 23 |
| Paranoidt tänkande | 33 | 2,29 (0,85) | 2,35 | 23 |
| Psykticism | 33 | 1,90 (0,73) | 2,83 | 25 |
| <i>SDQ</i> | | | | |
| Totala svårigheter | 32 | 20,97 (5,13) | 2,05 | 17 |
| Emotionella symtom | 32 | 7,50 (2,00) | 2,02 | 18 |
| Uppförandeproblem | 32 | 2,81 (1,96) | 0,62 | 7 |
| Hyperaktivitet | 32 | 6,25 (2,00) | 1,07 | 5 |
| Kamratproblem | 32 | 4,41 (2,58) | 1,73 | 15 |
| Prosocialt beteende | 32 | 8,88 (1,36) | 0,46 | 1* |
| <i>RiBED-8</i> | 30 | 22,03 (4,56) | 1,61 | 12 |
| <i>BEAA</i> | 30 | 15,57 (5,99) | -1,55 | 11* |

*Omvänd skala; > 2 SD under normgruppens medelvärde.

Förändringar efter behandlingen med avseende på psykiatrisk problematik

För att undersöka om de tio individer som genomfört självskattningar även efter behandlingen kunde sägas representera hela patientgruppen, genomfördes ett *t*-test där subgruppen skattningar innan behandlingen jämfördes mot hela gruppens skattningar. *T*-testet uppvisade inga signifikanta skillnader på någon av delskalorna. För redovisning av *M* och *SD* för grupperna, se tabell 2, 4, 6 och 7.

Förändringar med avseende på borderlinekriterier samt självskadehandlingar.

Av de patienter som skattat sig själv både före och efter behandlingen (*N* = 10) uppfyllde

samtliga patienter kriterierna för borderline personlighetsstörning innan behandlingen, så som det mäts genom självskattningsdelen av SCID-II. Efter behandlingen hade antalet patienter som uppfyllde kriterierna sjunkit till tre av nio.

I tabell 3 redovisas antalet patienter som i olika grad skadat sig själv före och efter behandlingen. Innan behandlingen påbörjades rapporterade samtliga tio patienter att de på olika sätt skadat sig själv vid mer än fem tillfällen det senaste halvåret ($M = 24,11$, $SD = 13,17$). Efter behandlingen rapporterade tre (av nio) att de skadat sig själv mer än fem gånger det senaste halvåret ($M = 23,67$, $SD = 9,82$), tre att de skadat sig själv mellan en gång och fem gånger det senaste halvåret ($M = 1,33$, $SD = 0,58$) och tre att de under det senaste halvåret inte hade skadat sig själv alls. Som kan utläsas ur tabell 4 var skillnaden på gruppnivå statistiskt signifikant ($p = 0,021$) med stor effekt ($z = -2,31$, $r = 0,54$).

Tabell 3

Antal patienter som i olika hög grad skadat sig själv före och efter behandlingen samt medelvärden och standardavvikelser för antal självskadetillfällen.

| Antal självskadetillfällen det senaste halvåret | Före $N = 10$ | Före $M (SD)$ | Efter $N = 9$ | Efter $M (SD)$ |
|--|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 0 | 0 | - | 3 | - |
| 1-5 | 0 | - | 3 | 1,33 (0,58) |
| >5 | 10 | 24,11 (13,17) | 3 | 23,67 (9,82) |

Förändringar med avseende på psykiatriska symtom, styrkor och svårigheter, riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt attityder till det egna utseendet.

Resultaten från ett Wilcoxon Signed Rank Test visade på signifikanta minskningar av patienternas självrapporterade psykiatriska symtom mellan behandlingens start och avslut (se tabell 4), mätt genom SCL-90. Effektstorlek beräknades som r -värden enligt den procedur som beskrivits under rubriken ”Statistisk signifikans” i uppsatsens metodavsnitt. Medelstor eller stor effekt uppmättes på samtliga delskalor; Somatisering ($z = -2,00$, $p = 0,046$, $r = 0,45$), Tvångssyndrom ($z = -1,99$, $p = 0,046$, $r = 0,45$), Interpersonell sensitivitet ($z = -2,81$, $p = 0,005$, $r = 0,63$) Depression ($z = -2,81$, $p = 0,005$, $r = 0,63$), Ångest ($z = -2,70$, $p = 0,007$, $r = 0,60$), Fientlighet ($z = -2,71$, $p = 0,007$, $r = 0,60$), Fobisk ångest ($z = -2,50$, $p = 0,012$, $r = 0,56$), Paranoidt tänkande ($z = -2,80$, $p = 0,005$, $r = 0,63$) och Psykoticism ($z = -2,81$, $p = 0,005$, $r = 0,63$). Även Globalt svårighetsindex visade på en signifikant förbättring ($p = 0,007$) med stor effekt ($z = -2,70$, $r = 0,60$).

Resultaten på SDQ visade en signifikant minskning med stor effektstorlek gällande Totala svårigheter ($z = -2,26, p = 0,024, r = 0,53$) och Hyperaktivitet ($z = -2,56, p = 0,01, r = 0,60$). En medelstor effekt uppmättes för Emotionella symtom ($z = -1,50, r = 0,35$), Uppförandeproblem ($z = -1,28, r = 0,30$) och Kamratproblem ($z = -1,56, r = 0,37$), men minskningarna var ej statistisk signifikanta ($p = 0,135; p = 0,201; p = 0,119$). För Prosocialt beteende uppmättes en icke-signifikant förbättring med liten effekt ($z = 0,63, p = 0,527, r = 0,15$).

Graden av risk för utvecklande av ätstörning, mätt genom RiBED-8, hade minskat signifikant efter behandlingen ($p = 0,034$) och förändringseffekten var stor ($z = -2,12, r = 0,53$). Gällande attityder till det egna utseendet, mätt genom BEAA, uppmättes en liten effekt ($z = 0,85, r = 0,21$) men skillnaden var inte signifikant ($p = 0,398$).

Tabell 4

Medelvärden och standardavvikelser för SCL-90, SDQ, DSHI-9, RiBED-8 och BEAA före och efter behandling samt Wilcoxon test (p), z -värde och effektstorlek (r).

| Mätinstrument | $M (SD)$ | | Wilcoxon -test (p) | z | R |
|-----------------------------|---------------|--------------|---------------------------|-------|------|
| | Före | Efter | | | |
| <i>SCL-90 (N = 10)</i> | | | | | |
| Globalt svårighetsindex | 2,29 (0,57) | 0,84 (0,49) | 0,007** | -2,70 | 0,60 |
| Somatisering | 2,03 (1,02) | 1,11 (0,71) | 0,046* | -2,00 | 0,45 |
| Tvångssyndrom | 2,28 (0,57) | 1,27 (0,86) | 0,046* | -1,99 | 0,45 |
| Interpersonell sensitivitet | 2,44 (0,71) | 0,73 (0,58) | 0,005** | -2,81 | 0,63 |
| Depression | 2,77 (0,73) | 1,00 (0,75) | 0,005** | -2,81 | 0,63 |
| Ångest | 2,41 (0,68) | 0,90 (0,68) | 0,007** | -2,70 | 0,60 |
| Fientlighet | 1,72 (0,87) | 0,57 (0,52) | 0,007** | -2,71 | 0,60 |
| Fobisk ångest | 1,74 (0,87) | 0,60 (0,56) | 0,012* | -2,50 | 0,56 |
| Paranoidt tänkande | 2,40 (0,78) | 0,57 (0,63) | 0,005** | -2,80 | 0,63 |
| Psykticism | 2,93 (0,72) | 0,27 (0,33) | 0,005** | -2,81 | 0,63 |
| <i>SDQ (N = 9)</i> | | | | | |
| Totala svårigheter | 21,78 (4,35) | 15,11 (5,71) | 0,024* | -2,26 | 0,53 |
| Emotionella symtom | 7,0 (2,06) | 5,22 (2,49) | 0,135 | -1,50 | 0,35 |
| Uppförandeproblem | 3,22 (2,11) | 2,11 (2,03) | 0,201 | -1,28 | 0,30 |
| Hyperaktivitet | 7,11 (1,62) | 4,44 (2,07) | 0,010* | -2,56 | 0,60 |
| Kamratproblem | 4,44 (2,60) | 3,33 (2,24) | 0,119 | -1,56 | 0,37 |
| Prosocialt beteende | 8,22 (1,86) | 8,22 (2,49) | 0,527 | 0,63 | 0,15 |
| <i>DSHI-9 (N = 9)</i> | 24,11 (13,17) | 8,33 (12,52) | 0,021* | -2,31 | 0,54 |
| <i>RiBED-8 (N = 8)</i> | 19,63 (2,56) | 15,25 (5,09) | 0,034* | -2,12 | 0,53 |
| <i>BEAA (N = 8)</i> | 18,13 (4,49) | 21,63 (8,83) | 0,398 | 0,85 | 0,21 |

* $p > 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p > 0,001$

Reliabl och kliniskt signifikanta förändringar. För att undersöka hur många av patienterna som uppnått kriterierna för klinisk signifikant förändring, reliabel förbättring eller reliabel försämring gällande psykiatriska symtom (SCL-90) samt styrkor och svårigheter (SDQ), beräknades RCI-värden för varje individ på respektive delskala. Därefter beräknades cutoff-gränserna för samtliga delskalor på de två instrumenten, mot vilka individernas skattningar sedan jämfördes. I tabell 5 redovisas antalet patienter som uppfyllde respektive kriterium och därmed kunde klassas som återställda, förbättrade, oförändrade eller försämrade (se rubriken Klinisk signifikans i uppsatsens metodavsnitt). För att få en mer rättvisande bild av patienternas psykiska mående och förändringen efter behandlingen beräknades även hur många av patienterna som innan behandlingen skattade mer än två

standardavvikelser över (eller under) normgruppen och därmed kunde klassas tillhöra en klinisk grupp. Detta beräknades genom z -värden på samma sätt som tidigare. Flest patienter klassades tillhöra en klinisk grupp på variablerna Globalt svårighetsindex, Interpersonell sensitivitet, Depression, Ångest, Fobisk ångest, Paranoidt tänkande och Psykoticism ($N = 7 - 8$). Delskalorna på vilka minst antal patienter kunde klassas tillhöra en klinisk grupp var Uppförandeproblem, Hyperaktivitet och Prosocialt beteende ($N = 1 - 2$). Samtliga delskalor redovisas i tabell 6.

Gällande psykiatriska symtom återfanns störst andel patienter som uppfyllde kriterierna för klinisk signifikant förbättring, och därmed kunde klassas som återställda, på delskalorna Tvångssyndrom ($N = 9$), Depression, Ångest och Psykoticism ($N = 8$). Sju patienter klassades som återställda på delskalan Interpersonell sensitivitet och sex patienter på delskalorna Fobisk ångest och Paranoidt tänkande. På delskalan Somatisering och Fientlighet kunde två respektive tre patienter klassas som återställda. På delskalorna Depression, Ångest, Fientlighet, Fobisk ångest och Paranoidt tänkande kunde en patient på respektive delskala klassas som förbättrade genom att ha ett RCI-värde över 1,96 men utan att passera cutoffgränsen för kliniskt signifikant förbättring. Gällande Globalt svårighetsindex kunde nio patienter klassas som återställda medan en patient uppfyllde kriterierna för reliabel försämring.

På SDQ-skalan Totala svårigheter klassades fem personer som återställda. För delskalorna Emotionella symtom och Hyperaktivitet var antalet återställda patienter tre och för delskalan Uppförandeproblem två. En patient uppfyllde kriteriet för reliabel förbättring på delskalan Emotionella symtom och två uppfyllde samma kriterium på delskalan Hyperaktivitet. Ingen förändring hade skattats på delskalan Kamratproblem. På delskalan Prosocialt beteende klassades en patient som förbättrad medan en patient uppfyllde kriteriet för reliabel försämring.

Tabell 5

Cutoff-gräns för klinisk signifikans för instrumenten, antal deltagare som beräknades tillhöra en klinisk grupp innan behandlingen samt antal deltagare som uppvisade reliabel förändring och kliniskt signifikant förbättring.

| Mätinstrument | Cutoff för kliniskt signifikant förbättring | Antal deltagare | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | | Antal kliniska innan | Oförändrade | Förbättrade | Återställda | Förvärrade |
| <i>SCL-90 (N = 10)</i> | | | | | | |
| Globalt svårighetsindex | 2,60 | 7 | - | - | 9 | 1 |
| Somatisering | 1,99 | 5 | 8 | - | 2 | - |
| Tvångssyndrom | 2,40 | 4 | 1 | - | 9 | - |
| Interpersonell sensitivitet | 2,24 | 7 | 3 | - | 7 | - |
| Depression | 2,52 | 7 | 1 | 1 | 8 | - |
| Ångest | 2,07 | 7 | 1 | 1 | 8 | - |
| Fientlighet | 2,07 | 3 | 6 | 1 | 3 | - |
| Fobisk Ångest | 1,17 | 7 | 3 | 1 | 6 | - |
| Paranoidt tänkande | 2,05 | 8 | 3 | 1 | 6 | - |
| Psykoticism | 1,37 | 7 | 2 | - | 8 | - |
| <i>SDQ (N = 9)</i> | | | | | | |
| Totala svårigheter | 20,7 | 6 | 4 | - | 5 | - |
| Emotionella symtom | 7,45 | 3 | 5 | 1 | 3 | - |
| Uppförandeproblem | 4,97 | 2 | 7 | - | 2 | - |
| Hyperaktivitet | 8,42 | 2 | 4 | 2 | 3 | - |
| Kamratproblem | 4,83 | 4 | 9 | - | - | - |
| Prosocialt beteende | 4,65 | 1 | 7 | 1 | - | 1 |

Beskrivning av anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer

Attachment Style Questionnaire (ASQ) och Temperament and Character Inventory (TCI) har tidigare inte använts i stor utsträckning för svenska ungdomar i en klinisk kontext. Därför beräknades reliabiliteten för dessa skalor genom Cronbachs alfa (α). Resultaten visade att den interna reliabiliteten var god för ASQ på delskalorna Tillit ($\alpha = 0,71$), Distans ($\alpha = 0,82$), Sakorientering ($\alpha = 0,81$) och Bifallsbehov ($\alpha = 0,72$). För delskalan Relationsfixering var den interna reliabiliteten lägre ($\alpha = 0,57$) varför slutsatser utifrån resultat på denna delskala bör dras med försiktighet. Gällande TCI visade resultaten god intern reliabilitet för delskalorna Harm avoidance ($\alpha = 0,83$), Novelty seeking ($\alpha = 0,84$), Persistence ($\alpha = 0,71$),

Self-directedness ($\alpha = 0,83$), Cooperativens ($\alpha = 0,90$) och Self-transcendence ($\alpha = 0,81$). Delskalan Reward dependence hade lägre intern reliabilitet ($\alpha = 0,62$). Resultat på denna delskala bör alltså också tolkas med försiktighet.

En jämförelse mellan patientgruppen och normgruppen (se tabell 6) visade att störst skillnad gick att finna gällande grad av anknytningsdimensionen Distans ($z = 2,30$). De uppvisade även stora skillnader med avseende på lägre tillit ($z = -1,48$) samt högre grad av sakorientering ($z = 1,43$), bifallsbehov ($z = 1,89$) och relationsfixering ($z = 1,54$) jämfört med normgruppen. Flest individer skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppens medelvärde gällande grad av distans ($N = 19$) och bifallsbehov ($N = 16$). För de resterande dimensionerna skilde sig ungefär en tredjedel av patientgruppen från normgruppen: Tillit ($N = 9$), Sakorientering ($N = 9$) och Relationsfixering ($N = 10$).

På TCI uppmättes de största skillnaderna jämfört med normgruppen på temperamentsfaktorn Harm avoidance ($z = 2,03$), där patientgruppen skattade högre än normgruppen. Detta gällde även temperamentsfaktorn Reward dependence ($z = 1,04$). Stora skillnader uppvisades också gällande karaktärsfaktorn Self-directedness ($z = -1,45$) där patientgruppen skattade lägre än normgruppen. En liten skillnad uppmättes på temperamentsfaktorn Novelty seeking ($z = 0,28$). Gällande övriga karaktärsfaktorer skilde sig patientgruppen inte nämnvärt från normgruppen.

Vid beräkandet av skillnader på individnivå visade resultatet att flest individer skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppen gällande högre harm avoidance ($N = 18$) samt lägre self-directedness ($N = 10$). På resterande delskalor skilde patientgruppen sig i lägre grad från normgruppen. Fyra individer skattade högre grad av reward dependence och en individ högre grad av persistence. På delskalan Cooperativens hade en individ skattat två standardavvikelser över normgruppens medelvärde och en individ två standardavvikelser under. Detsamma gällde delskalan Self-transcendence. På delskalan Novelty seeking skilde sig två individer från normgruppen genom att ha skattat lägre och en individ genom att ha skattat högre.

Tabell 6

Medelvärden, standardavvikelser, Cronbachs alfa-värden, z-värden beräknat på gruppmedelvärden samt antal patienter som skilde sig mer än två standardavvikelser från normgruppens medelvärde på ASQ och TCI.

| Mätinstrument | <i>N</i> | <i>M (SD)</i> | α | Z-värden beräknat på gruppmedelvärden | Antal patienter > 2 SD över/under normgruppens <i>M</i> |
|--------------------|----------|---------------|----------|---------------------------------------|---|
| <i>ASQ</i> | | | | | |
| Tillit | 28 | 3,03 (0,93) | 0,71 | -1,48 | 9 (-) |
| Distans | 28 | 4,8 (0,95) | 0,82 | 2,30 | 19 (+) |
| Sakorientering | 28 | 3,13 (1,19) | 0,81 | 1,43 | 9 (+) |
| Bifallsbehov | 28 | 4,99 (0,83) | 0,72 | 1,89 | 16 (+) |
| Relationsfixering | 28 | 4,46 (0,81) | 0,57 | 1,54 | 10 (+) |
| <i>TCI</i> | | | | | |
| Harm avoidance | 27 | 28,11 (5,34) | 0,83 | 2,03 | 18 (+) |
| Novelty seeking | 27 | 24,44 (7,01) | 0,84 | 0,28 | 2 (-), 1(+) |
| Reward dependence | 27 | 17,63 (3,65) | 0,62 | 1,04 | 4 (+) |
| Persistence | 27 | 4,07 (2,25) | 0,71 | 0,12 | 1 (+) |
| Self-directedness | 26 | 15,02 (7,05) | 0,83 | -1,45 | 10 (-) |
| Cooperativeness | 27 | 27,41 (7,88) | 0,90 | 0,01 | 1 (+), 1 (-) |
| Self-transcendence | 26 | 14,77 (6,31) | 0,81 | -0,13 | 1 (+), 1 (-) |

Förändringar efter behandlingen med avseende på anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer

Anknytningsdimensioner mättes genom Attachment Style Questionnaire (ASQ). I tabell 7 redovisas resultaten av ett Wilcoxon Signed Rank Test som visade på signifikanta förändringar med stor effektstorlek med avseende på högre grad av tillit ($z = 2,39$, $p = 0,017$, $r = 0,60$), lägre grad av distans ($z = -2,17$, $p = 0,030$, $r = 0,54$) samt lägre grad av bifallsbehov ($z = -2,20$, $p = 0,028$, $r = 0,55$). Inga signifikanta skillnader uppvisades på delskalorna Sakorientering ($p = 0,093$) eller Relationsfixering ($p = 0,599$) men effekten för delskalan Sakorientering var medelstor ($z = -1,68$, $r = 0,42$). Gällande grad av relationsfixering var effekten liten ($z = -0,53$, $r = 0,13$). Förändringar i temperaments- och karaktärsfaktorer mättes genom Temperament and Character Inventory (TCI) före och efter behandlingen. Den enda signifikanta förändringen efter behandlingen var den gällande ökad self-directedness ($p = 0,033$) där effekten också var stor ($z = 2,14$, $r = 0,50$). Liten effekt uppmättes på delskalorna Novelty seeking ($p = 0,261$, $z = -1,12$, $r = 0,26$), Reward dependence ($p = 0,523$, $z = 0,64$, $r = 0,15$) och Cooperativeness ($p = 0,260$, $z = 1,13$, $r = 0,27$). Gällande grad av harm avoidance uppvisades ingen skillnad efter jämfört med före behandlingen ($p = 0,833$, $z = 0,21$, $r = 0,05$).

På delskalorna Persistence och Self-transcendence uppmättes medelstora skillnader i negativ riktning ($z = -1,89, r = 0,45$; $z = -1,55, r = 0,37$), skillnader som dock inte var statistiskt signifikanta ($p = 0,058$; $p = 0,12$).

Tabell 7

Medelvärden och standardavvikelser för ASQ och TCI före och efter behandling samt Wilcoxon test (p), z -värde och effektstorlek (r).

| Mätinstrument | <i>M (SD)</i> | | Wilcoxon-test (p) | Z | r |
|--------------------|---------------|---------------|-----------------------|-------|------|
| | Före | Efter | | | |
| <i>ASQ (N = 8)</i> | | | | | |
| Tillit | 2,50 (0,63) | 3,75 (0,54) | 0,017* | 2,39 | 0,60 |
| Distans | 5,11 (0,69) | 4,43 (0,83) | 0,030* | -2,17 | 0,54 |
| Sakorientering | 2,95 (0,74) | 2,14 (0,64) | 0,093 | -1,68 | 0,42 |
| Bifallsbehov | 4,79 (0,51) | 4,20 (0,92) | 0,028* | -2,20 | 0,55 |
| Relationsfixering | 4,53 (0,81) | 4,38 (0,71) | 0,599 | -0,53 | 0,13 |
| <i>TCI (N = 9)</i> | | | | | |
| Harm avoidance | 26,56 (6,00) | 26,89 (3,62) | 0,833 | 0,21 | 0,05 |
| Novelty seeking | 24,44 (8,62) | 22,44 (10,00) | 0,261 | -1,12 | 0,26 |
| Reward dependence | 17,56 (3,68) | 18,44 (3,64) | 0,523 | 0,64 | 0,15 |
| Persistence | 4,67 (1,87) | 2,67 (2,12) | 0,058 | -1,89 | 0,45 |
| Self-directedness | 14,50 (5,54) | 24,78 (7,93) | 0,033* | 2,14 | 0,50 |
| Cooperativeness | 28,22 (6,08) | 32,33 (4,85) | 0,260 | 1,13 | 0,27 |
| Self-transcendence | 12,67 (3,87) | 9,33 (4,33) | 0,120 | -1,55 | 0,37 |

* $p > 0,05$

Diskussion

Resultatdiskussion

Det finns begränsat med tidigare forskning som undersöker utfall efter DBT-behandling för ungdomar och ingen tidigare studie undersöker graden av reliabel eller klinisk signifikant förändring för denna patientgrupp. Samtidigt som detta gör föreliggande uppsats högst relevant innebär det också vissa svårigheter vid tolkningen av resultatet, då möjligheten till jämförelse med andra studier till viss del är begränsad.

Uppsatsens syfte var att undersöka vilka förändringar som kunde uppmätas i gruppen efter genomförd DBT-behandling, men också att skapa en djupare förståelse för patientgruppen genom att kartlägga psykiatrisk problematik, anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer i jämförelse med normgrupper.

En sammanräkning av ungdomarnas skattningar innan påbörjad behandling visar på en komplex problembild med svårigheter rörande flertalet undersökta områden. Även gällande anknytningsdimensioner samt temperaments- och karaktärsfaktorer uppvisas mönster som i tidigare studier visat sig samvariera med psykisk ohälsa, eller negativt samvariera med psykiskt välbefinnande (Fossati et al., 2014; Garcia, 2011; Porubanova-Norquist, 2012; Westen et al., 2006).

Resultaten visar på både kliniskt och statistiskt signifikanta förändringar med avseende på ett flertal psykiatriska variabler efter genomförd DBT-behandling, exempelvis grad av depression, ångest och interpersonella svårigheter. Ett av huvudmålen i DBT är att minska självskadebeteende (Linehan, 1993) och resultatet i föreliggande uppsats tyder på att en sådan förändring har skett. Dessutom uppvisas positiva förändringar gällande grad av tillit, distans, bifallsbehov och self-directedness, vilket indikerar att patienterna har förändrat sitt förhållningssätt gentemot sig själva och andra. Variationerna i resultatet diskuteras utförligare nedan.

Beskrivning av patientgruppen gällande psykiatrisk problematik. Samtliga patienter utom en uppper vid det första mättillfället att de skadat sig själv fler än fem gånger det senaste halvåret och medelvärdet för antal självskadebeteenden är högt ($M = 24,22$, $SD = 14,04$). Alla patienter utom en uppfyller även kriterierna för borderline personlighetsstörning mätt genom självskattningsdelen av SCID-II. Det ska dock tas i beaktande att denna självskattningsdel av SCID-II tenderar att vara överinklusiv (Svenska psykiatriska föreningen, 2006). Patienternas unga ålder bör även tas i beaktande gällande skattningarna på SCID-II, bland annat då ett av kriterierna för BPS rör identitet och känslan av att veta eller tvärtom inte riktigt veta vem man är. Då tonåren karaktäriseras av just identitetssökande (Berk, 2010) kan det vara missvisande att tolka uppfyllande av detta kriterium som indikation på psykopatologi, vilket också är en av flera anledningar till att BPS inte heller diagnostiseras hos personer under arton år. Resultatet vad gäller uppfyllande av BPS-kriterier bör alltså tolkas med försiktighet.

För samtliga psykiatriska symtom mätta genom SCL-90, uppvisas en på gruppnivå stor skillnad mellan normgruppens skattningar och skattningar gjorda av patienterna i den aktuella uppsatsen. Mellan 13 och 27 patienter har ett resultat som uppmäts till mer än två standardavvikelser högre än normgruppens på de olika delskalorna. Resultaten av patienternas skattningar visar alltså på både stor bredd och hög grad av psykiatriska symtom, vilket även de höga poängen på Globalt svårighetsindex indikerar.

Gällande patienternas uppfattning om sina egna styrkor och svårigheter (SDQ) är bilden mer nyanserad. Mest utmärker sig patientgruppen på Totala svårigheter och Emotionella symtom, men stora skillnader jämfört med normgruppen finns även på delskalorna Kamratproblem och Hyperaktivitet. Endast fem personer skattar dock mer än två standardavvikelser över normgruppen på Hyperaktivitet och på delskalan Uppförandeproblem är motsvarande antal sju. En slutsats som kan dras utifrån detta resultat är att patienterna i lägre grad upplever sig ha beteenderelaterade, utåtriktade svårigheter så som hyperaktivitet och uppförandeproblem, än vad de upplever sig ha mer inåtriktade svårigheter som exempelvis depression och ångest.

Endast en person upplever sig ha låg grad av prosocialt beteende. På gruppnivå skattar sig patienterna till och med något högre än normgruppen på denna variabel. Att gruppen å andra sidan upplever sig ha svårigheter gällande kamratrelationer (delskalan Kamratproblem), skulle möjligen kunna indikera en diskrepans mellan den egna upplevelsen och andras upplevelse av det relationella agerandet. Denna diskrepans hade kunnat undersökas vidare genom att analysera självskattningar på SDQ jämfört med föräldrar- och lärarskattningar på samma instrument. Bland annat på grund av stort bortfall i materialet användes inte dessa skattningar i föreliggande uppsats, varför denna tolkning av resultatet förblir obekräftad.

Den svårighet som skattas högst på SDQ är Emotionella symtom, svårigheter som också är centrala att adressera i DBT-behandlingen (Linehan, 1993). Dock skattar endast drygt hälften av patienterna mer än två standardavvikelser över normgruppen, vilket är betydligt färre än gällande exempelvis delskalorna Depression och Ångest i SCL-90. Här kan påpekas att SDQ tidigare har visat sig vara ett mindre reliabelt instrument vad gäller att detektera så kallade "emotionella störningar", än exempelvis problematik i linje med ADHD (Socialstyrelsen, 2014).

Mellan en tredjedel och hälften av patienterna skiljer sig mer än två standardavvikelser från normgruppen med avseende på attityder till det egna utseendet samt riskbeteende för utvecklande av ätstörning. På gruppnivå är skillnaden jämfört med normgruppen stor. Ungefär lika stor andel befinner sig i en riskgrupp gällande bruk av alkohol och droger, något som ytterligare stärker bilden av att den aktuella patientgruppen har en komplex problematik med en stor bredd vad gäller symptomuttryck.

Förändringar efter behandlingen gällande psykiatrisk problematik. Trots det begränsade antalet deltagare vid mättillfället efter behandlingen uppvisas flera både statistiskt

och kliniskt signifikanta symtomförbättringar efter genomförd behandling. Ett huvudsakligt fokus inom DBT är att adressera självskadebeteende, bland annat genom att lära ut alternativa emotionsregleringsstrategier samt undvika positivt förstärkande av dysfunktionellt beteende (Linehan, 1993). På gruppnivå visar resultatet, i linje med tidigare studier (Fleischhaker et al., 2011; James et al., 2008; James et al., 2011; Katz et al., 2004), att det skett en signifikant minskning gällande grad av självskadebeteende. Trots detta uppger fortfarande två tredjedelar av patienterna efter avslutad behandling att de skadat sig själva någon gång under det senaste halvåret och hälften av dessa att de skadat sig själva fler än fem gånger. Det faktum att DSHI-9 efterfrågar självskadebeteende ”under de senaste sex månaderna” har med stor sannolikhet spelat roll för resultatet, särskilt med tanke på att tre av tio patienter endast fått 16 veckors behandling. En tredjedel uppfyller vid det andra mättillfället även kriterierna för BPS mätt genom SCID-II. Detta resultat ligger till stor del i linje med resultat i studien av Fleischhaker et al. (2011), i vilken två av tolv ungdomar fortfarande uppfyllde kriterierna för BPS ett år efter avslutad behandling och sju av tolv ungdomar vid detta mättillfälle hade skadat sig själva minst en gång, varav vilka två personer skadat sig själva mer än fem gånger.

SCL-90 - Statistiskt signifikanta förändringar. Liksom i tidigare studier (Fleischhaker et al., 2011; James et al., 2008; James et al., 2011; Katz et al., 2004; Rathus & Miller, 2002; Woodberry och Popenoe, 2008) uppmäts i uppsatsen även statistiskt signifikanta förändringar efter DBT-behandlingen gällande grad av somatisering, interpersonell sensitivitet, depression och ångest samt på Globalt svårighetsindex, mätt genom SCL-90. Statistiskt signifikanta förändringar uppvisas även på delskalorna Psykoticism, Fobisk ångest och Paranoidt tänkande, ett resultat som skiljer sig från två tidigare studier där ingen signifikant förändring på dessa variabler kunde uppmätas (Fleischhaker et al., 2011; Rathus & Miller, 2002). En möjlig förklaring till skillnaderna mellan uppsatsens resultat och de två refererade studiernas resultat skulle kunna vara behandlingens längd. De flesta av de i uppsatsen aktuella patienterna deltog i DBT-behandling under totalt 32 veckor (2 x 16 veckor), medan ungdomarna i de två andra studierna gick i behandling endast mellan 12 till 24 veckor (Fleischhaker et al., 2011; Rathus & Miller, 2002). För att några slutsatser kring behandlingens längdens relevans ska kunna fastställas behöver detta dock undersökas empiriskt.

Resultaten i uppsatsen visar även att de aktuella patienterna, till skillnad från deltagarna i studien av Fleischhaker et al. (2011), skattar högt på delskalorna Psykoticism (*M*

= 2,93 jämfört med $M = 0,42$), Fobisk ångest ($M = 1,74$ jämfört med $M = 0,43$) och Paranoidt tänkande ($M = 2,40$ jämfört med $M = 0,54$) innan behandlingen och sju (Psykoticism och Fobisk ångest) respektive åtta (Paranoidt tänkande) ungdomar skattar mer än två standardavvikelser över normgruppen för dessa delskalor. Detta skulle kunna indikera att den aktuella patientgruppen innan behandlingen lider av en bredare psykiatrisk problematik, vilket också möjligen skulle kunna förklara skillnaderna mellan studierna rörande statistiskt signifikanta förändringar.

Statistiskt signifikanta skillnader visar sig även på Tvångssyndrom och Fientlighet. Också Fleischhaker et al. (2011) fann förändringar av denna typ av symtom en månad efter avslutad behandling, en skillnad som dock inte kvarstod vid uppföljningsmätningen. Deras resultat visar på vikten av att undersöka förändringarnas stabilitet över tid genom uppföljningsmätningar.

SCL-90 - Kliniskt signifikanta förändringar. Gällande Globalt svårighetsindex har det för nio av tio patienter skett en kliniskt signifikant förbättring, nästan alla patienter kan alltså enligt Lambert & Ogles (2009) klassificering anses återställda i detta avseende. Detta är en hög andel kliniskt förbättrade, vilket kan förstås vid en jämförelse med resultatet i McMains et al. (2009) stora RCT-studie, i vilken andelen patienter som uppvisade en kliniskt signifikant förbättring på Globalt svårighetsindex var 38 %. En patient klassas dock som försämrad på Globalt svårighetsindex, något som för övrigt även gäller för variabeln Prosocialt beteende, mätt genom SDQ. Dessa resultat är viktiga att ta i beaktande. Huruvida försämringen kan relateras till behandlingen eller snarare andra, yttre omständigheter är slutsatser som är omöjliga att dra utifrån dessa data men resultatet visar på vikten av kontinuerlig utvärdering och uppföljning för att fånga upp de patienter för vilka ingen förändring, eller i värsta fall försämring, sker under behandlingens gång.

Sju patienter skattar innan behandlingen två standardavvikelser över normgruppen på delskalorna Depression, Ångest och Interpersonell sensitivitet. Efter behandlingen kan sju (Interpersonell sensitivitet) respektive åtta (Ångest och Depression) patienter klassas som återställda. Detta bedöms av uppsatsförfattarna vara goda resultat, särskilt med tanke på att dessa delskalor mäter symtom som ligger i linje med vad DBT ursprungligen utvecklades för att behandla (Linehan, 1993).

En iakttagelse gällande grad av somatisering och fientlighet är att statistiskt signifikanta förändringar uppvisas på gruppnivå men att endast två respektive tre patienter kan klassas som återställda. Här bör hänsyn tas till det faktum att endast fem (Somatisering)

respektive tre (Fientlighet) av tio patienter innan behandlingen skattar två standardavvikelser över normgruppen, vilket indikerar att dessa variabler i lägre grad är kliniskt utmärkande för gruppen. Med avseende på delskalan Tvångssyndrom skattar endast fyra personer två standardavvikelser över normgruppen. Stor förändring tycks dock ha skett då nio patienter efter behandlingen skattar så pass mycket lägre på denna variabel att de kan klassas som återställda efter genomförd DBT-behandling.

SDQ - Statistiskt signifikanta förändringar. De enda statistiskt signifikanta förbättringar som uppvisas gällande styrkor och svårigheter (SDQ) rör delskalorna Totala svårigheter och Hyperaktivitet. Trots att hyperaktivitet inte tycks vara karaktäristiskt för den aktuella patientgruppen (endast två av nio patienter skattar mer än två standardavvikelser över normgruppen innan behandlingen) och inte heller är något som specifikt adresseras i DBT, uppvisar patienterna alltså lägre grad av hyperaktivitet efter behandlingen. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara att de färdigheter som lärs ut inom ramen för behandlingen generaliseras även till områden som inte är lika akut problematiska som de svårigheter som föranlett ungdomarnas remittering till DBT.

SDQ - Kliniskt signifikanta förändringar. Det är värt att notera att antalet patienter som skattar högt på Emotionella symtom (tre av nio personer) i hög grad skiljer sig från antalet patienter (sju av nio) som skattat två standardavvikelser över normgruppen på depression och ångest mätt genom SCL-90. En liknande skillnad gäller antalet patienter som kan klassas som återställda i dessa avseenden; endast tre personer kan klassas som återställda på delskalan Emotionella symtom i SDQ och för ytterligare en person har en reliabel förändring skett. Diskrepansen mellan instrumenten gör resultatet svårtolkat. En möjlig förklaring är dock som tidigare nämnts att SDQ brister i förmåga att detektera emotionell problematik (Socialstyrelsen, 2014).

Ett viktigt resultat att ta i beaktande är bristen på både statistiskt och kliniskt signifikant förändring gällande Kamratproblem. Fyra personer skattar innan behandlingen mer än två standardavvikelser över normgruppen på Kamratproblem men samtliga patienter klassas som oförändrade efter behandlingen. En patient visade som redan nämnts även en kliniskt signifikant *försämring* gällande prosocialt beteende. Relationella svårigheter är ett av huvudtemana i DBT, kring vilket en stor del av färdighetsträningen centreras (Linehan, 1993). Mot denna bakgrund borde det inte vara orimligt att förvänta sig en förbättring även ifråga om dessa svårigheter. En hypotetisk förklaring till förändringens uteblivande skulle

kunna vara det faktum att relationsskapande är en process och att de färdigheter som lärs ut i DBT-behandlingen behöver tid och utrymme för att implementeras i vardagen. En annan viktig aspekt att beakta är att delskalan Kamratproblem inkluderar en fråga om huruvida individen utsätts för mobbing eller blir retad. Detta kräver således en annan insats för att nå förändring, vilken inte kan läggas på det individuella planet. Även här är det viktigt med uppföljningsmätningar för att undersöka huruvida de aktuella ungdomarnas kamratrelaterade problem över tid minskar eller förblir oförändrade.

Övriga förändringar. Ingen av de tidigare studier som undersökt förändringar efter DBT-behandling hos ungdomar med självskadebeteende och BPS-symtom har tagit hänsyn till variabler som rör attityder till det egna utseendet eller riskbeteende för utvecklande av ätstörning. När förändringar efter DBT-behandling undersöktes hos flickor med anorexia nervosa eller bulimia nervosa uppmättes dock signifikanta förbättringar gällande ätstörningssymtom i en studie (Salbach-Andrae et al., 2008), vilket indikerar att förändring efter DBT även kan göra sig gällande för symtom som behandlingen inte ursprungligen utvecklats för. Resultaten i denna uppsats pekar delvis i samma riktning. Det har efter behandlingen skett en statistiskt signifikant minskning av riskbeteende i förhållande till mat, så som exempelvis bantning och hetsätning. Däremot uppvisas inga signifikanta skillnader i attityder till det egna utseendet. Detta är ett intressant resultat att tolka i ljuset av DBT-behandlingens mål och utformning. Att utveckla förmågan till acceptans och finna strategier att reglera sina emotioner på ett mer konstruktivt sätt är som tidigare nämnts centralt i DBT (Linehan, 1993). En förklaring till diskrepansen mellan attityderna till det egna utseendet och graden av riskbeteende relaterat till mat efter behandlingen skulle kunna vara att ungdomarna fått ökade färdigheter att stå ut med obehagliga känslor utan att nödvändigtvis agera på dem. Resultatet skulle alltså kunna tolkas som en indikation på att DBT-behandlingen i det här fallet fyller sitt huvudsyfte, det vill säga att minska graden av destruktiva beteenden och emotionsregleringsstrategier, men däremot i lägre grad fungerar främjande för en positiv självbild gällande utseendet.

Beskrivning av gruppen gällande anknytningsdimensioner. Överlag uppvisar de 33 till behandlingen remitterade patienterna stora skillnader jämfört med normgruppen på alla fem anknytningsdimensionerna, indikerande hög grad av otrygg anknytning. Den största skillnaden på gruppnivå uppmäts gällande grad av distans, där även hälften av patienterna skattar ett resultat som skiljer sig mer än två standardavvikelser från normgruppen. I

patientgruppen tycks således finnas en hög grad av upplevd ångest i nära relationer samt stort behov av att skydda sig mot sårbarhets känslor genom att skapa distans i mellanmänskliga relationer (Håkansson & Tengström, 1997). Stora skillnader uppvisas även med avseende på Sakorientering, en dimension som tillsammans med dimensionen Distans utgör den anknytningsstil som i ASQ definieras som distanserad. Ungefär en tredjedel av gruppen skattar två standardavvikelse över normgruppens medelvärde på delskalan Sakorientering. Patientgruppen har även en betydligt högre grad av bifallsbehov, vilket indikerar att det hos den undersökta gruppen finns en upptagenhet av andras gillande och acceptans. Även på denna delskala skattar över hälften av patienterna ett resultat som ligger mer än två standardavvikelse över normgruppens. På grund av den låga interna reliabiliteten ($\alpha = 0,57$) bör den stora skillnaden som uppmäts för Relationsfixering tolkas med försiktighet.

Resultatet målar upp en bild av hur det för patientgruppen existerar samtida och motstridiga inre arbetsmodeller av sig själva och av andra. Patientgruppen tycks ha en mycket negativ syn på det egna själv och ha en bild av sig själv som beroende av andra för att må bra, samtidigt som andras förmågor eller välvilja misstros (Bartholomews & Horowitz, 1991). Detta resultat skulle kunna tolkas utifrån Linehans (1993) teori enligt vilken uppkomsten av BPS-symtom kan förstås i ljuset av ett samspel mellan biologisk sårbarhet och en invaliderande miljö. I denna miljö hindras barnet från att utveckla ett funktionellt sätt att reglera och lita på de egna känslorna och bristen på tillit till det egna känslolivet gör att ett överdrivet beroende av andras tolkningar av verkligheten utvecklas. Detta beroende, tillsammans med en misstro baserad på tidigare inkonsekvent och invaliderande bemötande, skulle kunna vara ett sätt att förstå patientgruppens ambivalenta anknytningsmönster. Detta ger möjligtvis även ett perspektiv på hur gruppens resultat på delskalorna Kamratproblem och Prosocialt beteende i SDQ kan förstås. På dessa delskalor skattar patientgruppen sig ha problem i större utsträckning än normgruppen i relation till jämnåriga (Kamratproblem) men däremot samtidigt ha en något högre grad av prosocialt beteende. Detta kan möjligtvis avspegla ungdomarnas relationella svårigheter, det vill säga att de samtidigt som de har en stark vilja att relatera och nå ut till sin omgivning, också upplever relationerna till sina kamrater som bekymmersamma och svåra.

Det otrygga och ambivalenta anknytningsmönstret som uppvisas hos den aktuella patientgruppen går i linje med tidigare forskning som undersökt anknytningsmönster hos ungdomar med psykiatrisk problematik lik den undersökta gruppens (Fossati et al., 2014; Westen et al., 2006). Fossati et al. (2014) undersökte en icke-klinisk grupp ungdomar med BPS-beteende och även i denna studie framträdde ett ambivalent anknytningsmönster. Dock

uppvisades det i studien av Fossati et al. (2014) ingen signifikant skillnad jämfört med en grupp ungdomar utan BPS-beteende, med avseende på dimensionen Tillit. I föreliggande uppsats framkommer att en tredjedel av patienterna skattar två standardavvikelser lägre än normgruppen på grad av tillit och att patientgruppen skiljer sig stort från normgruppen på denna anknytningsdimension. Tidigare forskning har visat på att trygg anknytning kan utgöra ett skydd mot utvecklandet av en allvarigare psykisk ohälsa hos ungdomar (Allen, 2008; Kim et al., 2013). Bristen på tillit hos patientgruppen i föreliggande uppsats kan i ljuset av detta förstås som en sårbarhetsfaktor gällande utveckling av allvarlig psykisk ohälsa.

I en tidigare studie har även en samvariation bekräftats mellan ambivalent anknytningsstil mätt genom ASQ och tonåringars benägenhet att uppvisa depression, ångest samt psykosomatiska problem (Rönnlund & Karlsson, 2006). Detta resultat bekräftas även hos den undersökta patientgruppen, vilken uppvisar en komplex psykiatrisk problematik och häribland stora skillnader i jämförelse med normgrupp för dessa symtom.

Förändringar efter behandlingen gällande anknytningsdimensioner. Woodberry och Popenoe (2009) fann i sin studie en signifikant förändring relaterad till tillit (Comfort depending on others, AAS) efter DBT-behandling. Även i den aktuella uppsatsen uppmättes en signifikant förbättring med avseende på tillitsdimensionen i ASQ. Efter behandling uppvisas även signifikanta förbättringar för delskalorna Distans och Bifallsbehov. Patienterna uppvisar alltså efter behandling ett mer tillitsfullt och tryggt förhållningssätt både till sig själva och till andra. Detta skulle kunna tolkas som att patienternas förmåga att knyta an till andra, samt förmåga att hantera separation har utvecklats i positiv riktning (Håkansson & Tengström, 1997) och kan möjligen förstås i ljuset av DBT-behandlingens breda relationella grepp, där validering av patienten understryks och finns med som en röd tråd i allt arbete och där relationella färdigheter tränas i praktiken (Linehan, 1993). Patienterna har alltså fått möjlighet att i ett icke-dömande och hållande klimat erhålla erfarenheter av att lita på och validera egna känslor, tankar och beteenden, vilket möjligtvis avspeglas i förändringarna på delskalorna Tillit, Distans och Bifallsbehov efter behandling. Detta förblir dock spekulativt då uppsatsens design omöjliggör slutsatser angående kausala samband.

Inga signifikanta skillnader uppvisas för delskalorna Relationsfixering och Sakorientering. Effekten var trots detta medelstor på Sakorientering, vilket indikerar att viss förändring skett även på denna delskala (tillhörande den distanserade anknytningsstilen), det vill säga att patienterna efter behandlingen har en mindre negativ syn på andra. Att det på delskalan Kamratproblem (SDQ) inte uppvisas några signifikanta skillnader efter behandling

bör beaktas vid tolkningen av detta resultat. Möjligtvis upplever patienterna efter behandlingen en högre grad av tillit i relation till andra, medan det, som tidigare diskuterats, tar tid innan denna förändring blir en del av det vardagliga livet.

Intressant att nämna i sammanhanget är även de signifikanta förbättringar som uppvisas för patientgruppen med avseende på depression, ångest och somatiska problem mätt genom SCL-90. I studien av Rönnlund och Karlsson (2006) påvisas att otrygg anknytning korrelerar med dessa symtom. Förändringarna av det ambivalenta anknytningsmönstret skulle möjligtvis även kunna förstås i ljuset av det dialektiska förhållningssättet i DBT och att det för ungdomarna är läkande att nå insikt och erfarenhet av att två motstridiga synsätt (önskan om närhet och önskan av distans) kan finnas i samma individ vid en och samma tidpunkt (Linehan, 1993).

Beskrivning av gruppen gällande temperaments- och karaktärsfaktorer. Med avseende på temperaments- och karaktärsfaktorer mätt genom TCI skiljer patientgruppen som remitterats till DBT-behandlingen ut sig gällande grad av harm avoidance, då mer än hälften av patienterna skattar mer än två standardavvikelser över normgruppens medelvärde. Således tycks det i patientgruppen föreligga en hög grad av upplevd ångest inför framtiden, en generell osäkerhet och/eller en påtaglig blyghet (Cloninger et al., 1994).

Patientgruppen utmärker sig även från normgruppen genom hög grad av temperamentsdraget Reward dependence, enligt Cloninger et al. (1994) innebärande god förmåga att skapa och upprätthålla sociala kontakter samt att leva sig in andras känslor, men också stort behov av emotionellt stöd och bekräftelse från andra. Detta resultat går i linje med gruppens höga skattningar på delskalan Prosocialt beteende (SDQ). Dock är det endast fyra personer av 27 som skattar mer än två standardavvikelser över normgruppen på Reward dependence och det ska även tilläggas att Cronbachs alfa är låg för denna skala ($\alpha = 0,62$), varför resultatet bör tolkas med försiktighet. Patientgruppen utmärker sig även genom stora skillnader på gruppnivå jämfört med normgruppen på karaktärsdraget Self-directedness. Lite mer än en tredjedel av patienterna skattar två standardavvikelser under normgruppens medelvärde för denna delskala, varför det kan antas att det i gruppen finns en lägre grad av självkänsla och en mer negativ självbild än hos normgruppen. Detta resultat skulle även kunna tolkas genom Linehans (1993) teori om att patienter med BPS-symtom kan uppvisa en självdysfunktion beskriven som tomhetskänslor och identitetsförvirring.

Med avseende på resterande temperaments- och karaktärsfaktorer liknar patientgruppen normgruppen, förutom vad gäller grad av novelty seeking, som enligt

Cloninger et al. (1994) bland annat handlar om impulsivitet, upprymdhet, extravagans och oorganisering. En liten skillnad uppmäts i förhållande till normgruppen för denna delskala. Patientgruppen visar dock ingen enhetlig riktning då två personer skattar ett resultat mer än två standardavvikelser under normgruppens medan en person skattar två standardavvikelser över. Detta resultat är intressant i förhållande till Linehans (1993) teori om att svårigheter att reglera känslor föder impulsivitet hos patienter med BPS-problematik. Mätt genom TCI finns alltså en liten skillnad hos patientgruppen som talar för att de på gruppnivå möjligtvis har högre grad av novelty seeking än den jämnåriga normgruppen, men samtidigt skattar två personer ett resultat som snarare visar på högre grad av eftertänksamhet, rigiditet, avvaktande och disciplin än normgruppen.

Förändringar efter behandlingen gällande temperaments- och karaktärsfaktorer. Endast på en av delskalorna i TCI uppvisas en signifikant förändring efter DBT-behandlingen och denna förändring avser karaktärsfaktorn Self-directedness. Detta skulle kunna tyda på att patienterna efter behandling har fått en bättre självbild och bättre självkänsla. Förändringen skulle dock även kunna tillskrivas en mognadsprocess hos ungdomarna då tidigare forskning visat på att just grad av self-directedness har en tendens att förändras spontant under ungdomsåren (Porubanova-Norquist, 2012). Självbild och självkänsla mätt genom grad av self-directedness har i tidigare studier visat sig predicera välbefinnande (Garcia, 2011; Porubanova-Norquist, 2012), och trots att just välbefinnande inte är något som undersöks i föreliggande uppsats är det värt att nämna de signifikanta förbättringar som kunnat uppmätas gällande grad av psykiatriska symtom, riskbeteende för utvecklande av ätstörning samt självskadebeteende efter DBT-behandlingen.

Även låg grad av harm avoidance och hög grad av persistence har i tidigare forskning setts predicera välbefinnande (Garcia, 2011). Stor skillnad uppvisas som tidigare nämnts jämfört med normgruppen med avseende på grad av harm avoidance innan behandling. Att den höga graden harm avoidance även kvarstår efter behandling skulle, i linje med Linehans teori (1993), kunna tolkas som att denna temperamentsfaktor representerar en biologiskt predisponerad emotionell sårbarhet hos patientgruppen (Linehan, 1993, Paris & Zweig-Frank, 1992, refererat i Hellgren, 2000).

Det är anmärkningsvärt att patientgruppen efter behandling uppvisar en på gränsen till signifikant förändring ($p = 0,058$) med medelstor effekt i *negativ* riktning på temperamentsvariabeln Persistence. Gruppen skattar sig alltså efter behandling ha lägre grad av uthållighet och prestationsförmåga. Detta går inte i linje med den teoretiska förståelsen av

temperamentsfaktorer som stabila över tid och skulle kunna indikera bristande reliabilitet för instrumentet i den aktuella gruppen. En annan möjlig förklaring, förutom att en reell förändring faktiskt har skett, skulle kunna vara att patienterna under behandlingen har utvecklat sin självkänedom och att skattningarna därför har en större verklighetsförankring efter genomförd behandling. Dessa möjliga förklaringar förblir dock hypotetiska och behöver undersökas vidare för att några definitiva slutsatser ska kunna dras. Uppsatsförfattarna vill poängtera att förändringar i oförutsedd riktning under behandlingsprocessen alltid bör fångas upp och undersökas, då de skulle kunna indikera att behandlingen gällande vissa variabler rör sig i en icke önskvärd riktning.

Intern reliabilitet för ASQ och TCI. En sekundär frågeställning i uppsatsen var den rörande den interna reliabiliteten för ASQ och TCI. Detta var av intresse att undersöka eftersom dessa instrument för den aktuella patientgruppen inte är lika välanvända som övriga instrument i uppsatsen. Samtliga delskalor i ASQ uppvisar god intern reliabilitet ($\alpha = 0,71 - 0,82$) förutom delskalan Relationsfixering ($\alpha = 0,57$). Låg intern reliabilitet uppvisas även för delskalan Reward dependence i TCI ($\alpha = 0,62$) medan den för övriga delskalor är god ($\alpha = 0,71 - 0,90$). Slutsatsen uppsatsförfattarna drar utifrån detta resultat är att ASQ och TCI överlag kan anses reliabla för ungdomar med aktuell problematik, med reservation för de ovan nämnda delskalorna.

Metoddiskussion

Validitet och reliabilitet. Uppsatsens naturalistiska karaktär är något som förtjänar att framhållas som dess metodologiska styrka. Materialet har insamlats i en naturlig, klinisk kontext från patienter som representerar den kliniska verkligheten. Bristen på randomisering och kontrollgrupp innebär dock samtidigt liten kontroll över huruvida andra faktorer än behandlingen kan ha spelat roll för de skattade förändringarna, något som kräver försiktighet vid tolkningen av resultaten. En möjlig interfererande variabel som bör tas i beaktande är den så kallade mognadseffekten. Det faktum att patienterna blivit ett år äldre efter avslutad terapi kan ha påverkat resultatet, möjligen särskilt i fråga om identitet, personlighet och relationellt fungerande (mätt genom SCID-II, TCI och ASQ) då dessa just i tonåren står under utveckling och förändring (Allen, 2008; Berk, 2010; Hellgren, 2000; Pervin och Cervone, 2010). Det är också möjligt att andra omständigheter i patienternas liv påverkat grad av förändring vid det andra mättilfället. Exempelvis kan deras skol- eller familjesituation ha förändrats under pågående behandling.

Av de totalt 33 patienter för vilka material fanns tillgängligt innan påbörjad behandling fanns det endast för tio patienter material tillgängligt efter behandlingen. En jämförelse med hjälp av t-test visar inte på några signifikanta skillnader mellan grupperna, vilket talar för att de tio är någorlunda representativa för hela patientgruppen på de undersökta variablerna. Det är dock möjligt att patienterna skiljer sig åt på andra, exempelvis demografiska variabler, som faller utanför uppsatsen att undersöka. En viktig metodologisk begränsning att ta hänsyn till är att gruppen för vilka eftermätningar gjorts är selekterad. Exempelvis är det möjligt att de personer som avslutat behandlingen är just de personer som behandlingen gett goda resultat för och det mycket goda resultatet på Globalt svårighetsindex, där 90 % uppvisar kliniskt signifikant förbättring jämfört med 30 % i RCT-studien av McMain et al. (2009), skulle kunna förstås i ljuset av detta. Det går därför inte att dra några slutsatser om ifall de förändringar som ses hos de studerade patienterna är representativa för hela undersökningsgruppen.

Att uppsatsförfattarna inte har haft någon insyn i behandlingsförfarandet eller insamlingen av materialet, samt att behandlingens längd varierat patienterna emellan, är ytterligare faktorer som innebär stora begränsningar gällande vilka slutsatser som kan dras. Det är möjligt att skillnaderna i grad av förändring mellan patienterna skulle kunna tillskrivas olika behandlingsbetingelser, men då inga analyser på individnivå har kunnat genomföras går det inte att uttala sig om detta. En annan faktor att ta hänsyn till gällande behandlingsförfarandet är det faktum att det aktuella DBT-teamet är relativt nystartat. En interfererande variabel skulle därför kunna vara en mognadseffekt hos behandlarna, som med tiden kan tänkas bli mer erfarna samt etablerade i behandlingsteamet.

Materialinsamling och instrument. Att alla de tio använda instrumenten i föreliggande uppsats är av självskattningskaraktär innebär ytterligare en metodologisk begränsning. Självskattningsformulär ställer krav på patienternas förmåga att värdera sina upplevelser samt ha insikt om sig själv och sitt agerande. Som tidigare diskuterats tenderar personer med emotionell instabilitet, likt den aktuella patientgruppen, att pendla mellan extremer snarare än att finna balans mellan svart och vitt (Linehan, 1993). Det är inte omöjligt att detta gäller även den aktuella patientgruppen, som i metaforisk mening inledningsvis kan ha skattat svart och avslutningsvis vitt. Vikten av uppföljningsmätningar kan därför inte nog poängteras. Att skattningarna skett i kliniskt syfte och i närvaro av behandlare är också en viktig aspekt att ta hänsyn till, då det kan ha lett till så kallade försöksledareffekter som kan ha tagit sig uttryck i form av social önskvärdhet eller

överskattning av symtom för att bli tagen på allvar i sitt lidande. Att även inkludera andra datainsamlingsmetoder, så som observation, intervju och/eller föräldrar- och lärarskattningar hade kunnat styrka resultatet ytterligare.

De flesta av instrumenten har tillfredställande validitet och reliabilitet samt används i stor utsträckning för patienter i den undersökta gruppens ålder (Berman et al., 2012; Bjärehed & Lundh, 2008; Fridell et al., 2002; Lundh et al., 2008; Socialstyrelsen, 2014; Viborg et al., 2012). Med hänvisning till att SDQ bäst bedöms skilja kliniska grupper från normgrupper gällande beteendestörningar som ADHD och mindre bra gällande emotionell problematik (Socialstyrelsen, 2014), kan det dock ifrågasättas om SDQ är det bäst lämpade instrumentet vad gäller att fånga den undersökta gruppens psykiatriska problematik, som i hög grad karaktäriseras av just emotionalitet.

Vid användandet av SCID-II bör beaktas att självskattningsdelen av detta instrument tenderar att vara överinklusiv (Svenska psykiatriska föreningen, 2006) samt att den undersökta gruppen är under 18 år, varför jakande svar på frågor som exempelvis rör instabilitet i självbild, impulsivitet och affektiv instabilitet, sett ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv inte nödvändigtvis behöver representera psykopatologi.

Även om reliabiliteten i den aktuella uppsatsen visar sig vara god på de flesta skalor i ASQ och TCI (undantaget Relationsfixering, $\alpha = 0,57$ och Reward dependence, $\alpha = 0,62$), bör poängteras att båda instrumenten ursprungligen utvecklades för personer över arton år. Det bör även tas i beaktande att antalet frågor i TCI, 238 stycken, kräver en viss uthållighet i testsituationen och att vissa av frågorna, exempelvis ”Jag tror att mitt naturliga sätt att reagera numera för det mesta överensstämmer med mina principer och långsiktiga mål”, kan vara svåra att förstå och relatera till för den aktuella åldersgruppen. Till sist skall nämnas att ASQ och TCI är konstruerade för att belysa individuella mönster i form av profiler vilka bygger på en sammanvägning av de olika dimensionerna på respektive instrument. I föreliggande uppsats, liksom i övriga forskningsstudier, analyseras istället varje dimension för sig, vilket påverkar vilka slutsatser som kan dras utifrån resultatet.

Dataanalysmetoder. Normgrupper från andra studier har använts i föreliggande uppsats. En fördel med detta är att uppsatsens design stärks, då resultatet kan förstås i förhållande till en jämförelsegrupp. Gemensamt för de normgrupper som används i uppsatsen är att de tillhör en svensk icke-klinisk population av flickor och att samtliga normgrupper, undantaget normgruppen för SCL-90, matchar den undersökta gruppens ålder. Normgruppen för SCL-90 är något äldre, 17 till 20 år, men bedöms ligga tillräckligt nära den undersökta

gruppen för att en rättvisande jämförelse ska kunna göras. De enda jämförelseparametrar som tagits fasta på är alltså ålder, kön samt att ungdomarna befinner sig i en icke-klinisk kontext. Detta bör tas i beaktande då slutsatser dras, eftersom de olika grupperna skulle kunna vara olika representativa för den tänkta referenspopulationen, det vill säga flickor i Sverige mellan 13 och 17 år, utan psykisk ohälsa. Normgruppen för ASQ skiljer sig från övriga normgrupper då den endast består av 36 individer. För detta instrument bedöms det dock vara av större vikt att använda en mindre jämförelsegrupp med relevant ålder än att välja en större grupp med högre medelålder.

Delar av det insamlade materialet analyserades med ett icke-parametriskt test för beroende mätningar, Wilcoxon Signed Rank Test, för att undersöka huruvida signifikanta förändringar förelåg efter behandlingen. Nackdelen med att använda icke-parametriska test är att det kan vara svårare att upptäcka existerande skillnader. Dock är det lilla antalet patienter i denna del av studien avgörande för användandet av ett icke-parametriskt test (Pallant, 2013).

Förutom statistisk signifikans beräknades även klinisk signifikans. Fördelen med att använda klinisk signifikans (RCI) som mått på förändring efter behandling är att denna analysmetod tar hänsyn till huruvida det på individnivå skett en reliabel förbättring eller försämring av kliniska symtom, något som inte kan upptäckas då resultat enbart redovisas på gruppnivå (Lambert & Ogles, 2009). En del i uträkningen av RCI inbegriper att standardavvikelser från en normgrupp används som led i att bestämma om patienten efter behandling har närmat sig jämförelsegruppens skattningar för samma instrument. För denna uträkning har samma normgrupper använts som diskuteras i ovanstående avsnitt, varför samma risker föreligger även vid dessa uträkningar. Det är även viktigt att betona att uträkningarna på grund av föreliggande uppsats etiska begränsningar inte har kunnat presenteras på individnivå, något som annars är brukligt för denna metod. Detta gör att slutsatser rörande specifika förändringar för enskilda individer inte kan dras (Lambert & Ogles, 2009).

Etik. Vid inledningen av samarbetet mellan uppsatsförfattarna och ansvarig kontaktperson på den aktuella DBT-mottagningen framkom att inget informerat samtycke inhämtats från patienterna rörande användning av självskattningsmaterialet i forskningssyfte. Detta föranledde diskussioner mellan uppsatsförfattarna, ansvarig kontaktperson på mottagningen samt uppsatshandledare Lars-Gunnar Lundh angående möjligheten att för uppsatsändamål använda det aktuella materialet. Då kvalitetsutveckling och utvärdering av nya behandlingsformer är av hög relevans och nytta, var alla ovan nämnda parter överens om

att undersöka möjligheterna ytterligare, varför avdelningen för medicinsk etik vid Lunds universitet kontaktades. Utifrån denna kontakt framkom att kvalitetsutvecklingsarbete inte kräver något informerat samtycke om det sker på särskilda premisser. I det aktuella fallet var premisserna att kliniken ansvarar för att kvalitetsutvecklingsarbetet sker enligt gällande lagar och riktlinjer samt att ett skriftligt intyg utfärdas gällande uppsatsförfattarnas uppgift samt vilken information som tillgång ges till. Ytterligare förutsättningar var att kliniken och patienterna avidentifierades, samt att det i uppsatsen inte kunde redovisas några demografiska uppgifter eller resultat på individnivå. Trots att förfarandet inte är helt idealiskt ansågs alltså nyttoaspekten av kvalitetsutveckling och utvärdering vara tillräckligt stor för att genomföra det av DBT-mottagningen initierade uppdraget. Genom hänsynstagande till de ovan beskrivna premisserna hoppas uppsatsförfattarna ha undanröjt de etiska hinder som initialt befarades föreligga.

Övriga begränsningar. Utöver de redan nämnda begränsningarna hade det varit av intresse för uppsatsen att undersöka individuella skillnader, exempelvis gällande demografiska variabler så som familjesituation, och dess samvariation med behandlingsutfall. Sådana analyser omöjliggjordes av de etiska kraven.

Flera av de tidigare studier som undersökt utfall av DBT för ungdomar med BPS-drag och självskadebeteende rapporterar en relativt stor andel patienter som avslutat behandlingen i förtid (Fleischhaker et al., 2011; James et al., 2011; Rathus & Miller, 2002; Woodberry och Popenoe, 2008). Bristen på möjlighet att i den aktuella uppsatsen undersöka andelen avhoppade patienter begränsar slutsatserna ytterligare.

Förslag till framtida forskning. Ytterligare studier som undersöker symtomförändringar hos ungdomar som genomgått DBT-behandling är nödvändiga för att fastställa behandlingsformens evidens. Enligt uppsatsförfattarnas kännedom är två RCT-studier vid dagens datum under genomförande (Linehan, et al., 2012; Mehlum, 2012, refererat i Neece et al., 2013) och det är med spänning resultaten inväntas. Av intresse i detta sammanhang är att undersöka inte bara statistiska utan också kliniskt signifikanta förändringar för att få en bättre bild av hur stor andel av ungdomarna som blir så pass hjälpa att de kan klassas som återställda. Det är inför framtiden också viktigt att ta reda på vad som gör att en del personer blir hjälpta av DBT och andra inte.

Av stort intresse hade också varit att undersöka samvariation och för behandlingsutfallet predicerande faktorer. Vad urskiljer exempelvis den tredjedel av

patienterna som i den aktuella uppsatsen fortfarande uppfyller kriterierna för BPS från resterande patienter? Går det att se mönster i de övriga symtomvariablerna för de patienter som efter behandlingen inte slutat skada sig själv? Det hade också kunnat ge viktig information att undersöka hur behandlingsutfallet samvarierar med anknytnings- samt temperaments- och karaktärsvariabler. Kan exempelvis grad av trygg anknytning predicera behandlingsutfall? Och skulle det exempelvis kunna vara så att grad av harm avoidance eller persistence påverkar huruvida patienterna fullföljer behandlingen eller inte? Sammanfattningsvis kan konstateras att även om många frågor kvarstår att besvara så visar resultatet i föreliggande uppsats att flera viktiga förändringar har skett i positiv riktning för den aktuella patientgruppen efter avslutad DBT-behandling.

Referenser

- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.419-435). New York, NY: Guilford Press.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M. & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry (Taylor & Francis Ltd)*, 12(2), 94-104.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. uppl.). Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Aron, A. & Aron E. M. (2002). *Statistics for psychology* (3. uppl.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bartholomew, K. & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge?. In J. A. Simpson & W. S. Rholes W (Red.), *Attachment theory and close relationships* (pp.46-76). New York, NY: Guilford Press.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66-77.
- Berk, L. E. (2010). *Development through the lifespan* (5. uppl.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Berman, A. H., Wennberg, P. & Källmén, H. (2012). *AUDIT & DUDIT: identifiera problem med alkohol och droger*. Stockholm: Gothia.
- Bjärehed, J. J. & Lundh, L. G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation?. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26-37.
- Bjärehed, J. J., Wångby-Lundh, M. M. & Lundh, L. G. (2012). Nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents: Subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence*, 22(4), 678-693.

- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och kultur.
- Brändström, S., Sigvardsson, S., Nylander, P. & Richterr, J. (2008). The Swedish version of the Temperament and Character Inventory (TCI): A cross-validation of age and gender influences. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(1), 14-21.
- Carlson, E. A., Egeland, B. & Sroufe, L. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1311-1334.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use* (1. uppl.). St Louis: Washington University, Center of psychobiology of personality.
- Davila, J. & Cobb, R. (2009). Internal working models and change. I J. H. Obegi, E. Berant (Red.). *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 209-233). New York, NY: Guilford Press.
- Erling, A. & Hwang, C. (2004). Body-esteem in Swedish 10-year-old children. *Perceptual and Motor Skills*, 99(2), 437-444.
- Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2. uppl., pp. 456–481). New York, NY: Guilford Press.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 5(1), 3-12.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C. & Borroni, S. (2014). Thinking about feelings: Affective state mentalization, attachment styles, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 41-67.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL-90: svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan* (2002:4). Stockholm: Statens Institutionsstyrelse. Hämtad 4 april från <http://www.stat-inst.se>

- Frisk, M. & Gillberg, C. (2000). Biologiska faktorers betydelse. I C. Gillberg & L Hellgren (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (2. uppl., pp.24-33). Stockholm: Natur och Kultur.
- Garcia, D. (2011). Two models of personality and well-being among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1208-1212.
- Garcia, D., Lundström, S., Brändström, S., Råstam, M., Cloninger, C., Kerekes, N. & ... Anckarsäter, H. (2013). Temperament and Character in the Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS): Comparison to the general population, and genetic structure analysis. *Plos ONE*, 8(8), 1-9.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B. & Brent, D. A. (2007). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-Year Open Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Hart, S. (2009). *Anknytning och samhörighet*. Malmö: Gleerups Utbildning.
- Hellgren, L. (2000). Borderlinetillstånd. I C. Gillberg & L Hellgren (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (2. uppl., pp.242-264). Stockholm: Natur och Kultur.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2. uppl., pp. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Håkansson, A. & Tengström, A. (1996). *Attachment Style Questionnaire: Översättning till svenska samt inledande utprovning* (Psykologexamensarbete), Umeå universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Håkansson, A. & Tengström, A. (1997). *ASQ. Attachment Style Questionnaire. Manual till den svenska versionen*. Umeå universitet: Institutionen för tillämpad psykologi.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300-307.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L. & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community

- study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child & Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.
- James, A. C., Winmill, L. L., Anderson, C. C. & Alfoadari, K. K. (2011). A preliminary study of an extension of a community Dialectic Behaviour Therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 9-13.
- Katz, L., Cox, B., Gunasekara, S. & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.
- Kim, S., Sharp, C. & Carbone, C. (2013). The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. No pagination specified.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning: Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Levy, K. N., Beeney, J. E. & Temes, C. M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 50-59.
- Lambert, M., & Ogles, B. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4-5), 493-501.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lundh, L. (2014, 4 februari). Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur: Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för DBT och MBT. *Läkartidningen*. Hämtad 4 april 2014 från www.lakartidningen.se
- Lundh, L., Karim, J. & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 33-41.
- Lundh, L., Wångby-Lundh, M. & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-

- report version of the strengths and difficulties questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 523-532.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J., Holmes, B., Easterbrooks, A. & Brooks, N. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 273-281.
- Macdonald, K., Thomas, M. & Berlow, R. R. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 932-941.
- MacPherson, H., Cheavens, J. & Fristad, M. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 16(1), 59-80.
- Marco, J., García-Palacios, A. & Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25(2), 158-163.
- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L. & Streiner, D. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J. & White, D. R. (2001). Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90-106.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, A. L., Wyman, S., Huppert, J., Glassman, S. & Rathus, J. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 183-187.
- Murphy, B. B. & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844.
- Neece, C. L., Berk, M. S. & Combs-Ronto, L. A. (2013). Dialectical behavior therapy and suicidal behavior in adolescence: Linking developmental theory and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(4), 257–265.
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T. & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and*

- Therapy*, 44(12), 1811-1820.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5. uppl.). New York: McGraw-Hill.
- Panos, P., Panos, A., Jackson, J. & Hasan, O. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research On Social Work Practice*, 24(2), 213-223.
- Pervin, L. A. & Cervone, D. (2010). *Personality: Theory and research* (11. uppl.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Porubanova-Norquist, M. (2012). Character as a predictor of life satisfaction in Czech adolescent sample: 3-Year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 231-235.
- PUL 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Rathus, J. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- Rönnlund, M. & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *Journal of Genetic Psychology*, 167(1), 47-63.
- Safer, D. L., Couturier, J. L. & Lock, J. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Miller, A. L. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415-425.
- Smedje, H. H., Broman, J. E., Hetta, J. J. & von Knorring, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63.
- Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Hämtat 2 april 2014 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *SDQ - The Strengths and Difficulties Questionnaire, Socialstyrelsen kvalitetsgranskar standardiserade bedömningsmetoder*. Hämtad 17 mars 2014 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/sdq-granskning.pdf>

- Strodl, E. & Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 10(2), 171-186.
- Svenska psykiatriska föreningen. (2006). *Personlighetsstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen och Gothia. Hämtad 21 april 2014 från: http://www.svenskpsykiatri.se/kliniska_riktlinjer.html
- Uliaszek, A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K. & Maslar, M. (2014). A pilot intervention of multifamily dialectical behavior group therapy in a treatment-seeking adolescent population: Effects on teens and their family members. *Family Journal*, 22(2), 206-215.
- Viborg, N. N., Wångby-Lundh, M. M., Lundh, L. G. & Johnsson, P. P. (2012). Eating-related problems among 13-15 year old Swedish adolescents: Frequency and stability over a one-year period. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(5), 401-406.
- Waadegaard, M., Thoning, T. & Petersson, B. (2003). Validation of a screening instrument for identifying risk behavior related to eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(6), 433-455.
- Welch, S. S. & Kim, J. J. (2012). DBT-enhanced cognitive behavioral therapy for adolescent trichotillomania: An adolescent case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 483-493.
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C. & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065-1085.
- Woodberry, K. A. & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 277-286.
- Zetterqvist, M., Svedin, C., Lundh, L. & Dahlström, O. (2013). Prevalence and function of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773.

Bilaga A

301.83 Borderline personlighetsstörning (DSM-IV)

F60.31

Ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmännsliga relationer, självbild och affekter. Störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxenålder och tar sig minst fem av följande uttryck:

- (1) gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. **Obs:** Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5) räknas inte in här.
- (2) uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
- (3) uppvisar identitetsstörning, dvs varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla
- (4) visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). **Obs:** Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5) räknas inte in här.
- (5) uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar
- (6) är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar)
- (7) känner en kronisk tomhetskänsla
- (8) uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (t ex ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål)
- (9) har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symptom

Bilaga C

Risk Behaviors for Eating Disorder-8 (RiBED-8)

Body Esteem Scale for Adolescents and Adults – Appearance (BEAA)

DEL 8. DIN KROPP

Kryssa i en av rutorna på varje rad!

| | Aldrig | Sällan | Ofta | Mycket ofta |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jag är ganska nöjd med mitt utseende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jag önskar att jag såg bättre ut..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jag bantar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jag har dåligt samvete över att jag äter godsaker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jag kräks för att göra mig av med mat som jag ätit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jag är stolt över min kropp..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Jag tycker om vad jag ser när jag tittar mig i spegeln..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jag skulle ändra på många saker i mitt utseende om jag kunde.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jag tycker att jag blir bra på foto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jag önskar att jag såg ut som någon annan..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jag är nöjd med mina matvanor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Jag känner att det är nödvändigt att hålla en strikt diet eller att kontrollera mitt ätande på andra sätt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Jag är rädd för att jag inte kan sluta äta när jag väl har börjat... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Jag upplever att jag har en önskan om att gå ner i vikt som helt har tagit överhanden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Det känns obehagligt för mig att äta tillsammans med andra... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Jag skäms för mitt utseende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Jag oroar mig för mitt utseende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Mitt utseende stör mig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Jag ser så bra ut som jag skulle vilja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Jag tycker att jag har en fin kropp..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |