



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Vilka förändringar i känsloreglering sker i samband med ERGT-behandling?**

**Johanna Clausen Ekefjärd & Liselott Kempe**

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Lars-Gunnar Lundh  
Examinator: Per Johnsson

## Sammanfattning

ERGT är en gruppbehandling som i Sverige idag ges till patienter i psykiatrisk öppenvård och som syftar till att hjälpa patienter till minskad användning av destruktiva beteendemönster genom att främja mer adaptiv känsloreglering. Patienterna som deltog i denna studie har genomgått ERGT vid mottagningen för Dialektisk Beteende Terapi på en psykiatrisk klinik i södra Sverige. Denna studie är en före och eftermätning och har utförts som ett led i ett kvalitetssäkringsarbete vid den aktuella psykiatriska kliniken. Studien ämnar undersöka vilka förändringar som sker i känsloreglering i samband med ERGT-behandling om patienternas förekomst av självdestruktiva beteenden och deras välbefinnande ändrats efter behandlingen. Data från självskattningsformulär som avsåg att mäta känsloreglering, välbefinnande och förekomst av självdestruktiva beteenden och som administrerats av terapeuterna vid DBT-mottagningen har analyserats. Sammanfattningsvis framkommer det i denna studie förändringar i känsloreglering i samband med ERGT-behandling. De mest påtagliga är att deltagarna har ökat sin förmåga till känsloreglering genom att förbättra sin kapacitet till målinriktat beteende, till bättre impuls kontroll och till att kunna tillämpa mer adaptiva hanteringsstrategier vid förekomst av negativ affekt.

*Nyckelbegrepp:* Emotion Regulation Group Therapy, dysfunktionell emotionsreglering, avsiktligt icke-suicidalt självskadebeteende, självdestruktiva beteenden, känsloreglering, känslomässigt undvikande, välbefinnande, DERS, BSL-beteendesupplement

## **Abstract**

ERGT is a group treatment currently given to patients in psychiatric outpatients care in Sweden, which aims to help patients reduce the use of destructive behavior patterns by promoting more adaptive emotional regulation. Patients who participated in this study have undergone ERGT at the department of Dialectic Behavior Therapy at a psychiatric clinic in southern Sweden. This study makes use of a pre- and post-measurement and has been performed as part of a quality assurance work at the current psychiatric clinic. The study aims at investigating the changes in emotional regulation associated with ERGT treatment and the patients' change of self-destructive behaviors and their well-being. Data from self-assessment forms aimed at measuring emotional regulation, well-being and occurrence of self-destructive behaviors and administered by the therapists at the DBT department have been analyzed. In summary, this study reveals changes in emotional regulation in connection with ERGT treatment. The most obvious is that participants have increased their ability to feel emotional regulation by improving their capacity for targeted behavior, improved impulse control, and to apply more adaptive management strategies in the presence of negative emotions.

*Key concepts:* Emotion Regulation Group Therapy, Dysfunctional Emotion Control, Intentional Non-Suicidal Self-Injury, Self-Destructive Behavior, Emotion, Emotional Disease, Well-being, DERS, BSL Behavior Supplement

## Innehållsförteckning

INLEDNING OCH TEORETISKA REFLEKTIONER.....	4
ERGT.....	4
<i>Struktur och innehåll i ERGT</i> .....	5
<i>Känslors funktion och användbarhet</i> .....	5
<i>Paradoxala konsekvenser av känslomässigt undvikande</i> .....	5
<i>Kontroll av beteendet, inte kontroll av känslor</i> .....	6
<i>Villighet som ett aktivt val, som möjlighet i varje givet ögonblick</i> .....	6
<i>Betona process istället för utfall</i> .....	6
Konceptet emotionsreglering.....	7
Gross modell av emotionsreglering.....	7
Svårigheter med emotionsreglering.....	8
Emotionsreglering och självskadebeteende.....	9
Tidigare forskning.....	10
Studiens syfte och frågeställningar.....	13
METOD.....	14
Deltagare i studien.....	14
Mätinstrument.....	14
Procedur.....	16
Reliabel förändring.....	16
Etiska överväganden.....	16
RESULTAT.....	17
Bortfallsanalys.....	17
Utfall.....	17
DISKUSSION.....	26
REFERENSER.....	32

## **Inledning och teoretiska reflektioner**

Idag finns en växande teoretisk flora kring den centrala roll som emotionsreglering spelar i praktisk taget all psykiatrisk problematik. Nyare forskning har visat att svårigheter med att kunna reglera emotioner inte bara kan vara vad som ligger bakom olika personlighetssyndrom, utan även en rad andra tillstånd och maladaptiva beteendemönster. Att kunna reglera känslor möjliggör att interagera på ett funktionellt sätt med sig själv, med andra och med olika slags situationer (Dadamo, Grecucci, Giardini, Ugolini, Carmelita, & Panzeri, 2016). Utifrån en sådan beskrivning kan man undra om att hjälpa patienter till att bättre kunna reglera känslor faktiskt är en av de viktigaste uppgifterna för psykiatriskt behandlingsarbete? I vårt arbete i den psykiatriska öppenvården för vuxna i Lund stöter vi dagligen på vilka konsekvenser bristande förmåga till emotionsreglering har för våra patienter, inte minst vad gäller bruket av självdestruktivt beteende för att bättre stå ut med inre smärta. Utifrån våra erfarenheter har vi kommit att börja intressera oss allt mer för vad som kan hjälpa dessa patienter mest effektivt.

Emotion Regulation Group Therapy, ERGT (Gratz, 2001) är en gruppbehandling som idag ges till patienter i den psykiatriska öppenvården och som särskilt fokuserar på att hjälpa patienter till bättre emotionsreglering och till minskad användning av destruktiva hanteringsstrategier. Metoden har i studier visat sig vara effektiv (Gratz, Levy & Tull, 2014) och vi har valt att fördjupa oss i dess effekter och verkningsmekanismer för att bättre förstå hur vi kan fortsätta att hjälpa patienter med emotionell dysreglering på bästa sätt.

Fortsättningsvis i denna uppsats kommer vi att tillämpa begreppen känsla och emotion synonymt liksom begreppen känsloreglering och emotionsreglering.

### **ERGT**

ERGT är en övergripande behandling av emotionell dysreglering, känslomässigt undvikande och självskadebeteende (Gratz, 2001). Metoden utvecklades för att lära patienter med självskadebeteende ett mer adaptivt sätt att hantera sina känslor och därigenom minska frekvensen av självskadebeteende. I ERGT utgår man ifrån att självskadebeteendet fyller en känsloreglerande funktion. Individens självskadebeteende kan ses som ett sätt att undvika obehagliga inre upplevelser (Gratz & Gunderson, 2006). Behandlingen är främst inspirerad av DBT, Dialektisk Beteendeterapi (Linehan, 1993) och ACT, Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). I behandlingen integreras psykoedukation om känslor, att observera och beskriva känslor samt vara medkännande med sig själv, med acceptansbaserade strategier såsom att uppleva känslor utan att behöva agera på dem.

Syftet med behandlingen är således att minska frekvensen av självskadebeteende genom att öka förmågan till adaptiv känsloreglering. I ERGT definieras känsloreglering (Gratz & Roemer, 2004) som ett multidimensionellt konstrukt bestående av:

1. medvetenhet, förståelse och acceptans av känslor
2. förmåga att engagera sig i ett målinriktat beteende och hämma impulsiva beteenden när man upplever negativa känslor
3. flexibel användning av situationsanpassade strategier för att reglera intensiteten och/eller varaktigheten av känsloreaktioner, snarare än helt eliminera känslor
4. villighet att uppleva negativa känslor som en del i genomförandet av meningsfulla aktiviteter

Brister i någon av dessa fyra domäner anses vara indikationer på emotionell dysreglering (Gratz & Roemer, 2004). Genom att stärka individens förmåga till emotionsreglering kan de vidmakthållande processerna bakom självskada ersättas med mer emotionsreglerande och sociala strategier. Metoden har på kort tid blivit ett lovande alternativ till DBT och Mentaliseringsbaserad terapi. Jämfört med dessa behandlingar är ERGT kortare, mindre kostsam och vänder sig till alla som har ett självskadebeteende, oavsett komorbiditet eller uppfyllande av diagnosen Borderline Personlighetssyndrom, BPS. Behandlingen är också lättare att genomföra i en klinisk miljö då den inte kräver ett behandlingsteam liknande DBT (Nationella Självskadeprojektet, 2017).

**Struktur och innehåll i ERGT.** Behandlingen sträcker sig över 16 veckor, gärna med intervall av en session per vecka. Varje session är 2 timmar lång. Behandlingen sker i grupp med 5-8 deltagare. Terapin utformades som en tilläggsbehandling till en individuell kontakt. Det är dock inte specificerat vilken inriktning eller vilken intensitet den individuella kontakten skall ha. Följande teman sträcker sig genom behandlingen (Gratz 2016):

**Känslors funktion och användbarhet.** Behandlingen inleds med en psykoedukativ del om att känslor innehåller viktig information om omgivningen och att denna information är viktig vägledning för att agera adaptivt, effektivt och smidigt i förhållande till vår omgivning. Patienten lär sig att registrera sina känslor, se vilken funktion de fyller och hur de kan agera på samt uttrycka dessa känslor.

**Paradoxala konsekvenser av känslomässigt undvikande.** Hypotesen kring patienter som självskadar är att de har ett stort mått av känslomässigt undvikande. I ERGT betonar man att känslomässig icke-acceptans och undvikande leder till att negativa känslor ökar i styrka.

Den icke-accepterande hållningen bidrar också till att känslorna upplevs som oönskade och negativa, att det bästa vore om de inte alls fanns. Det görs en distinktion, som lånas från ACT, mellan *känslomässig smärta* och *känslomässigt lidande*. Känslomässig smärta är en nödvändig del av livet och kan inte undvikas. Känslomässigt lidande är en blandning mellan misslyckade försök att kontrollera eller undvika känslor och sekundära känsloreaktioner. Sekundära känsloreaktioner är känslor som uppkommer då hen inte accepterat de primära känslorna. Om individen kan öka sin villighet inför att känna känslor så minskar det känslomässiga lidandet. Även om acceptansen inte nödvändigtvis minskar intensiteten i känslan så hindras känslan från att eskalera ytterligare.

**Kontroll av beteendet, inte kontroll av känslor.** I ERGT betonar man starkt att försök till kontroll av känslor ger motsatt effekt. Då ökar känslorna både i intensitet och duration. Vad som behöver kontrolleras är dock hur vi uttrycker känslorna och hur vi handlar utifrån den information vi får av känslorna. Hypotesen är att känslorna kommer att uppfattas som mindre okontrollerbara om vi lär oss att kontrollera våra beteenden och upphör med direkta försök att kontrollera känslorna.

**Villighet som ett aktivt val, som möjlighet i varje givet ögonblick.** ERGT förespråkar villighet i att uppleva känslorna då det minskar det känslomässiga lidandet och gör att det är lättare att agera i värderad riktning. I varje givet ögonblick går det att välja villighet. Ett mål i behandlingen är att bli medveten om att dessa alternativ finns. Sedan kan individen välja bort villigheten, för att i nästa stund åter välja den. Ingen förväntas välja villighet varje gång. Det långsiktiga målet är att välja villighet oftare. Man jobbar med att identifiera inre och yttre hinder och hur patienten kan jobba med dessa genom att använda sig av sin värderade riktning. Varje enskild handling och val är av betydelse.

**Betona process istället för utfall.** Att ändra förhållningssätt till sina känslor är en process. De första stegen är att bli medveten om sina mönster och de val de gör varje dag samt att se att det finns olika alternativ till dessa val. Behandlingen fokuserar på att göra ett åtagande i värderad riktning. Patienten skall röra sig i riktning mot sina värderingar i stället för att fokusera på utfall.

Behandlarna uppmanas att själva stå som rollmodeller under behandlingen. Det kan vara genom att validera deltagarnas upplevelser, sätta ord på sina egna känsloupplevelser samt acceptera villighet och acceptans i behandlingssituationen. Det kan gälla såväl situationer som uppkommer under behandlingen som situationer som uppkommer i behandlarens övriga liv.

Syftet är att understryka det allmängiltiga i denna problematik. Behandlingen består både av psykoedukation och praktiska övningar. Det är nya färdigheter som skall läras in och individerna behöver öva dessa färdigheter i sitt vardagliga liv. Hemuppgifter fyller således en viktig funktion och en betydande del av varje session ägnas åt redovisning av hemuppgifterna. Deltagarna får också inför varje session fylla i ett registreringsblad, som återfinns i manualen, för självskadeimpulser Gratz (2016).

### **Konceptet emotionsreglering**

Emotionsreglering har på senare tid blivit ett allt mer centralt begrepp inom psykologin. Det antagande som tidigare varit gällande inom psykologin om att god emotionsreglering är detsamma som kontroll och reduktion av negativa känslor har på senare tid kommit att förändras. Forskning visar att försök att undvika inre oönskade upplevelser har en paradoxal effekt och kan ligga bakom flertalet psykiska störningar (Gratz & Roemer, 2004). Allt mer forskning tyder också på att detta antagande även gäller känslor och att det är förenat med ökade negativa känsloupplevelser när man försöker att undertrycka eller kontrollera dessa (Werner & Gross, 2010). Istället är det de definitioner av känsloreglering som betraktar känsloreglering som förmågan till att kontrollera och styra beteendet då man upplever negativa känslor som idag är mest överensstämmande med vad forskningen visar (Gratz, 2006). Att lära patienter att tillämpa andra mer adaptiva beteenden då de upplever starka negativa känslor, såsom man gör i ERGT enligt beskrivningen ovan, ter sig utifrån denna definition av vad god känsloreglering är - som ytterst viktigt (Gratz, 2006).

### **Gross modell av emotionsreglering**

Utifrån Gross processmodell (Gross, 1998) kan emotionsreglering beskrivas som en process som i sig kan delas upp i två olika typer, *antecedentstyrd* och *responsstyrd* emotionsreglering (Werner & Gross, 2010). Med antecedentstyrd känsloreglering menas de strategier som föregår upplevelsen av själva känslan såsom t ex 1) undvikande av en viss situation, 2) att man förändrar aspekter av situationen för att påverka känslan, 3) hur man fokuserar sin uppmärksamhet, t ex genom att distrahera sig själv på olika sätt och 4) hur man kognitivt omvärderar en situation för att på så sätt ge den en annan känslomässig innebörd. Responsstyrd känsloreglering handlar istället om hur man försöker påverka och ändra de beteenderesponser - psykologiska, beteendemässiga, fysiologiska - som uppkommer när man upplever själva känslan, t ex genom att ta ett djupt andetag och försöka slappna av i kroppen är ett sätt att reglera den fysiologiska responsen.



I relation till Gross definition av känsloreglering kan de flesta av de strategier som lärs ut för att förbättra känsloreglering inom DBT sägas tillhöra responsstyrd känsloreglering. Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde och Arntz (2016) beskriver att trots att DBT utvecklades ca två årtionden före Gross processmodell så finns en stark likhet mellan hur emotionsreglering konceptualiseras inom DBT och hur Gross modell beskriver denna reglering.

### **Svårigheter med emotionsreglering**

Werner och Gross (2010) definierar att emotionsreglering blir maladaptiv om den inte bidrar till att ändra den emotionella responsen på det önskade sättet eller ger negativa konsekvenser som överväger de kanske positiva kortsiktiga konsekvenserna och inte leder till att individen agerar i riktning mot de långsiktiga mål och värderingar som hen har. För personer med psykiska problem och psykopatologi kan svårigheter med känsloreglering uppstå när känslor är för intensiva, när man har outvecklade färdigheter till att stå ut med svåra känslor, eller då dessa färdigheter finns men inte kan tillämpas på ett tillräckligt bra sätt. Barlow (2014) betonar att emotionell dysreglering innebär *både* svårigheter att reglera ner såväl som att reglera upp känslor.

Enligt Gratz och Roemer (2004) kan emotionell dysreglering definieras främst utifrån de konsekvenser som kommer av att inte kunna styra sitt beteende vid upplevelse av negativa känslor. Känslomässig dysreglering kan sägas vara problem just inom de fyra domänerna som man försöker förbättra i ERGT, vilka beskrivs ovan. I teorin bakom DBT förklaras problem med responsstyrd känsloreglering med hög känslomässig reaktivitet och sensitivitet för känslor, såväl som bristande färdigheter till att hantera interpersonell interaktion, stå ut med obehag och vara närvarande i nuet (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde & Arntz, 2016). Det framförs vidare att ursprunget till emotionella svårigheter och till bristande kapacitet till känsloreglering finns i en invaliderande uppväxtmiljö där individen har kroniska och mycket ensidiga erfarenheter av att få sina känslor ogiltigförklarade. Dadamo et al (2016) menar att dessa traumatiska erfarenheter under uppväxten leder till en bestående sensitivitet i individens centrala nervsystem samt till bristande färdigheter med känslohantering och därför till emotionell dysreglering. Kåver och Nilsonne (2002) beskriver att barnet i en invaliderande uppväxtmiljö inte kan lära sig att identifiera sina känslor eller att reglera dem. Om barnet inte blir hört eller uppmärksammat kanske det måste gå till ytterligheter för att omgivningen ska förstå dess lidande - vilket kan ta sig dramatiska uttryck senare i vuxenlivet.

Ett sätt att reglera känslor som ofta hör samman med psykopatologi är genom upplevelsemässigt undvikande (Boulangerer, Hayes & Pistorello, 2010). Begreppet definieras som en tendens till att undkomma oönskade inre upplevelser, ett slags emotionellt och kognitivt undvikande, genom att försöka kontrollera och undvika inre tankar, känslor och situationer (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Upplevelsemässigt undvikande och hur detta kan motverkas har kommit att utgöra ett centralt tema i vad som kallas tredje vågens KBT och särskilt inom ACT. Hayes har även utvecklat ett instrument, Acceptance and Action Questionnaire AAQ (Hayes et al, 2004), för att mäta upplevelsemässigt undvikande i termer av psykologisk flexibilitet (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Boulangerer, Hayes och Pistorello (2010) menar att det är ett brett definierat begrepp, som handlar om betydligt mer än en emotionsregleringsstrategi, och kan sägas innefatta alla de delar av emotionsreglering som ingår i Gross modell. Författarna beskriver vidare hur sådant undvikande på kort sikt ger fördelar i form av minskad emotionell stress för individen, men är på lång sikt förenat med ännu större svårigheter. Författarna tar även begreppet ett steg längre och menar att vår kultur på många sätt skapar allt mer upplevelsemässigt undvikande samtidigt som världen blir svårare att leva i. De skriver:

Experiential avoidance is arguably one of the most toxic and yet one of the most pervasive behavioral functions known in psychology. Every year the encouragement of experiential avoidance in the media and modern culture grows, and at the same time we are creating a world that is more and more filled with emotionally difficult material. (s. 130)

Gratz och Gunderson (2006) länkar upplevelsemässigt undvikande till ERGT. I de tidiga studierna utvärderade Gratz ERGT även utifrån upplevelsemässigt undvikande, mätt med AAQ, och då upptäcktes att upplevelsemässigt undvikande minskade efter genomgången ERGT-behandling.

### **Emotionsreglering och självskadebeteende**

ERGT, liksom DBT (Kåver & Nilsson, 2002), utgår ifrån antagandet om att förbättrad känsloreglering minskar behovet av att använda självskada som ett sätt att hantera känslor. ERGT som behandlingsmetod kräver inte att patienter har ett aktivt pågående självskadebeteende, men flera av patienterna som ges ERGT i Sverige idag har det (Nationella Självskadeprojektet, 2017). Exempel på mätinstrument som mäter förekomst av självskadebeteende under de senaste sex till fyra månaderna är Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI (Lundh, Karim & Quilisch, 2007). Patienter med borderline

personlighetsstörning eller med en närliggande symtomatologi uppvisar ofta flera destruktiva beteenden, varav avsiktligt icke-suicidalt självskadebeteende är vanligt. Det är också vanligt förekommande i icke-psykiatriska populationer. Ca 15-17% av alla ungdomar beskriver att de någon gång skadat sig avsiktligt (Klonsky, 2009). Vanliga riskfaktorer för att utveckla avsiktligt självskadebeteende beskrivs i litteraturen ofta som beroende på en kombination mellan tidiga miljöfaktorer, såsom t ex en invaliderande uppväxt, och en genetisk predisposition. Stressorer som drabbar en individ tidigt i livet kan leda till neurobiologiska avvikelser såsom ökade stressresponser och minskad aktivitet i frontala kortext. På sikt kan dessa avvikelser bidra till kraftigt ökad reaktivitet och sämre social förmåga (Nock, Prinstein & Sterba, 2009).

Nock, Prinstein och Sterba (2009) beskriver vidare att avsiktligt, icke-suicidalt självskadebeteende vidmakthålls genom fyra olika förstärkningsmekanismer, såväl intrapsykiska som interpersonella: 1) Genom att skada sig kan individens negativa tankar och affekter omedelbart minska - intrapsykisk negativ förstärkning. 2) Efter självskada framkallas positiva, önskade tankar och känslor - intrapsykiskt positiv förstärkning. 3) Självskadebeteendet leder till att en oönskad interpersonell händelse, t ex en konfliktsituation med en partner, minskar - interpersonell negativ förstärkning. 4) Självskadebeteendet följs av en önskad social händelse, t ex uppmärksamhet från partner, - interpersonell positiv förstärkning.

Klonsky (2009) beskriver också flera olika slags funktioner av avsiktligt och icke-suicidalt självskadebeteende; att reglera negativ affekt, att straffa sig själv, att påverka andra, att hantera dissociativa upplevelser, att försöka stå emot suicidala impulser, och att söka spänning. Omfattande forskning visar enligt Klonsky att avsiktligt självskadebeteende framförallt har en nedåt-reglerande effekt på kraftiga negativa emotioner och att den allra vanligaste funktionen med att skada sig avsiktligt är just att försöka reducera kraftigt negativa affekter. Att avsiktligt icke-suicidalt självskadebeteende är mycket vanligt förekommande vid emotionellt instabilt personlighetssyndrom menar Klonsky bero på att tillståndet karaktäriseras bland annat av förekomst av kraftigt negativa affekter.

### **Tidigare forskning**

Det finns fyra publicerade studier om ERGT som alla visar att behandlingen har god effekt och ökar förmågan till emotionsreglering och minskar självskadebeteendet och komorbida symtom. Två RCT-studier och två open trial-studier finns publicerade för ERGT.

Gratz och Gunderson (2006) visar i en första pilotstudie med RCT design att antal självskadebeteenden minskade efter genomförd ERGT behandling. Även på andra emotionsregleringsmått visade ERGT gruppen signifikant bättre resultat än kontrollgruppen: ökad emotionell acceptans, ökad förmåga att handla målinriktat i samband med negativa emotioner, minskad impulsivitet, ökad emotionell medvetenhet och ökad tillgång till emotionsregleringsstrategier. De som genomgått ERGT hade också signifikant bättre resultat på skattningar av depression, ångest och stress.

En större RCT- studie, (Gratz, Levy & Tull 2014), som även inkluderade en 9-månaders uppföljning visade att efter avslutad ERGT behandling hade patienterna signifikant bättre effekt än kontrollgruppen på självskadebeteenden, självdestruktivitet, emotionsreglering, borderlinesymtom, depression, stressymptom och livskvalitet. Vid uppföljningen efter 9 månader var förbättringen ännu större.

Gratz, Dixton-Gordon och Tull (2014) har gjort en medieringsstudie på dessa två behandlingsstudier. Studien visar att förändringarna i självskadebeteende medieras av förändringarna i emotionsreglering. Resultaten visade en minskad emotionell dysreglering hos deltagarna i ERGT som i tid föregick minskningen av självskadebeteendet.

Gratz, Weiss och Tull (2015) har undersökt vilka mekanismer som ligger bakom de bevisade förändringarna i känsloreglering som sker i ERGT. Medieringsanalys visar att efter genomgången ERGT minskar först patienternas kognitiva och affektiva borderlinesymtom, detta påverkar sedan patienternas benägenhet till att självskada. Med kognitiva borderlinesymtom syftar i detta avseende på instabilitet och svårigheter i upplevelse av självbild och identitet. Bateman och Fonagy (2008) menar att funktionen av att självskada är att återskapa en känsla av sammanhängande själv efter en episod när hög grad av emotionell lidande skadat denna känsla av sammanhängande själv. Duncan och Feldman Barret (2007) visar i sin forskning att emotionellt lidande förvärrar kognitiv dysfunktion och Koenigsberg (et al., 2001) visar att det är främst självet som skadas av emotionellt lidande. Gratz, Weiss och Tull (2015) har en hypotes om att behandlingar riktade mot borderlinepatienters kognitiva symtom kan vara särskilt effektiva för att minska självskadebeteende och önskar mer forskning inom detta område.

Inom ramen för Nationella självskadeprojektet gjordes i Sverige under 2013-2015 en stor open trial design-studie med 95 kvinnor på 14 olika kliniker i Sverige (Sahlin et al, 2017). Lund var en av dessa kliniker. Även dessa resultat visade att självskadebeteendet minskar,

självd destruktiva handlingar minskar och förmågan till emotionsreglering ökar efter genomgången behandling med ERGT. Den ökade förmågan till känslorreglering var i en eftermätning signifikanta. I likhet med de andra studierna minskade också depression- och stressymptom hos deltagarna. Deltagarnas interpersonella svårigheter minskade också.

I Lundvik och Nilssons (2016) psykologexamensuppsats undersökte man behandlingseffekterna av ERGT vid psykiatriska öppenvården i Malmö. De övergripande resultaten visade en signifikant förbättring av deltagarnas emotionella reglering mätt med *Difficulties in Emotions Regulation Scale, DERS* (Gratz & Roemer, 2004). Av DERS delskalor visade samtliga på signifikant förbättring i eftermätningen förutom delskalorna *Clarity* och *Awareness*. Studien visade även att resultaten håller i sig 16 månader efter behandlingen. Gällande behandlingens effekt på självskadebeteende kunde inga slutsatser dras då det fanns brister i datainsamlingen och inte fanns något tillförlitligt mått på självskadebeteende.

Det finns metodologiska problem med den forskning som tidigare gjorts. De stora två RCT studier som publicerats är båda genomförda av Gratz forskargrupp, alltså samma forskargrupp som utvecklat behandlingsformen. Sahlin et al (2017) hade ingen kontrollgrupp i sin studie vilket innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet. Författarna tar också upp att en svaghet med denna studie är att det inte genomfördes någon systematisk adherenceskattning under behandlingen, vilket gör det svårt att veta hur pass följsamma behandlarna var till manualen.

Även i Lundvik och Nilssons (2016) studie saknades kontrollgrupp. Att det inte heller gick att dra slutsatser om ERGT:s effekt på självskadebeteende är också en brist. På den klinik där uppsatsförfattarna arbetar har ingen tidigare systematisk kvantitativ utvärdering av ERGT gjorts.

Lundh (2012) har gjort en sammanställning av vad forskningen visar kring behandlingseffekter på självskadebeteenden. I sin slutsats konkluderar han fyra viktiga punkter som bör ingå i en behandling för patienter med självskadebeteenden för att denna skall vara effektiv. Lundh skriver att

Till dessa faktorer hör

- (1) En tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för patienten.

- (2) Ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande terapeutiskt förhållningssätt.
- (3) Ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering.
- (4) Strategier för att motverka risken för iatrogena effekter (s. 69)

Dahlberg och Wetterberg (2016) har i sin psykologexamensuppsats kvalitativt undersökt vad sex individer tyckt varit hjälpsamt i ERGT behandlingen. Dessa individer menar att det har varit viktigt att delta i en grupp där de andra har liknande problem. De menar vidare att terapeuterna förhållningssätt varit viktigt då terapeuterna skapat en jämbördig relation inom gruppen. Individerna lyfter också fram att det varit hjälpsamt att få psykoedukation kring känslor, främst distinktionen mellan primära-sekundära känslor samt klara- grumliga känslor. Inte lika viktiga men ändå av betydelse tyckte individerna att avsnitten om *Känslomässig kontroll och undvikande* samt *Känslomässig villighet och acceptans* som viktiga. Dahlberg och Wetterberg (2016) resonerar kring om det finns kulturella skillnader i vad deltagare i USA och Sverige ser som viktiga ingredienser i behandlingen. Deltagare i studier gjorda i USA lyfte i högre grad fram värderad riktning och känslomässig villighet jämfört med deltagare i studier i Sverige.

### **Studiens syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie är att undersöka hur ERGT som behandlingsmetod påverkar patienternas emotionsreglering, deras självskattade psykiska välbefinnande och deras användning av självdestruktiva beteenden. Mer specifikt önskar vi med denna studie svara på följande frågor:

1. Vilka förändringar sker under behandlingen i patienternas emotionsreglering?
2. Vilken förändring sker under behandlingen i patienternas förekomst av självdestruktiva beteenden?
3. Hur korrelerar förändringarna i avsiktligt icke-suicidalt självskadebeetende med de totala förändringarna i emotionsreglering?
4. Hur korrelerar förändringarna i patienternas skattade välbefinnande med förändringarna i emotionsreglering?
5. Hur många av deltagarna uppvisar en reliabel förändring i emotionsreglering före och efter behandling med ERGT?

## Metod

### Deltagare i studien

De patienter som deltog i denna studie har genomgått ERGT vid mottagningen för Dialektisk Beteende Terapi på psykiatriska kliniken i Lund. Patienterna remitterades till ERGT-behandling från den psykiatriska öppenvården och slutenvården i område Lund. För att utreda om de som remitterades till behandling var lämpliga för denna behandlingsform intervjuades samtliga. För inklusion i behandling skulle patienten ha självskadat minst tre gånger under det senaste året samt ha en pågående parallell individuell behandlingskontakt. Patienten ansågs inte vara lämplig för ERGT-behandling vid förekomst av autism, bipolär sjukdom 1, pågående psykos, pågående allvarligt missbruk, akut suicidrisk och avsaknad av motivation. Merparten av deltagarna var aktuella patienter inom den psykiatriska öppenvården och ett fåtal inom den psykiatriska slutenvården. Urvalet omfattade 34 patienter, en var man och resten kvinnor. Åldersspannet på deltagarna varierade mellan 18 år och 53 år. Medelåldern var 26 år. Sammantaget utgjordes underlaget av 6 ERGT-grupper. Gruppstorleken har varierat mellan 5-7 deltagare per grupp. Terapeuterna som har hållit i behandlingarna har varierat, men har alla varit fast anställda vid DBT-mottagningen och alla har genomgått grundutbildning i ERGT. Varje grupp har letts av minst 2 terapeuter. Av de patienter som påbörjade behandlingen har 4 avbrutit behandlingen i förtid.

### Mätinstrument

*Difficulties in Emotions Regulation Scale, DERS* (Gratz & Roemer, 2004) är ett självskattningsformulär som mäter svårigheter med känsloreglering. Formuläret utgår från Gratz definition av känsloreglering där känsloreglering innefattar a) medvetenhet och förståelse av känslor, b) acceptans av känslor, c) förmåga att engagera sig i målinriktat beteende och d) tillgång till känsloregleringsstrategier som känns effektiva. De olika dimensionerna skall fånga förmågan att flexibelt använda sig av för situationen adekvata strategier för att reglera känslor och impulser.

Formuläret består av 36 frågor som besvaras på en femgradig skala där 1= nästan aldrig, 2= ibland, 3= hälften av tiden, 4= oftast, 5= nästan alltid. Av de 36 frågorna har 11 en omvänd skala. Maxpoängen på formuläret är 180 poäng och minipoängen är 36. Ju högre poäng på DERS desto större svårighet med känsloreglering antas förekomma.

DERS har en god test-retest reliabilitet ( $r = .88$ ) och en hög inre konsistens (Cronbachs alfa = .93) och en adekvat extern validitet. (Gratz & Roemer, 2004). Formuläret har översatts till svenska och använts i Nationella Självskadeprojektets forskning (Sahlin et al, 2017). Gratz och Roemer (2004) gjorde en faktoranalys i samband med att formuläret utvecklades. Då framkom följande faktorer:

*Nonacceptance (6 frågor):* Ett icke-accepterande av emotionella responser. Exempel på frågor är: “När jag är upprörd känns det som jag är svag”. “När jag blir upprörd blir jag irriterad på mig själv för att jag känner så”.

*Goals (5 frågor):* Svårigheter att engageras i ett målinriktat beteende. Exempel på frågor: “När jag blir upprörd, tappar jag känslan av kontroll”. “När jag är upprörd, har jag svårt att tänka på något annat”.

*Impulse (6 frågor):* Svårigheter med impuls kontroll. Exempel på frågor: “När jag blir upprörd tappar jag känslan av kontroll”. “När jag är upprörd har jag svårt att kontrollera mitt beteende”.

*Awareness (6 frågor):* Bristande känslomässig medvetenhet. Exempel på frågor: “Jag lägger märke till hur jag känner mig”. “När jag är upprörd tar jag mig tid att fundera ut vad jag egentligen känner”.

*Strategies (8 frågor):* Begränsad tillgång till strategier för känsloreglering. Exempel på frågor: “När jag är upprörd vet jag att jag så småningom kommer att kunna hitta ett sätt att må bättre”. “När jag är upprörd tror jag inte att det finns något jag kan göra för att jag ska må bättre”.

*Clarity (5 frågor):* Frånvaro av känslomässig klarhet. Exempel på frågor: “Jag är förvirrad över hur jag känner mig”. “Jag har svårt att förstå mig på mina känslor”.

Värt att observera är att delskalorna mäter svårigheter även om det inte framgår av namnet på respektive delskala. Höga poäng betyder således stora svårigheter med emotionsreglering. *BSL-beteendesupplement* till Borderline Symptom List (Wolf, Limberger, Kleindienst, Stieglitz, Domsalla, Philipsen, Steil & Bohus, 2009) är ett självskattningsformulär med 11 items som mäter frekvens av självdestruktiva beteenden samt graden av allmänt välbefinnande under den senaste veckan. De beteenden som mäts är: avsiktlig självskada, suicidförsök, hot om suicid, hetsätning, självframkallad kräkning, riskfyllt beteende överkonsumtion av alkohol, användning av droger, konsumtion av icke



utskrivna mediciner, sexuellt utagerande beteende, och våldsamt beteende. Frekvensen varierar mellan “inte alls” till “dagligen eller oftare”. Graden av allmänt välbefinnande skattas av patienten i procent i en enskild fråga. BSL-supplementet har även använts i självskadeprojektets större behandlingsstudie om effekten av ERGT (Sahlin et al., 2017). Fördelar med supplementet är att det går snabbt att fylla i och ger en tydlig överblick över vilka destruktiva beteenden individen engagerat sig i och hur ofta de förekommit under den senaste veckan.

## **Procedur**

Innan första behandlingstillfället fyllde deltagarna i självskattningsformulären DERS och BSL-beteendesupplementet. Efter sista behandlingstillfället fyllde deltagarna återigen i samma skattningsskalor. Skattningsskalorna skannades in i patienternas journaler av sekreterare vid DBT-mottagningen. Uppsatsförfattarna tog sedan del av det inskannade materialet utan att ta del av patienternas journaltext. Skattningsskalorna avpersonifierades och deltagarna tilldelades ett nummer. Item för item lades in i SPSS. De statistiska beräkningarna gjordes i SPSS.

## **Reliabel förändring**

Reliable Change Index (RCI) är en statistisk metod som används för att beräkna om en given individ har uppnått en statistiskt reliabel förändring i samband med att ha genomgått en behandling (Jacobsson & Truax, 1991). Beräkning av RCI görs enligt en speciell formel för att avgöra om eftermätningen speglar en reliabel förändring (Jacobsson & Truax, 1991). Då vi beräknade RCI gjordes detta utifrån de standardavvikelser som framkommer i Gratz studie (Gratz, 2014), då vi finner att våra deltagare mer liknar de i Gratz kliniska population, än i kontrollgruppen. Utifrån Gratz standardavvikelser och RCI-formeln är det i DERS 18 poäng som krävs för att det ska vara en reliabel förändring.

## **Etiska överväganden**

Skattningsskalorna till uppsatsen hade samlats in i kliniskt syfte av behandlarna inom DBT-teamet och fanns tillgängliga vid uppsatsarbetets inledningsfas. 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. Detta ställde förstås krav på särskilda etiska överväganden. Godkännande från både enhetschefer

och verksamhetsledning inkom innan datainsamlingen påbörjades. Även personal i DBT-teamet tillfrågades och informerades om studien.

All data som presenteras i denna studie är avpersonifierad, patienterna gavs så tidigt som möjligt ett deltagarnummer och all använd information som kräver sekretess har förvarats på ett korrekt sätt, d v s inlåst, och har aldrig lämnat psykiatriska öppenvården i Lund. Skattningsskalorna är inhämtade utifrån inskannat material och uppsatsförfattarna har inte tagit del av individernas journaltext. Uppsatsen innehåller ingen information som kan refereras till någon enskild person. Då uppsatsförfattarna är anställda inom Region Skåne har de lämnat utdrag ur belastningsregistret och skrivit på Region Skånes avtal om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården.

## **Resultat**

### **Bortfallsanalys**

Totalt påbörjade 34 individer behandlingen. Åtta av de 34 hoppade av i förtid och dessa individer har endast gjort förmätning. Med *t*-test analyserades skillnaderna i BSL procent och DERS mellan dem som hoppade av och de som fullföljde behandlingen. Inga signifikanta skillnader mellan de som hoppade av och de som fullföljde kunde ses. En tydlig trend som kunde urskiljas är att de som hoppade av behandlingen skattade sitt välbefinnande högre före behandlingen. De som hoppade av hade också lägre genomsnittliga poäng på delskalorna i DERS samt lägre totalpoäng på DERS.

Sju av individerna missade att fylla i sista sidan av frågeformuläret DERS i förmätningen, antagligen berodde detta på ett administrativt fel i hanteringen av frågeformulären. Två av individerna fyllde inte i sista sidan av DERS på eftermätningen. Enstaka svar som individerna utelämnade korrigerades med imputation. Sammanlagt imputerades fem värden genom att typvärdet räknades ut och lades till.

### **Utfall**

*1. Vilka förändringar sker under behandlingen i patienternas emotionsreglering mätt med DERS i en före- och eftermätning?*

I tabell 1 presenteras resultaten av deltagarnas för- och eftermätningar. På DERS-total är skillnaden signifikant mellan för- och eftermätningen. På delskalenivå är skillnaden

signifikant gällande *Goals*, *Impulse* och *Strategies*. Medelvärdet i förmätningen på DERS är högre än i de internationellt publicerade studier som Gratz gjort (medelvärde 106,81) (Gratz, Weiss & Tull, 2015), men mer i linje med de värden som presenterats i studien gjord av Nationella självskadeprojektet (medelvärde 125,98) (Sahlin et al., 2017) och i studien gjord i Malmö (medelvärde 126,68) (Lundvik & Nilsson, 2016). Skillnaden mellan före- och eftermätning i BSL proc var inte signifikant ( $p = .059$ ) men det fanns en stark tendens till ökat välbefinnande efter genomgången behandling. Vad gäller effektstorlekarna var de stora (Cohens  $d > .80$ ) på DERS totalt och på subskalorna *Strategies*, *Goals* och *Impulse*.

**Tabell 1.** Jämförelse mellan deltagarnas före- och eftermätningar med beroende  $t$ -test.

	Före		Efter		$t$	$df$	$p$	Cohens $d$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$				
DERS total	128,30	15,56	110,53	19,53	4,47	16	,001	1,09
Nonaccept	20,12	5,34	17,71	5,62	1,81	16	,089	0,45
Goals	21,22	2,84	18,78	4,62	2,77	17	,013	0,82
Impulse	21,89	5,60	17,28	5,61	3,94	17	,001	0,82
Awareness	20,11	4,59	18,61	4,34	1,80	17	,090	0,33
Strategies	30,29	4,52	24,35	6,31	4,87	16	,001	1,31
Clarity	15,74	2,97	14,22	4,42	1,59	22	,125	0,51
BSL proc	36,09	18,03	44,35	19,73	-1,99	22	,059	,46

DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale

BSL proc = Borderline Symptom List, beteendesupplement. Upplevt välbefinnande i procent.

2. Vilken förändring sker under behandlingen i patienternas förekomst av självdestruktiva beteenden mätt med BSL-beteendesupplement i en före- och eftermätning?

I deltagarnas skattningar på BSL-beteendesupplement framgår vilka självdestruktiva beteenden som de ägnat sig åt under den senaste veckan. I tabellerna 2-12 visas hur många deltagare som har angett respektive svarsalternativ före och efter behandlingen med ERGT. För att underlätta förståelsen av tabellerna redovisas enbart de individers skattningar som gjort både för- och eftermätning med BSL-supplementet. Jämförelser med icke-parametriska test (Mann-Whitney) visade inga signifikanta förändringar på något item (alla  $p > 0,05$ ). De tendenser som diskuteras nedan handlar alltså inte om några statistiska signifikanta effekter.

I Tabell 2 ser vi att det efter behandlingen är 4 stycken fler deltagare som inte har skadat sig alls under veckan före mättillfället. Det är även färre som skadat sig en gång under veckan. Bland de som skadar sig varje dag har dock skett en ökning från 0 till 2 individer.

**Tabell 2.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 1: *Under den senaste veckan: Skadade jag mig genom att skära mig, bränna mig, strypa mig eller slå huvudet i väggen eller dylikt (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	9	5	7	2	0
Efter	13	1	7	0	2

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

Av tabell 3 framgår det att det innan behandlingen var 20 individer som inte alls berättade att de tänkte ta livet av sig och efter behandlingen var det 17. Samma trend ses i alternativ 1, att innan behandlingen var det 2 individer som berättade att de tänkte ta livet av sig. Efter behandlingen var det 4 individer. Det var alltså fler individer som efter genomgången behandling berättade för sin omgivning att de tänkte ta livet av sig.

**Tabell 3.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 2: *Under den senaste veckan: Berättade jag för andra att jag tänkte ta livet av mig (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	20	2	0	1	0

Efter	17	4	2	0	0
-------	----	---	---	---	---

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

I Tabell 4 ser vi att efter behandlingen var det färre individer som veckan före mättillfället försökte ta livet av sig. Antalet individer som skattat att de gjorde självmordsförsök har minskat med 2.

**Tabell 4.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 3: *Under den senaste veckan: Försökte jag att ta livet av mig (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	21	1	1	0	0
Efter	23	0	0	0	0

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

I Tabell 5 ser vi att individerna hetsäter även efter behandling med ERGT och att de som skattar att de hetsäter ökat med två personer. Nästan hälften av individerna som gjort både för och eftermätning med BSL-supplementet hetsäter, vilket visar att det är ett vanligt förekommande beteende bland patienterna.

**Tabell 5.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 4: *Under den senaste veckan: Hetsåt jag (n = 21)*

	0	1	2	3	4
Före	11	3	3	2	2
Efter	10	7	3	1	0

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

Av tabell 6 framgår att det är liten skillnad vad gäller självframkallad kräkning före och efter behandling. Sammanlagt fyra individer skattar att de har fått sig själv att kräkas, både före och efter behandling. I jämförelse mellan tabell 5 och 6 framgår att betydligt färre individer som skattat att de kräks än de som skattat att de hetsäter.

**Tabell 6.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 5: *Under den senaste veckan: Fick jag mig själv att kräkas (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	19	2	0	1	1
Efter	19	3	0	0	1

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

I tabell 7 framgår att fem individer har uppvisat högriskbeteenden före behandling och sex personer efter.

**Tabell 7.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 6: *Under den senaste veckan: Uppvisade jag hög-riskbeteenden som att köra för fort, springa runt på höga tak, balansera på broräcken o dyl. (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	18	1	4	0	0
Efter	17	2	1	1	2

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

Tabell 8 visar att 5 individer skattat att de blev fulla 1 gång och 2 har skattat att de drack sig fulla 2-3 ggr veckan före mättillfället före behandlingen. Efter behandlingen är det 9 individer som skattat detta, varav 8 blivit fulla 1 gång under veckan före mättillfället och endast en individ 2-3 ggr.

**Tabell 8.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 7: *Under den senaste veckan: Blev jag full (n = 22)*

	0	1	2	3	4
Före	15	5	2	0	0

Efter	13	8	1	0	0
-------	----	---	---	---	---

---

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

Inga deltagare har svarat att de använt droger veckan före mättillfällena före eller efter behandlingen, vilket visas i tabell 9.

**Tabell 9.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 8: *Under den senaste veckan: Tog jag droger (före: n = 22)*

	0	1	2	3	4
Före	22	0	0	0	0
Efter	22	0	0	0	0

---

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

I tabell 10 kan vi se att det är fler personer som skattar att de tagit mer medicin än ordinerat eller medicin som inte ordinerats efter ERGT än före. Den individ som skattat att hen gjorde detta dagligen eller ännu oftare har dock minskat detta beteende.

**Tabell 10.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 9: *Under den senaste veckan: Tog jag mediciner jag inte fått utskrivna av min läkare, eller om min läkare skrivit ut dem så tog jag mer än ordinerad dos (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	18	2	2	0	1
Efter	14	6	3	0	0

---

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

Tabell 11 visar att det är 7 individer som skattar att de fått okontrollerbara ilskebrott eller attackerat andra fysiskt före ERGT-behandlingen varav en individ haft detta dagligen eller ännu oftare. Efter behandlingen har siffran minskat till sex personer och ingen skattar att beteendet förekommit mer än 2-3 ggr under veckan före mättillfället.

**Tabell 11.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 10: *Under den senaste veckan: Fick jag okontrollerade ilskautbrott eller attackerade jag andra fysiskt (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	16	5	1	0	1
Efter	17	4	2	0	0

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

Tabell 12 visar att deltagarna skattat att de ägnat sig åt impulsivt sex i minskad grad efter genomgången ERGT. Av de fyra som skattade att de ägnade sig åt detta före behandling har ingen skattat detta efter.

**Tabell 12.** Svartsfördelning på BSL beteendesupplement fråga 11: *Under den senaste veckan: Hade jag impulsivt sex (n = 23)*

	0	1	2	3	4
Före	19	3	1	0	0
Efter	21	0	0	0	0

0 = inte alls, 1 = en gång, 2 = 2-3 gånger, 3 = 4-6 gånger, 4 = dagligen eller ännu oftare

### *3. Hur korrelerar förändringarna i avsiktligt icke-suicidalt självskadebeteende med de totala förändringarna i emotionsreglering?*

Det finns ingen signifikant korrelation mellan förbättrad emotionsreglering och minskad frekvens av icke-suicidalt, avsiktligt självskadebeteende efter genomgången ERGT-behandling. Utifrån dessa data kan vi alltså inte visa att deltagarnas självskadebeteende minskar då deras emotionsreglering förbättras.

### *4. Hur korrelerar förändringarna i patienternas skattade välbefinnande, mätt med BSL beteendesupplement, med förändringarna i emotionsreglering?*

Patienterna skattade sitt eget välbefinnande i en särskild delfråga på BSL beteendesupplement, mätt i procent. Tabell 13 visar hur förändringarna i patienternas skattade välbefinnande korrelerar med förändringarna i emotionsreglering. Enligt resultatet korrelerar



inte det totala värdet på DERS med förändringen av välbefinnandet på ett signifikant sätt. Den enda delskalan som korrelerade signifikant var *Awareness* där korrelationen var positiv. I detta fall betyder det att ökat välbefinnande skattat med procent i BSL beteendesupplement korrelerar med ökad poäng på *Awareness*, d v s ökade svårigheter med känslomässig medvetenhet.

**Tabell 13.** Korrelationer mellan ökad BSL välbefinnande och minskade svårigheter i emotionsreglering enligt DERS-skalorna.

Skala	BSL procentdiff
DERS total	,470
Nonacceptance	,196
Goals	- ,071
Impulse	,147
Awareness	,585*
Strategies	,423
Clarity	,143

DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale

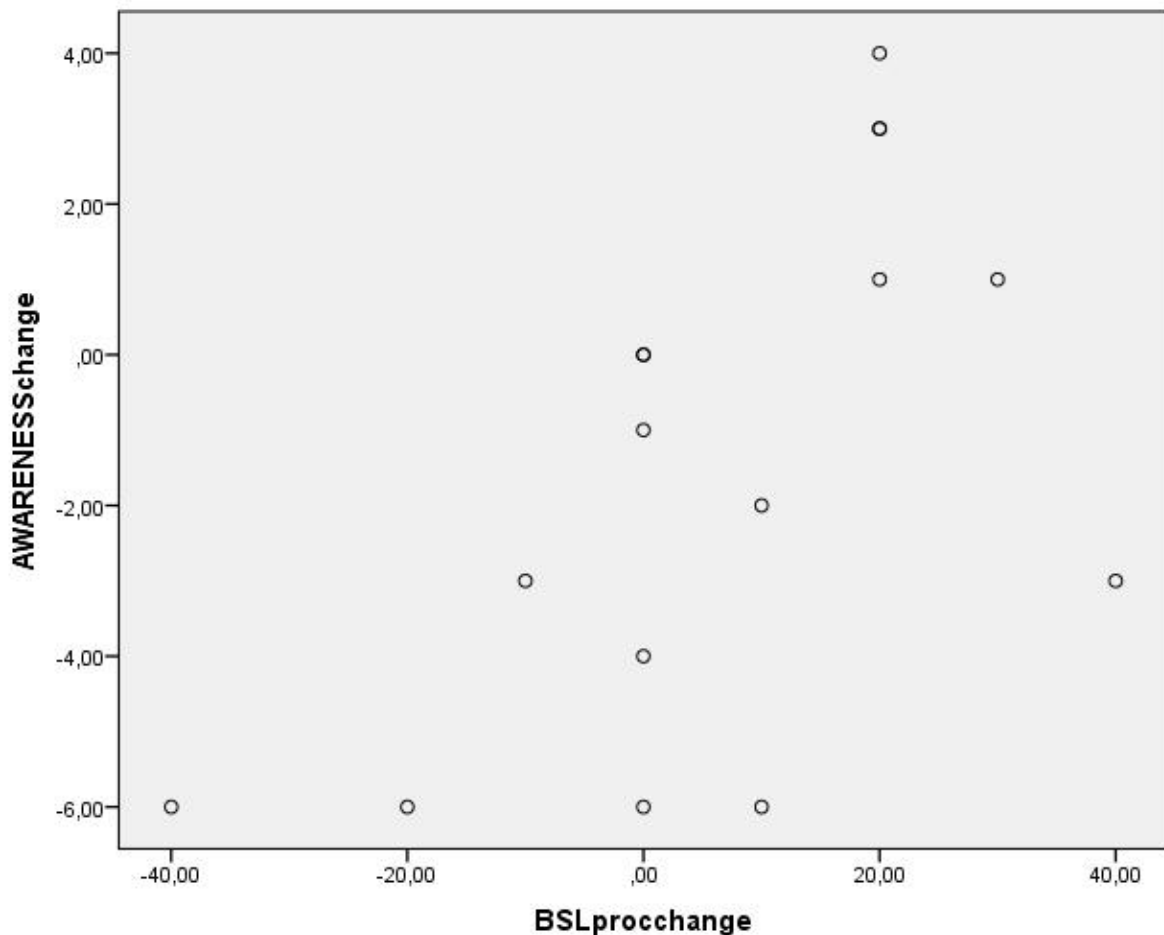
BSL = Borderline Symptom List beteendesupplement

\* =  $p < .05$

I Figur 1 åskådliggörs sambandet mellan förändringen i *Awareness* och förändringen i välbefinnande skattat i BSL-beteendesupplement. Varje punkt motsvarar en individ (eller två individer i de fall punkterna är starkare markerade). Fem individer skattade ett ökat välbefinnande samt ett *ökad* poäng på *Awareness*skalan, d v s *ökade* svårigheter med känslomässig medvetenhet. Tre individer skattar minskat välbefinnande och minskat poäng på *Awareness*skalan, d v s förbättrad känslomässig medvetenhet. Tre individer skattade ingen förändring på välbefinnande, men en förbättrad känslomässig medvetenhet. Två individer

förändrade inte sina skattningar. Endast tre individer skattade ökat välbefinnande och förbättrad förmåga till känslomässig medvetenhet.

**Figur 1.** Punktdiagram över sambandet mellan förändring i Awareness och förändring i BSL-beteendesupplement skattat välbefinnande i procent.



*5. Hur många av deltagarna uppvisar en reliabel förändring i emotionsreglering före och efter ERGT?*

Sju av 17 individer (41 %) uppvisar en reliabel förändring på DERS-totalvärde i positiv riktning, d v s DERS-poängen har minskat med 18 poäng eller mer i eftermätningen. Noll individer uppvisar en reliabel förändring i negativ riktning, d v s att DERS-poängen ökat med 18 poäng eller mer i den andra mätningen. Resultatet betyder att sju individer uppvisar en tydlig förbättring av sin emotionsreglering, mätt med DERS, efter genomförd ERGT-behandling. Några ytterligare patienter var i närheten av en reliabel förbättring: för två individer hade DERS totalpoäng minskat med 16 poäng och för ytterligare en med 14 poäng.

För två individer hade DERS minskat med 12 poäng. För en individ hade DERS totalpoäng ökat med 11 poäng.

## Diskussion

Syftet med föreliggande studie är att bidra till kvalitetsutveckling på den psykiatriska klinik där uppsatsförfattarna arbetar genom att se vilka förändringar som sker i patienternas känsloreglering i samband med den ERGT-behandling som bedrivits i verksamheten. Utvärderingen fokuserade på hur patienternas förmåga till känsloreglering förbättrades efter att ha genomgått ERGT och om förändringar uppstod i självskattat välbefinnande och destruktiva beteenden. Effekterna undersöktes genom att analysera svaren på de självskattningsformulär som delats ut till patienterna före och efter ERGT-behandling. Självskattningsformulären avsåg att mäta känsloreglering, välbefinnande och förekomst av självdestruktiva beteenden.

Uppsatsens första frågeställning ämnade att undersöka vilka förändringar som sker i individernas emotionsreglering mätt med DERS. Studiens resultat pekar mot att patienterna efter behandlingen får en ökad förmåga till känsloreglering. Detta resultat var signifikant. Effektstorlekarna som framkommer i dessa resultat är medelhöga till höga och utfallet följer de resultat på DERS som tidigare ERGT-studierna visar (Gratz, Weiss & Tull, 2015, Sahlin et al., 2017 och Lundvik & Nilsson, 2016), d v s att minskningen i emotionell dysreglering som - formuläret avser att mäta - är signifikant. En viktig reflektion kring detta är att DERS-skalan är konstruerad av Gratz som även står bakom utformningen och utvecklingen av ERGT som behandlingsmetod. En fördel med detta kan vara att skattningsskalan väl avspeglar behandlingens innehåll. Det är dock viktigt att ställa frågan om emotionsreglering också innehåller andra aspekter som ERGT inte behandlar och DERS inte mäter. Gross begrepp *responsstyrd känsloreglering* är t ex något som inte lyfts fram så tydligt och tillämpas i ERGT-metoden. Ett oberoende mått på hur patienternas kapacitet till emotionell reglering förbättras genom behandlingen hade varit viktigt utifrån forskningshänseende och hade ytterligare kunnat stärka den ställning som ERGT har som behandlingsmetod idag.

I denna studie finns det en signifikant förbättring på DERS delskalor *Goals*, *Impulse* och *Strategies*. I Lundvik och Nilssons (2016) studie sågs signifikant förbättring på *Goals*, *Impulse*, *Strategies* och *Non-acceptance*. Detta skiljer sig från resultat som presenteras i Gratz amerikanska studie (Gratz, Weiss & Tull, 2015) där man inte såg en signifikant förbättring på

*Impulse*, men väl på *Goals*, *Strategies* och *Non-acceptance*. Värt att beakta är att det finns ett högre medelvärde av totalvärdet på DERS hos patienterna i denna studie och Lundvik och Nilssons, än hos patienterna som deltog i Gratz studie. Detta indikerar att det finns större svårigheter med emotionsregleringen hos deltagarna i denna och i Lundvik och Nilssons studie. En tanke kring detta är att ju större svårigheter av detta slag patienterna har före behandlingen - ju mer nytta har de av att genomgå ERGT. Medelvärdet på delskalan *Impulse* var högre i vår studie och i Malmöstudien i förmätningen jämfört med i den amerikanska studien, vilket också kan vara en förklaring till att förbättringen blev signifikant. Detta får dock framtida forskning i ämnet belysa.

Lundvik och Nilsson diskuterar kring att ERGT som metod fokuserar mycket på beteendeförändring - vilket författarna menar kunna förklara varför värdena på de mer beteendeariktade delskalorna som mäter svårigheter med impuls kontroll och emotionella strategier förbättras. Vidare menar författarna att *Awareness* och *Clarity* - som mäter mer insiktsbetonade aspekter av emotionsreglering förbättras över tid och inte direkt efter behandlingen. En svaghet med uppsatsens studie är att den inte har någon uppföljningsmätning och om den hade haft det så hade det varit intressant att undersöka hur värdena på *Awareness* och *Clarity* hade förändrats en längre tid efter behandlingen och hur deltagarnas emotionella medvetenhet och emotionella klarhet hade utvecklats över tid.

Som framgår av frågeställning nummer två ämnade denna studie även undersöka hur patienternas förekomst av självdestruktiva beteenden förändrades efter genomgången ERGT. Som mått användes beteendesupplementet till BSL-skalan och som visas i resultaten finns ingen signifikant skillnad mellan före- och eftermätning. Detta kan naturligtvis bero på flera olika faktorer. En tänkbar anledning kan vara att instrumentet enbart frågar efter förekomst av självdestruktiva beteenden under den senaste veckan. För att detta ska ge ett rättvisande resultat krävs att denna vecka är representativ för hur deltagaren har det. Andra instrument som mäter självdestruktiva beteenden, exempelvis DSHI, frågar efter förekomst under t ex det senaste halvåret, eller de senaste fyra månaderna.

En annan möjlig förklaring till att skillnaden inte är signifikant är att BSL beteendesupplement inte mäter vad det avser att mäta. Det kan finnas en risk att individerna tolkar olika begrepp i frågorna olika, t ex vad som menas med "hetsätning". Ytterligare ett exempel som kan riskera att feltolkas är formuleringen "mediciner jag inte fått utskrivna av min läkare". Detta kan tolkas som receptfri medicin, vilket förmodligen inte är avsikten. Ytterligare ett påstående i formuläret som kan tolkas på olika sätt är "berättade jag för andra

att jag tänkte ta livet av mig”. Fler individer svarade jakande på detta påstående efter behandlingen. Detta kan både förstås som om individerna har fler suicidintentioner efter behandlingen *och* som att individerna lärt sig i behandlingen att kommunicera sina destruktiva impulser bättre. Det sistnämnda kan knappast betraktas som något negativt. Utifrån ovanstående resonemang frågar vi oss om beteendesupplementet har en tillförlitlig validitet. I litteraturen återfinns inte heller något stöd för instrumentets validitet eller reliabilitet. Däremot ser man i Sahlins studie (Sahlin et al., 2017) signifikanta minskningar av deltagarnas självdestruktiva beteenden vid användning av detta instrument. Resultaten bibehölls efter sex månader.

Uppsatsens tredje frågeställning, som handlar om hur förändringarna i avsiktligt icke-suicidalt självskadebeteende korrelerar med de totala förändringarna i emotionsreglering, baseras på fråga ett i beteendesupplementet samt på totalpoängen i DERS. I deskriptiva data kan man se att det finns flera individer som efter behandlingen med ERGT har minskat frekvensen av icke-suicidalt självskadebeteende. Lundvik och Nilsson (2016) ser liknande förändring i sina resultat men de betonar att detta är svårt att mäta då de har stort bortfall i sina data. Vad gäller denna frågeställning hade det varit intressant att använda ett annat formulär, exempelvis DSHI, för att mäta frekvensen av självskadebeteenden hos patienterna. Möjligtvis hade man då kunnat se mer tydliga korrelationer mellan icke-suicidalt självskadebeteende och förändringar i emotionsreglering.

Angående uppsatsens fjärde frågeställning så inleds BSL-supplementet med att individen får skatta sitt upplevda välbefinnande under den senaste veckan, mätt i procent. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan före- och eftermätningen, men väl en stark tendens till ökat välbefinnande efter behandlingen med ERGT. Inte heller fanns det någon signifikant korrelation mellan hur individerna skattade sitt välbefinnande före och efter ERGT-behandlingen och förändringen i emotionsregleringen mätt med DERS, förutom gällande delskalan *Awareness*. Detta samband var oväntat. Hur kommer det sig att ökade svårigheter med känslomässig medvetenhet korrelerar med ökat välbefinnande? En möjlig förklaring till ett sådant samband kan vara att det är otydligt vad som menas med begreppet välbefinnande i skattningsformuläret. En ytterligare förklaring skulle kunna vara att ju mer deltagarnas känslomässiga medvetenhet ökar desto mer minskar deras undvikandebeteende vilket kan tänkas medföra en ökad känslomässig smärta och faktiskt ett minskat välbefinnande. I Lundvik och Nilssons studie (2016) minskade värdena på *Awareness* över tid och om

uppsatsförfattarnas studie haft en uppföljningsmätning hade det varit intressant att undersöka huruvida individernas välbefinnande ökat om samma trend förelegat.

Vad gäller uppsatsens femte frågeställning, hur många deltagare som uppvisar en reliabel förändring i DERS, är det en betydande andel (41 %) som på ett säkerställt sätt förbättrats i sin emotionsreglering. Värt att notera är att ingen individ uppvisar en reliabel försämring. I denna studie framkommer det alltså att flera av individerna som genomgått ERGT har en betydande positiv förändring i sin förmåga till känsloreglering. Intressant är att fråga sig vad denna positiva förändring kan tänkas bero på? Materialet som ligger till grund för den här studien kan inte ge tydliga svar på denna fråga, men hypoteser kan skapas. Det skulle t ex kunna vara så att under behandlingen med ERGT har individers benägenhet att använda sig av upplevelsemässigt undvikande för att undkomma känslomässigt lidande minskat. Fem teman sträcker sig över ERGT-behandlingen. Samtliga av dessa teman kan tolkas som att syfta till att minska det upplevelsemässiga undvikandet. Gratz och Gunderson (2006) visar också i sin studie att sådant undvikande minskar efter genomgången behandling. Ytterligare en hypotes om vad individernas positiva förändring i känsloregleringsförmåga kan bero på kan handla om den process som Gratz framför att individen minskar sina kognitiva borderline symtom (Gratz, Weiss & Tull, 2015). Gratz menar känsloreglering sker genom att individen minskar sina kognitiva svårigheter och att detta i sin tur ger minskad användning av avsiktlig icke-suicidal självskada. I föreliggande studie finns ingen statistiskt säkerställd förbättring vad gäller individers självskadebeteende. Ett sådant utfall kan delvis bero på avsaknad av ett tillförlitligt mått på självskadebeteende, vilket är en nackdel med denna studie. I en framtida studie kan en annan skattningsskala användas, med dokumenterad validitet och reliabilitet för att komma ifrån detta problem.

En annan förklaring till varför självskadebeteendet inte minskat signifikant kan vara att förändring skett vad gäller individernas kognitiva svårigheter, men ännu inte kunnat skönjas i faktiska beteendemått. Här ser vi en ytterligare anledning till varför det skulle vara intressant med en uppföljande mätning. Det skulle vara värdefullt att i kommande forskning försöka mäta individers förmåga eller kapacitet till att ha en känsla av sammanhållet själv och på detta sätt kunna undersöka samband i känsloreglering mellan kognitiva svårigheter och självskadebeteende. Det skulle även vara intressant att fördjupa förståelsen av hur ERGT skulle kunna vara hjälpsamt i detta avseende.

Utifrån de resultat som presenterats i Dahlberg och Wetterbergs (2016) studie skulle man kunna anta att det även för individerna som ingår i denna studie finns speciella områden

inom ERGT som de uppfattar som särskilt värdefulla. Individerna i Dahlberg och Wetterbergs studie lyfter fram modellinläring som en aspekt de haft särskilt stor behållning av. Kan modellinläring hjälpa individerna till att minska de kognitiva symtomen och öka förmågan till känsla av sammanhållet själv? Vidare lyfte individerna fram de psykoedukativa inslagen kring känslor som viktiga. En hypotes om hur ERGT påverkar känsloreglering kan vara att de psykoedukativa inslagen i ERGT ökar de kognitiva förmågorna så att behovet av att självskada minskar. Det är svårt att uttala sig angående kausaliteten i ovanstående resonemang. Det kan mycket väl vara så att den kognitiva kapaciteten ökar och att det emotionella lidandet därför minskar. En ytterligare hypotes är att ERGT som behandling har en positiv effekt på individens centrala nervsystem så att den sensitivitet som uppstår vid långvariga traumatiska erfarenheter tidigt i livet minskar och att färdigheter till känsloreglering därför kan öka. Men för att sådana samband skall kunna klargöras eller ens börja att förstås krävs studier med inslag både av mätning av tidigare upplevelsers påverkan samt av neurobiologiska testmetoder.

Vad gäller hypoteserna om vad en positiv förändring i samband med ERGT-behandling kan tänkas bero på är ytterligare en viktig tänkbar förklaring det som Lund konkluderar i sin sammanställning från 2012, d v s att ERGT som behandling har visat sig ha flera av de kvalitéer som en framgångsrik behandling mot självskadebeteende ska ha, alltså en tydlig behandlingsstruktur som ger förutsägbarhet och kontinuitet, ett förhållningssätt från terapeuterna som är empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande, ett fokus i metoden som handlar om ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering samt inbyggda strategier för att motverka risken för skadliga effekter av själva behandlingen.

Sammanfattningsvis framkommer det i denna studie flera olika förändringar i känsloreglering i samband med ERGT-behandling. De mest påtagliga är att patienter har ökat sin förmåga till känsloreglering mätt med DERS. Framst avspeglas detta i att när deltagarna är uppfyllda av starka negativa känslor har de ökad förmåga till målinriktat beteende och till impuls kontroll. Deltagarna uppvisar också en förbättrad åtkomst till strategier för att bättre hantera känslor. Hos deltagarna fanns också en stark tendens till ökat välbefinnande efter genomgången ERGT. Det var också 41 % som uppvisade en reliabel förändring till det bättre. Denna studies resultat, brister och nackdelar till trots, stödjer den existerande forskningen om att ERGT är en lovande och effektiv behandlingsmetod för patienter med dysfunktionell känsloreglering.

Mer forskning krävs för att klargöra mer exakta samband om metodens verkningsmekanismer. Intressant är att vidare utreda tesen om att självskadebeteendet minskar då patienternas borderlinerelaterade kognitiva symtom minskar. Inom ERGT görs ingen skillnad mellan emotioner och affekter, någonting det finns en lång forskningstradition inom i andra teorinriktningar kring. Kanske vore det värdefullt att vidare undersöka hur den rika traditionen kring emotioner och effekter kan kopplas ihop med ERGT sätt att se på känslor. Det vore också intressant om framtida forskning kunde undersöka hur ERGT påverkar patienter som upplevt långvarig negativ stress under uppväxten och som har en nedsatt förmåga till känsloreglering. Uppsatsförfattarna ser särskilt att forskning kring ERGT i framtiden bör innehålla långtidsuppföljning, längre än nio månader, för att säkerställa att behandlingseffekterna håller i sig över tid, men att behandlingen som den är idag är av kliniskt relevans för att öka deltagarnas förmåga till god känsloregleringskapacitet.



## Referenser

- Barlow, D. H. (Red.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (5th ed). New York, NY: Guilford Press.
- Bateman, A.W., Fonagy P. (2008) Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.
- Boulanger, J. L, Hayes S. C & Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. I A. M. Kring & D. M. Sloan (Red.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. (pp. 107-136). New York, NY: Guilford Press.
- Dahlberg, A. & Wetterberg, E. (2016) *Emotion Regulation Group Therapy for individuals with Non-Suicidal Self-Injury. A pilot study of six patients with combined quantitative and qualitative methods* (Psykologexamensuppsats), Lunds Universitet, Institutionen för psykologi
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications, *Frontiers in Psychology*, 7: 1987
- Duncan S., Feldman Barrett L. (2007) Affect is a form of cognition: A neurobiological analysis. *Cognition and Emotion*, 21, 1184–1211.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy, *Frontiers of Psychology*, 7: 2016
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Gratz, K. L. (2016). Emotion Regulation Group Therapy - Vid självskadebeteende, Manual och arbetsblad
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25–35.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change* (pp. 107–134). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 2014;44:2099–112
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Personality Disorder* 2014;5:97–107
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychiatry*. 2015, June 1; 3: 85–90.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-99
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M. & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 12 – 19.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.

- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, *166*, 260–268.
- Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*, 215–219.
- Koenigsberg H.W., Harvey P.D., Mitropoulou V., New A.S., Goodman M., Silverman J., Siever L.J., et al. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, *15*, 358–370.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lundh, L-G. (2012). *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen*. Hämtad från: <http://nationellasjalvskadeprojektet.se/forskningsrapporter-och-arkivmaterial/ergt-och-erita/referenser/>
- Lundh, L-G., Karim, J., Qulilisch, 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*, 33-41.
- Lundvik, F. & Nilsson, V.(2016). *Behandlingseffekter och patientsynpunkter efter ERGT för självskadebeteende i reguljär psykiatrisk vård (Psykologexamensuppsats)*, Lunds Universitet, Institutionen för psykologi
- Nationella Självskadeprojektet. (2017). Hämtad 7 november 2017, från <http://nationellasjalvskadeprojektet.se/forskningsrapporter-och-arkivmaterial/ergt-och-erita/>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 816–827.

- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz K. L., Tull M. T., Hedman, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L-G., Ijotsson, B., Hellner, C., (2017) Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ Open*, 2017 Oct 5;7(10)
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. I A. M. Kring & D. M. Sloan (Red.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. (pp 13-37). New York, NY: Guilford Press.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59.
- Wolf, M., Limberger, M. F., Kleindienst, N., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Philipsen, A., Steil, R., & Bohus, M., (2009). Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23): Entwicklung und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. *Psychiatrie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 59, 321-324.