

Annika Fältskog-Bergström

Nina Martinsson

# Perfektionism, ångest- och depressionssymtom

Samband före och efter KBT-behandling

Perfectionism and symptoms of anxiety and depression

Correlations before and after CBT-treatment

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet

i kognitiv och beteendearbaserad psykoterapi

90 högskolepoäng

Datum/termin: 2014-05-25 Termin 6

Handledare: Anders Hammarberg

Examinator: Torsten Norlander

### **Sammanfattning**

Personlighetsdraget perfektionism karakteriseras av en tendens att sätta höga mål, höga krav på sin prestation, rädsla att misslyckas och allt-eller-inget-tänkande. Forskning har visat varierande resultat avseende samband mellan perfektionism och olika psykopatologiska tillstånd. Syftet med studien var att belysa sambandet mellan dysfunktionella föreställningar om perfektionism och symtom på ångest och depression före och efter KBT-behandling. Ett underliggande syfte var att undersöka om skattningsformuläret Dysfunctional Attitude Scale-17 (DAS-17) - ett formulär ursprungligen framtaget för att mäta sårbarhet för depression - även samvarierar med ångestsymtom. Skalan består av två subskalor, varav den ena mäter perfektionism. 51 deltagare rekryterades till studien. Symtom på ångest, depression och grad av perfektionism mättes med hjälp av självskattningsformulär före och efter KBT-behandling. Resultaten visade minskning av symtom på ångest, depression och grad av perfektionism efter KBT-behandling. Vidare visade resultaten samband mellan perfektionism och symtom på depression både före och efter behandling. Däremot konstaterades inget samband mellan perfektionism och ångest. Bristen på samband mellan perfektionism och ångest i föreliggande studie skulle kunna förklaras av att DAS-17 endast mäter specifika aspekter av perfektionism kopplade till just depression, eller att formuläret som mäter ångest endast mäter somatiska symtom på ångest.

*Nyckelord:* Dysfunctional Attitude Scale, perfektionism, depression, ångest, samband

### **Abstract**

The personality trait perfectionism is related to high goal-setting, unrealistic demands on oneself, fear of failure and “all-or-nothing” cognitions. Previous research show different results of how perfectionism correlates with different psychopathological states. The aim of the present study was to examine the relationship between perfectionism and symptoms of depression and anxiety before and after CBT-treatment. An underlying aim was to investigate whether the Dysfunctional Attitude Scale-17 (DAS-17) – a scale initially developed to measure vulnerability for developing depression – also is linked to symptoms of anxiety. The scale consists of two subscales, where perfectionism is one. 51 participants were recruited for the study. Symptoms of anxiety, depression and levels of perfectionism were measured in self-assessment forms before and after CBT-treatment. The results showed decreased levels of depression, anxiety and perfectionism after CBT-treatment. Further, the results showed an association between symptoms of depression and level of perfectionism both before and after treatment. No association between symptoms of anxiety and level of perfectionism was found. A hypothesis to explain the lack of correlation between anxiety and perfectionism in the present study, is that DAS-17 only capture certain aspects of perfectionism linked to depression, or that the form used to measure symptoms of anxiety only measures somatic symptoms of anxiety.

*Keywords:* Dysfunctional Attitude Scale, perfectionism, depression, anxiety, correlations

**Förord**

Vi vill tacka vår handledare, Anders Hammarberg, våra familjer, arbetskamrater och inte minst varandra för stöd, peppning och stort tålamod!

## Inledning

I forskning har olika studier visat varierande resultat avseende samband mellan perfektionism och olika psykopatologiska tillstånd, och perfektionism ges olika definitioner. Detta bedöms som problematiskt utifrån att perfektionism verkar vara centralt vid många olika psykopatologiska tillstånd. (Dyck, 1992; Flett & Hewitt, 1991a; Flett & Hewitt, 1991b; Kawamura, Hunt, Frost & DiBartolo, 2001; Young, 1999, Stairs, 2009, under utgivning). Syftet med studien var att belysa samband mellan dysfunktionella föreställningar om perfektionism och symptom på ångest och depression före och efter KBT-behandling. Ett underliggande syfte var att undersöka om skattningsformuläret Dysfunctional Attitude Scale-17 (DAS-17) - ett formulär ursprungligen framtaget för att mäta sårbarhet för depression, även samvarierar med ångest.

## Historik

Betydelsen av kognitiva faktorer för uppkomsten av psykisk ohälsa och olika former psykiska symptom blev inflytelserik under 70-talet, genom den så kallade "kognitiva revolutionen" (Westbrook, Kennerly & Kirk, 2011). Rörelsen uppstod som ett svar på kritik mot beteendeterapin som hade rönt stor framgång från 50-talet och framåt. Beteendeterapin var starkt influerad av behaviouristiska rörelser och fokuserade på observerbara, upprepningsbara associationer mellan stimuli och respons, och hur dessa resulterade i känslomässiga problem. Beteendeterapin hade varit särskilt framgångsrik gällande vissa ångesttillstånd, som fobier och tvångstillstånd, men hade visat sig ha begränsningar när det gällde andra ångest- och depressionstillstånd. I sitt kliniska arbete upptäckte Beck redan under 60-talet ett antal återkommande tanke- och tolkningsmönster, som verkade centrala hos deprimerade patienter (Beck, 1976; Weissman 1979). Beck menade att känslor kan vara följden av att händelser attribueras med mening - tolkas - och att känslomässiga störningar kan uppstå när händelser ges förvrängda, felaktiga tolkningar. Enligt Becks syn på depression hade individer med sårbarhet för depression maladaptiva scheman, ett slags inre kartor över hur vi uppfattar världen, som ligger vilande till dess att stressfulla händelser aktiverar dem. Dessa maladaptiva scheman visade sig genom kognitiva föreställningar som styrde hur en person tolkade händelser och upplevelser. Genom att kartlägga sådana kognitiva föreställningar skulle man kunna fastställa en persons sårbarhet för att utveckla depression, samt förändra dem genom psykoterapi (Beck, 1976; Beck i de Graaf, Roelofs, Huibers, 2009; Weissman 1979).

Becks hypotes har senare vidareutvecklats till att många former av psykopatologi kan vara associerade med karaktäristiska kognitiva förvrängningar, och att det därför är viktigt att ringa in specifika, snarare än generella, dysfunktionella föreställningar och maladaptiva scheman. (Beck, Freeman and Associates, 1990, de Graaf et al, 2009; Dyck, 1992; Kawamura, Hunt, Frost & Marten DiBartolo, 2001; Young 1999; Weissman, 1979)

### **Dysfunctional Attitude Scale**

I ett försök att fastställa just specifika dysfunktionella föreställningar kopplade till depression utvecklade Beck och Weissman 1978 formuläret Dysfunctional Attitude Scale - DAS (Beck & Weissman i de Graaf et al, 2009; Weissman, 1979). Den ursprungliga skalan består av 100 items över dysfunktionella attityder kopplade till sju olika värderingsområden som bedömdes centrala utifrån Becks kognitiva modell av depression – approval, love, achievement, perfectionism, entitlement, omnipotence och autonomy (Weissman i Fischer & Corcoran, 1994). Skalan har dock inte varit särskilt framgångsrik i att fastställa sårbarhet för just depression (Barnett & Gottlieb, Haaga, Dyck & Ernst i Dyck, 1992). I ett flertal studier föreslås att en förklaring kan vara att skalan är för generell för att verkligen spegla Becks stress-sårbarhetsmodell och att personer med sårbarhet för depression kan ha dysfunktionella attityder inom vissa områden, men inte inom andra. (de Graaf et al, 2009; Dyck, 1992)

Ett flertal studier har försökt definiera olika subskalor i DAS. (Cane, Olinger, Gottlieb & Kuiper, 1986; Dyck, 1992; de Graaf et al, 2009) . Cane et al (1986) har genom faktoranalyser funnit en tvåfaktor-modell mest användbar, där Faktor 1 kallas Performance Evaluation och Faktor 2 Approval by others. Dyck har i en studie (1992) utkristalliserat sex subskalor som bedöms kunna mäta mer specifika kognitiva sårbarheter: Impression management, Approval by others, Imperatives, Need to succeed, Pleasing others, Vulnerability, Catastrophising och Dichotomous thinking . Dessa subskalor verkar dock inte vara specifika för just depression, utan i förhållanden till symtom faller de ut i nästan lika hög grad för ångest. Dyck föreslår därför att skalan kanske snarare mäter sårbarhet för att reagera med negativa affekter än sårbarhet för depression specifikt. De Graaf et al (2009) har i en liknande studie föreslagit en tvåfaktor-modell bestående av 17 items ur DAS-A, bestående av subskalorna ”beroende” och ”perfektionism/värdering genom prestation”, som visar god reliabilitet och validitet, samt har signifikant samband med depression. DAS 17 har så vitt författarna känner till, inte kontrollerats

gällande samband med ångesttillstånd, trots att olika versioner av DAS-skalan, och perfektionism specifikt, i flera studier har visat samband inte bara med depression, utan också med olika ångeststörningar och andra psykopatologiska tillstånd (Dyck, 1992; Flett & Hewitt, 1991a; Flett & Hewitt, 1991b; Kawamura et al, 2001; Young 1999).

### **Perfektionism – definitioner och samband**

I en studie av Stairs från 2009 ges en överblick av aktuell forskning kring perfektionism. Stairs konstaterar att det finns en mängd olika definitioner av perfektionism och därmed också en mängd olika skalor för att försöka mäta perfektionism. Detta bedöms som problematiskt, eftersom perfektionism i forskning visat starkt samband med många olika psykopatologiska tillstånd. (Stairs, 2009, under utgivning)

Genom åren har perfektionism givits olika innebörd och definition. I litteraturen betonas dock några viktiga karaktärsdrag, till exempel en tendens att sätta höga mål, höga krav på sin prestation, rädsla att misslyckas och tendens till allt eller inget-tänkande. (Burns, 1980, Hamachek, 1978, Hollender, 1965, Pacht 1984 refererat i Flett et al, 1991a; Frost et al 1990) Slade och Owens (1998) har föreslagit att det kan finnas en hälsosam, adaptiv form och en ohälsosam, maladaptiv form av perfektionism. Personer med positiv perfektionism drivs av positiv förstärkning och en längtan efter framgång, medan personer med ohälsosam/maladaptiv perfektionism drivs av negativ förstärkning och rädsla att misslyckas. Andra forskare ifrågasätter om det verkligen finns en positiv perfektionism (Flett & Hewitt, 2006). Flett och Hewitt menar att begreppet perfektionism endast bör användas i samband med psykopatologi, och att det som andra forskare benämner positiv/adaptiv perfektionism snarare bör benämnas conscientiousness – samvetsgrannhet/pliktrogenhet. Historiskt har perfektionism betraktats som unidimensionellt, och endast inbegripit maladaptiva och intrapersonella aspekter (Burns, 1980). Senare forskare förespråkar ett multidimensionellt perspektiv på perfektionism, som ofta inbegriper både intra- och interpersonella aspekter (Flett & Hewitt, 1991a; Flett & Hewitt, 1991b; Frost et al, 1990), och ibland både positiva och negativa aspekter (Frost et al. 1990). Flett och Hewitt (1991) respektive Frost et al (1990) har utarbetat olika skalor för att mäta perfektionism utifrån sina definitioner – Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS) respektive Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). Frosts skala (1990) baserar sig på fyra aspekter av perfektionism som riktar sig mot självet och två som riktar sig mot föräldrakrav. Hewitt och

Fletts skala (1991) utgår från tre dimensioner av perfektionism - self-oriented, other-oriented och socially prescribed.

Bland annat Kawamura et al har i en studie från 2001 undersökt samband mellan perfektionism och olika ångeststörningar och samtidigt kontrollerat för depression. Man fann stöd för samband mellan både depression och perfektionism och vissa ångeststörningar och perfektionism. Kawamura et al (2001) menar att resultaten indikerar att det finns specifika aspekter av perfektionism som är relaterade till ångest oavsett depression och att en separat aspekt av perfektionism är relaterad till depression oavsett ångest. Flett och Hewitt drar liknande slutsatser i en studie från 2002, där perfektionism kopplas till både åtstörningar, ångesttillstånd och depression (Flett & Hewitt, 2002). I dessa studier har olika skattningsskalor använts för att mäta perfektionism – Kawamura et al (2001) har använt Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) och Flett och Hewitt (2002) har använt Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS). Dessa skalor utgår ifrån ett så kallat multidimensionellt perspektiv på perfektionism. (Flett & Hewitt, 2002; Frost, Lahart, Marten & Rosenblate, 1990; Kawamura et al, 2001) Som redan beskrivits har de Graaf et al (2009) utvecklat en kortversion av Dysfunctional Attitude Scale - DAS-17 - bestående av två subskalor, varav den ena är perfektionism. Skalan har visat signifikant samband med depression, men har inte kontrollerats i förhållande till ångestsymtom. I en artikel från 2002 skriver Hewitt, Flett, Besser, Sherry och McGee att subskalan perfektionism i formuläret DAS kan betraktas som motsvarande self-oriented och socially prescribed perfectionism.

### **Effekt av KBT-behandling vid ångest, depression och perfektionism**

Att KBT-behandling har god effekt vid depressions- och ångesttillstånd fastställs i ett flertal studier (Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995, Dobson, 1989, Hollon & Beck, 1994, Robinson, Berman & Neimeyer, 1990, Westra & Stewart, 1998 i Burns & Spangler, 2001). Effekten av KBT specifikt riktad mot dysfunktionella antaganden och perfektionism, får stöd i olika studier (Burns & Spangler, 2001; Riley, Cooper, Fairburn, Lee & Shafran, 2007). En kvarstående fråga för forskningen är dock att fastställa hur de kausala sambanden ser ut, det vill säga om minskad grad av dysfunktionella antaganden och perfektionism är ett resultat av interventioner specifikt riktade mot dessa, eller om minskningen är ett resultat av att samtidig psykopatologi, så som ångest och depression, minskar. Burns och Spangler (2001) diskuterar



också att det kan finnas en ytterligare, hittills okänd, faktor vid KBT-behandling som samtidigt påverkar psykopatologi och dysfunktionella attityder.

### **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan självskattad perfektionism och självskattade symtom på depression respektive ångest, före och efter KBT-behandling.

Ett underliggande syfte är att undersöka om skattningsformuläret DAS-17 – ursprungligen framtaget för att mäta sårbarhet för depression – även visar samband med ångestsymtom.

Primärt utfallsmått i studien är förändring i grad av självskattade ångest-, depressionsymtom och dysfunktionella antaganden om perfektionism före och efter KBT-behandling.

### **Frågeställningar**

1. Hur påverkas perfektionism och symtom på ångest/depression av KBT-behandling?
2. Finns ett samband mellan grad av perfektionism och depressionssymtom?
3. Finns ett samband mellan grad av perfektionism och ångestsymtom?

### **Hypoteser**

Förväntat resultat var att finna ett samband mellan perfektionism och symtom på depression respektive ångest före och efter KBT-behandling. Därmed förväntades också ett samband mellan formuläret DAS-17 och ångestsymtom. Graden av självskattad perfektionism och självskattade symtom på ångest och depression förväntades minska efter KBT-behandling.

## **Metod**

### **Deltagare**

51 patienter deltog i studien. Dessa genomgick terapi hos studenter på ett legitimationsgrundande psykoterapeutprogram med KBT-inriktning. Patienternas ålder varierade mellan 16 och 57 år. Medelåldern var 28,27 år. Majoriteten var kvinnor (84,3%). 11 patienter var minderåriga och bodde kvar i sin ursprungsfamilj. Av de vuxna patienterna ( $\geq 18$  år) var 37,3% ensamstående och 41,2% hade särboförhållande eller var gifta/sammanboende. Utbildning har mätts i högsta avslutade utbildning. I gruppen grundskola ingår också patienter som på grund av ålder fortfarande går i grundskolan. 41,2% har avslutad gymnasieutbildning och 19,6% har

avslutad universitets-/högskol utbildning. Över 80% av deltagarna hade sysselsättning i form av arbete eller studier. Över hälften av patienterna använde medicinering för psykiska besvär (54,9%).

---

Tabell 1 här

---

### **Terapeuter**

Studenterna hade genomgått grundläggande psykoterapiutbildning, och hade olika grundutbildning; psykolog, socionom, läkare, sjuksköterska, beteendevetare och skötare. Patienterna rekryterades från studenternas arbetsplatser.

Studenterna arbetade på primär- och specialistnivå och med vuxna respektive barn- och ungdomar. I de fall det var svårt att rekrytera lämpliga utbildningspatienter (se inklusions- och exklusionskriterier) på studentens egen arbetsplats, rekryterades patienter från andra verksamheter. Ansvariga vårdgivare för patienterna var Vuxenpsykiatri, Barn- och Ungdomspsykiatri, Habilitering och Primärvård.

---

Tabell 2 här

---

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

Inklusionskriterier var att patienten skulle ha fyllt 16 år och lida av ångest och/eller depressionsproblematik.

Exklusionskriterier var kronisk problematik (>5 år), pågående missbruk och/eller allvarlig personlighetsproblematik (kluster A eller B enligt DSM-IV).

I praktiken uppfyllde inte alla utbildningspatienter samtliga kriterier. Patienter som ej uppfyllde kriterierna exkluderades ur studien. Totalt 60 patienter var aktuella för att påbörja behandling. I studien exkluderades fem patienter pga ålder <16 år och tre patienter exkluderades på grund av personlighetsstörning.

## Design

I studien användes en naturalistisk design, utan kontrollgrupp, med före- och eftermätning av självrapporterade symtom och dysfunktionella antaganden före och efter genomgången KBT-behandling.

## Instrument

**Becks Depression Inventory II (BDI-II).** För att mäta depressiva symtom användes Becks Depression Inventory-II (BDI; Beck, Steer, Ball Ranieri, 1996; Beck, Steer & Brown, 2005). Skalan är andra versionen av en självskattningsskala bestående av 21 items som syftar till att mäta närvaro och allvarlighetsgrad av depressiva symtom. Skalan är en fyrpunktsskala från 0-3, av Likert-typ. Totalpoängen varierar mellan 0 och 63 p. Gränsvärdena för minimal depression är 0-13 p, 14-19 p mild, 20-28 måttlig, 29-63 starkt deprimerad. Skalan är en av världens mest använda för bedömning av depressionsymtom, i såväl klinisk vardag som i forskningssammanhang (Informationsdatabas för formulär – fbanken).

**Becks Anxiety Inventory (BAI).** För att mäta ångestsymtom användes Becks Anxiety Inventory (BAI; Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988; Beck & Steer, 2005). Skalan är en självskattningsskala bestående av 21 items, som syftar till att mäta närvaro och intensitet i ångestsymtom. Skalan är en fyrpunktsskala från 0-3, av Likert-typ. Totalpoängen varierar mellan 0 och 63 p. Gränsvärdena för minimal ångest är 0-7 p, mild ångest 8-15 p, måttlig 16-25 p, stark 26-63 p. Skalan har en god diskriminativ validitet och förmåga att skilja ångest från depression. En kritik som framförts är att formuläret på grund av sin strävan att diskriminera ångest från depression, mest utvärderar somatisk ångest (d v s panikliknande symtom), snarare än generella, stressrelaterade ångestsymtom (Informationsdatabas för formulär – fbanken).

**Dysfunctional Attitude Scale (DAS).** För att mäta närvaro och grad av dysfunktionella antaganden om perfektionsism användes under den första terminen Dysfunctional Attitude Scale 40, DAS 40 (Cane et al, 1986) (se bilaga), som därefter byttes ut mot kortversionen, DAS-17 (de Graaf et al, 2009) (se bilaga). Dysfunctional Attitude Scale togs fram för att mäta närvaro och intensitet i dysfunktionella antaganden kopplade till sårbarhet för depression. Formulären är självskattningsskalor bestående av 40 respektive 17 items. Formulären består av sjupunktsskalor från 1 till 7, av Likert-typ. På DAS 40 varierar totalpoängen mellan 40 och 280 p, och på DAS-17

mellan 17 och 119 p. Högre poäng indikerar högre grad av dysfunktionella antaganden. Formulären är baserade på Becks kognitiva modell och sju huvudsakliga värdesystem: Approval, Love, Achievement, Perfectionism, Entitlement, Omnipotence och Autonomy. DAS 40 innehåller 30 dysfunktionella antaganden och 10 funktionella. En tvåfaktormodell har visat sig mest användbar; faktor 1 – *performance evaluation*, faktor 2 – *approval by others* eller *dependency*. (Cane et al, 1986) Kortversionen DAS-17 innehåller enbart dysfunktionella antaganden inom områdena *perfectionism* och *dependency*. 11 items rör perfektionism och 6 beroende av andra. (de Graaf et al, 2009)

### **Datainsamlingsmetod**

Alla deltagare fick fylla i sju av utbildningen föreskrivna formulär för självskattning i början och slutet av behandling, inklusive skattningsskalorna BAI, BDI och DAS 17/40.

### **Genomförande**

Behandlingen var upplagd med 1 besök/vecka under en termin. Studenterna fick handledning varannan vecka av legitimerad psykoteraapeut/auktoriserad KBT-handledare, i grupper om tre till fyra studenter. Alla behandlingssamtal filmades och delar av filmerna visades vid handledningstillfällena. En gång per termin visade varje student en hel terapisesession, där studenten skattades gällande 12 centrala terapeutfärdigheter med hjälp av skattningsskalan Cognitive Therapy Scale - Revised (CTS-R).

Patienterna fick fylla i av utbildningen föreskrivna paket av skattningsformulär vid behandlingsstart och i slutet av behandlingen. I mitten av behandlingen gjordes en mindre omfattande mätning. Skattningsformulären bestod av sju symtomskalor och formulär för att fånga kognitiva scheman och upplevd livskvalitet. Utöver de i förväg bestämda skattningsformulären hade studenten möjlighet att, i samråd med sin handledare, lägga till ytterligare screeninginstrument.

Studenterna utarbetade under handledning en individuell fallkonceptualisering och behandlingsplanering för varje patient. Behandlingarna utgick ifrån hela eller delar av diagnosspecifika KBT-modeller med god evidens, som individanpassades och, vid behov, kompletterades med ytterligare interventioner utifrån patientens problem och behov. Behandlingarna innehöll varierande delar av kognitiva och beteendearbetade interventioner.

Antalet sessioner patienterna genomgick varierade mellan tre och 18 sessioner. Medeltalet var 12 sessioner (11.8). 40 patienter genomgick behandling ”enligt planering”, det vill säga behandlingen fullföljdes under handledningsterminen. De 11 patienter som inte fullföljde behandling ”enligt planering”, innehåller både rena avhopp från behandling, och fall där behandlingen inte var helt slutförd vid terminsslut, och därför fortsatte efter avslutad handledning. Patienterna behandlades för depression och olika ångesttillstånd. Vid komorbiditet specificerade terapeuten vilken problematik patienten huvudsakligen behandlades för. Större delen av patienterna fick huvudsaklig behandling för någon typ av ångestproblematik (72,5%). 27,5% fick huvudsaklig behandling för depression.

---

Tabell 3 här

---

Skattningsskalor administrerades till patienten av respektive behandlare före och i slutet av behandling. Skattningsskalorna, inklusive subskalor i förekommande fall, har räknades samman av respektive behandlare och rapporterades in till administratör, tillsammans med en sammanfattande fallrapport, för kodning och inläggning i databas.

### **Databearbetning**

Utfall i behandling analyserades med hjälp av t-test (parade mätningar). Samband mellan symtomskattningar och grad av perfektionism före respektive efter behandling, samt samband i behandlingsutfall avseende ångest-/depressionssymtom och grad av perfektionistiska antaganden, analyserades med Pearsons korrelationskoefficient. Statistiska analyser gjordes med hjälp av statistikprogrammet SPSS.

### **Bortfall**

51 patienter ingick i studien. I analysen inkluderades enbart patienter som fyllt i frågeformulären fullständigt. Medelvärdena på skattningsformulären skiljde sig inte åt mellan de som föll bort på grund av exklusionskriterier och de som inkluderades i studien, vilket indikerar att bortfallet inte är selektivt. Inga speciella åtgärder vidtogs för att minska bortfall.

### **Reliabilitet och validitet**

Mätinstrumenten är vedertagna och valida instrument, som används i forskning. Faktorer som kan ha påverkat reliabiliteten var att mätinstrumentet, DAS 40, efter en termin byttes ut mot en kortversion, DAS 17. Respektive behandlare plockade ut de items som ingår i DAS 17, ur DAS 40, och endast skattningarna på dessa items användes i analyserna. Mängden formulär som patienten förväntades fylla i före, i mitten och i slutet av behandlingen – minst sju i början och slutet av behandlingen, samt minst fem i mitten – kan ha lett till en så kallad uttröttnings effekt hos patienten. Patienten är på ett sätt i beroendeställning till sin terapeut, vilket kan ha påverkat hur patienten skattade.

### **Etiska överväganden**

Ingen etikansökan gjordes till etikprövningsnämnden . Deltagarna har informerades muntligen och skriftligen om vad deras medverkan innebar och hur deras uppgifter skulle hanteras.

### **Resultat**

Syftet med studien var att undersöka samband mellan dysfunktionella antaganden om perfektionism och symtom på ångest respektive depression, samt hur dessa påverkades av KBT-behandling. Ett underliggande syfte var att undersöka om skattningsformuläret DAS-17 – ursprungligen framtaget för att mäta sårbarhet för depression – även visar samband med ångestsymtom.

### **Förändring av ångest-, depressionssymtom och perfektionism efter KBT-behandling**

I tabell 4 syns resultaten på respektive instrument före och efter behandling. Resultaten visade minskning av självskattade symtom på ångest, depression och minskning av självskattad perfektionism efter KBT-behandling.

---

Tabell 4 här

---

Parade T-test visade att patienterna rapporterade lägre poäng på BAI ( $t(43)=6.35$ ,  $p<.0001$ ), BDI ( $t(44)=6.91$ ,  $p<.0001$ ) och DAS Perfektionism ( $t(35)=4.62$ ,  $p<.0001$ ) efter genomgången KBT-behandling jämfört med före behandling.

### **Korrelation mellan ångest- och depressiva symtom och perfektionism före KBT-behandling**

I tabell 5 syns resultat av korrelationsberäkningar mellan grad av ångest- och depressiva symtom och perfektionism före behandling. Före behandling sågs ett positivt samband mellan grad av depressiva symtom (BDI) och perfektionism (DAS),  $r_{xy}=0.40$ ,  $p<0.05$ .

Resultatet visade inget samband mellan grad av ångestssymtom (BAI) och perfektionism (DAS).

---

Tabell 5 här

---

### **Korrelation mellan ångest- och depressiva symtom och perfektionism efter KBT-behandling**

I tabell 6 syns resultat av korrelationsberäkningar mellan grad av ångest- och depressiva symtom och perfektionism efter behandling. Efter behandling sågs fortfarande ett positivt samband mellan grad av depressiva symtom (BDI) och perfektionism (DAS),  $r_{xy}=0.52$ ,  $p<0.05$ . Inte heller efter behandling konstaterades något samband mellan grad av ångestsymtom (BAI) och perfektionism (DAS). Som synes fanns en korrelation mellan självskattade depressions- och ångestpoäng.

---

Tabell 6 här

---

## **Diskussion**

Syftet med studien var att undersöka samband mellan perfektionism och symtom på ångest respektive depression, före och efter KBT-behandling. Ett underliggande syfte var att

undersöka om skattningsformuläret DAS-17 – ursprungligen framtaget för att mäta sårbarhet för depression – även visade samband med ångestsymtom. Hypotesen var att finna ett samband mellan perfektionism och symtom på ångest respektive depression före och efter KBT-behandling, och att graden av perfektionism och symtom på ångest och depression skulle minska av KBT-behandling. Därmed förväntades också att det skulle finnas ett samband mellan DAS-17 och ångestsymtom.

Resultaten visade minskning av självskattade symtom på ångest, depression och självskattad perfektionism efter KBT-behandling. Minskning av ångest och depression efter KBT-behandling kan förväntas mot bakgrund av tidigare studier (Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995, Dobson, 1989, Hollon & Beck, 1994, Robinson, Berman & Neimeyer, 1990, Westra & Stewart, 1998 i Burns & Spangler, 2001). Likaså visar tidigare studier att KBT-behandling har god effekt på dysfunktionella antaganden och perfektionism (Burns & Spangler, 2001; Riley et al, 2007). Tidigare forskning har inte kunnat fastställa om minskning av perfektionism efter KBT-behandling är ett resultat av att annan psykopatologi förbättras, eller om det är ett resultat av interventioner riktade specifikt mot att förändra dysfunktionella antaganden och perfektionism, eller om det finns en okänd faktor som påverkar. I aktuell studie fick deltagarna inte enhetlig KBT-behandling och underlaget är litet. I studien har ingen kontrollgrupp använts. Det är därför inte möjligt att dra några slutsatser om kausala samband.

Vidare visade resultaten ett samband mellan perfektionism och symtom på depression både före och efter KBT-behandling, vilket stämmer väl överens med tidigare forskning. Samband mellan perfektionism och depression styrks i flera tidigare studier (Kawamura et al, 2001; Flett & Hewitt, 2002; de Graaf et al 2009, Burns & Spangler, 2001). Burns & Spangler fann i sin studie från 2001 att sambandet mellan depression och perfektionism kvarstod efter KBT-behandling.

Inget samband mellan perfektionism och ångestsymtom konstaterades, varken före eller efter KBT-behandling. Detta skiljer sig från resultat i flera tidigare undersökningar. Flett och Hewitt (2002) och Kawamura et al (2001) har funnit stöd för samband mellan depression och perfektionism, men också mellan perfektionism och olika ångeststörningar, inklusive ätstörning. Flett och Hewitt (2002) och Kawamura et al (2001) menar att resultaten kan indikera att det finns specifika aspekter av perfektionism som är relaterade till depression oavsett ångest, och att specifika aspekter av perfektionism är relaterade till ångest, eller till och med till specifika



ångeststörningar, oavsett depression. I refererade studier användes andra skalor för att mäta perfektionism – Frost Multidimensional Perfectionism Scale (Kawamura et al, 2001) respektive Hewitt Perfectionism scale (Flett och Hewitt, 2002). I litteraturen diskuteras problemet med att en enhetlig definition av perfektionism saknas, vilket avspeglas i att ett flertal olika skattningsskalor för perfektionism utvecklats. En förklaring till aktuella resultat skulle således kunna vara att subskalan perfektionism i DAS 17 endast fångar aspekter av perfektionism som är kopplade till just depression. Eftersom underlaget i den aktuella studien var jämförelsevis litet, var det inte möjligt att titta på samband mellan perfektionism och specifika ångeststörningar.

Ytterligare en förklaring till bristen på samband mellan perfektionism och ångestsymtom skulle kunna ligga i valet av formulär för att mäta ångest. I studien användes formuläret BAI för att mäta ångestsymtom. Skalan har god validitet och förmåga att diskriminera ångest från depression. En kritik som riktats mot skalan är dock att den fokuserar på fysiologiska symtom, snarare än kognitiva (Informationsdatabas för formulär – fbanken). En hypotes kan vara att ångest kopplad till perfektionistiska värderingar genererar mer kognitiva symtom på ångest, i form av ältande, ruminering och oro, än fysiologiska symtom som är tydliga vid till exempel panikångest, agorafobi och hypokondri.

Sammanfattningsvis gav resultaten således inte stöd för ett samband mellan formuläret DAS-17 och ångestsymtom. Dock ger resultaten stöd för en koppling mellan DAS-17 och depression i likhet med de Graafs slutsats (2009).

Det kan konstateras att en majoritet av deltagarna i studien var kvinnor (84,3%). Ålder varierade mellan 16 och 57 år, med en medelålder på 28 år (28,27). Underlaget i studien var jämförelsevis litet. Det var därför inte möjligt att undersöka till exempel könsskillnader, skillnader mellan åldersgrupper eller andra bakgrundsvariabler, så som utbildningsnivå och civilstånd, i förhållande till resultaten. Detta kan ses som en brist i studien. Andra brister i studien är att alla deltagare/patienter inte fick behandling utifrån samma KBT-modell. De individuella behandlingsuppläggen gjordes av respektive student/behandlare och handledare. Det har resulterat i att det varit svårt att kontrollera exakt vilka KBT-modeller behandlingen utgått ifrån och vilka interventioner patienterna fått. Utifrån den handledning studenterna fick, bedöms det dock som säkerställt att deltagarna fick KBT-behandling utifrån god evidens.

Aktuella frågeställningar bedöms ha besvarats i studien. Resultatet av studien ger stöd för delar av hypotesen. Upplägg för fortsatt forskning kan vara att kontrollera subskalan

perfektionism i DAS-17 i förhållande till en ångestskala som mäter mer kognitiva aspekter av ångest, samt skalor som mäter specifika ångeststörningar. Det vore också önskvärt med ett större deltagarunderlag för att kunna analysera betydelsen av bakgrundsfaktorer.

## Referenser

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, Inc.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A.T., Ball, R., Ranieri, W., & Steer, R.A. (1996) Comparison of Beck Depression Inventories –IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Brown, G.K., & Steer, R.A. (2005). *BDI-II: Beck Depression Inventory – Second edition. Manual, Svensk version*. Sandviken: Psykologiförlaget.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (2005). *BAI – Beck Anxiety Inventory. Manual, svensk version*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library.
- Burns, D.D. & Spangler, D.L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 32, 337-369.
- Cane, D.B., Gotlib, I.H., Kuiper, N.A., & Olinger, L.J. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 307-309.
- De Graaf, L.E., Huibers, M.J.H., & Roelofs, J. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 345–355.
- Dyck, M. (1992). Subscales of the Dysfunctional Attitude Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 333-335.
- Fischer, J. & Corcoran, K. (1994). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: The Free Press.
- Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (Eds.). (2002). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: APA.

- Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens dual process modell. *Behaviour Modification*, 30(4), 472-495.
- Frost, R.O., Lahart, C., Marten, P., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98-101.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Besser, A., Sherry, S.B., & McGee, B. (2003) Perfectionism I multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1221-1236.
- Informationsdatabas för formulär – fbanken. *Formulärsammanställning – Beck Anxiety Inventory*. Hämtat 21 april 2014 från Informationsdatabas för formulär – fbanken.se: <http://www.fbanken.se/form/16/beck-anxiety-inventory>
- Informationsdatabas för formulär – fbanken. *Formulärsammanställning – Beck Depression Inventory BDI & BDI-2*. Hämtat 21 april 2014 från Informationsdatabas för formulär – fbanken.se: <http://www.fbanken.se/form/50/beck-depression-inventory>
- Kawamura, K.Y., Hunt, S.L., Frost, R.O., & Marten diBartolo, P. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationship independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 291-301.
- Riley, C., Cooper, Z., Fairburn, C.G., Lee, M., & Shafran, R. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*. 45(9), 2221-2231.
- Slade, P.D. & Owens, R.G. (1998). A dual process modell of perfectionism based on reinforcement theory. *Behaviour Modification*, 22(3), 372-390.
- Stairs,A.M. (2009). Examining the construct of perfectionism: A factor-analytic study. *University of Kentucky Doctoral Dissertations*. Paper 733. Prepublicering online. Hämtad 2014-05-15 från [http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1736&context=gradschool\\_diss](http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1736&context=gradschool_diss)

Weissman, A.N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International Section B Physical Sciences and Engineering*, 40(3-B), 1389.

Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Tabell 1. Patientgruppens bakgrundsdata (N=51)

<b>Variabel</b>		
	<i>År</i>	
<i>Ålder</i>		
Medelvärde	28.27	
Min/Max	16/57	
	<i>N</i>	<i>Procent</i>
<i>Kön</i>		
Man	8	15.7
Kvinna	43	84.3
<i>Civilstatus</i>		
Minderårig	11	21.6
Ensamstående	19	37.3
Särbo	5	9.8
Gift/sambo	16	31.4
<i>Avslutad utbildning</i>		
Grundskola	19	37.3
Gymnasium	21	41.2
Universitet/högskola	10	19.6
Uppgift saknas	1	2
<i>Sysselsättning</i>		
Studerar	20	39.2
Arbetar	22	43.1
Sjukskriven	5	9.8
Föräldraledig	1	2.0
Arbetslös/försörjningsstöd	3	5.9
<i>Medicinering för psykiska besvär</i>		
Ja	28	54.9
Nej	22	43.1
Saknas uppgift	1	2.0

Tabell 2. Antal patienter från respektive ansvarig vårdgivare.

	Antal	Procent
Vuxenpsykiatri	16	31.4
BUP	13	25.5
Habilitering	1	2.0
Primärvård	21	41.2
Total	51	100.0

Tabell 3. Diagnos patienten huvudsakligen behandlats för

	<b>N</b>	<b>Procent</b>
Depression	14	27.5
GAD	10	19.6
Social fobi	7	13.7
Panikångest m agorafobi	3	5.9
Agorafobi (enbart)	4	7.8
OCD	1	2.0
PTSD	1	2.0
Maladaptiv stressreaktion	3	5.9
Ångest UNS	8	15.7
Total	51	100



Tabell 4. Medelvärden för BAI, BDI och DAS Perfektionism före och efter behandling  
(standardavvikelse)

	Före	Efter
BAI	25.4 (11.0)	14.8 (12.5)
BDI	23.4 (11.8)	12.6 (11.8)
DAS - Perfektionism	39.5 (13.8)	30.1 (13.1)

Tabell 5. Korrelation medelvärdespoäng före behandling

Formulär, medelvärdes- poäng före behandling		BAI	BDI	DAS - perfektionism
BAI	Pearson correlation	1		
	Sig. (2-tailed)			
	N	51		
BDI	Pearson correlation	.426**	1	
	Sig. (2-tailed)	.002		
	N	51	51	
DAS – perf	Pearson correlation	.119	.399**	1
	Sig. (2-tailed)	.449	.008	
	N	43	43	43

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Tabell 6. Korrelation medelvärdespoäng summa efter behandling

Formulär		BAI	BDI	DAS - perfektionism
BAI	Pearson correlation	1		
	Sig. (2-tailed)			
	N	44		
BDI	Person correlation	.688**	1	
	Sig. (2-tailed)	.000		
	N	44	45	
DAS – perfektionism	Pearson correlation	.257	.513**	1
	Sig. (2-tailed)	.131	.001	
	N	36	37	37

\*\*Correlation is signifikant at the 0.01 level (2-tailed)

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## DAS

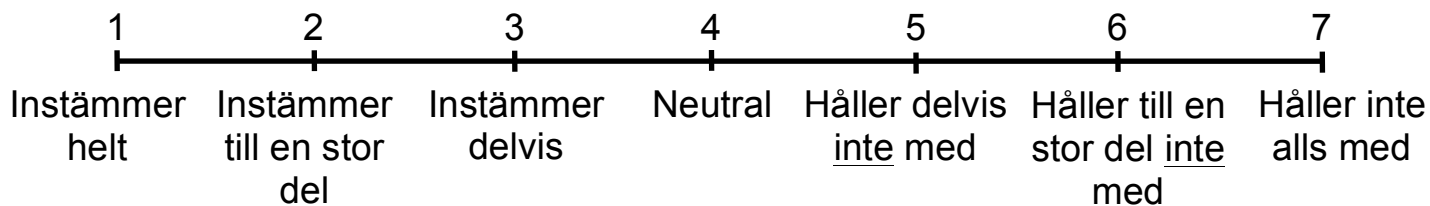
Detta formulär beskriver övertygelser som människor kan ha. Läs varje påstående noga och bestäm sedan hur mycket du instämmer med varje påstående. Svara genom att ringa den siffra som bäst beskriver din övertygelse (se på skalan nedan). Svara inte utifrån hur du förnuftigt vet att det borde vara, utan efter hur du känner i olika situationer.

Var noga med att välja ut endast ett svar för varje övertygelse.

Människor tycker olika och därför finns inte några rätt eller fel svar.

Exempel: 1. De flesta människor är OK, när du väl lärt känna dem.  2 3 4 5 6 7

I exemplet ovan visar markeringen att detta påstående är till en stor del trovärdig för personen som fyllde i formuläret.



1. Det är svårt att bli lycklig om man inte är snygg, är intelligent, rik och kreativ.	1	2	3	4	5	6	7
®2. Lycka handlar mer om hur jag ser på mig själv än om vad andra tycker om mig.	1	2	3	4	5	6	7
3. Folk kommer troligen respektera mig mindre om jag begår ett misstag.	1	2	3	4	5	6	7
4. Om jag inte alltid gör bra ifrån mig kommer folk inte att respektera mig.	1	2	3	4	5	6	7
5. Det är dumt att ta risker hur små de än är, eftersom följderna kan bli en katastrof.	1	2	3	4	5	6	7
®6. Det är möjligt att få en annan persons respekt utan att ha några speciella talanger.	1	2	3	4	5	6	7
7. Jag kan inte känna mig lycklig om inte de flesta människor beundrar mig.	1	2	3	4	5	6	7
8. Om en person ber om hjälp är det ett tecken på svaghet.	1	2	3	4	5	6	7
9. Om jag inte presterar lika bra som andra så innebär det att jag är en sämre människa.	1	2	3	4	5	6	7
10. Om jag misslyckas med något på jobbet så innebär det att jag är misslyckad som människa.	1	2	3	4	5	6	7

**VÄND!**

11. Om jag inte kan göra något riktigt bra så är det ingen mening att göra det alls.	1	2	3	4	5	6	7
®12. Att göra misstag är bra, för att man kan lära sig av dem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Om någon inte håller med mig beror det troligen att han inte gillar mig.	1	2	3	4	5	6	7
14. Om jag misslyckas till en del är det lika illa som att ett fullständigt misslyckande.	1	2	3	4	5	6	7
15. Om andra visste hur jag egentligen är skulle de inte respektera mig.	1	2	3	4	5	6	7
16. Om den jag älskar inte älskar mig är jag inte värd någonting.	1	2	3	4	5	6	7
®17. Man kan ha nöje av en aktivitet oberoende av slutresultatet.	1	2	3	4	5	6	7
18. Folk borde vara rimligt säkra på att lyckas innan de sätter igång med något.	1	2	3	4	5	6	7
19. Mitt värde som människa beror till stor del på vad andra tycker om mig.	1	2	3	4	5	6	7
20. Om jag inte kräver maximalt mycket av mig själv kommer jag sannolikt sluta som en medelmåta.	1	2	3	4	5	6	7
21. Om jag skall kunna bli någon att räkna med måste jag vara enastående bra åtminstone inom något område.	1	2	3	4	5	6	7
22. Människor som har bra idéer är mer värda än de som inte har det.	1	2	3	4	5	6	7
23. Jag skulle ta illa vid mig om jag gjorde ett misstag.	1	2	3	4	5	6	7
®24. Hur jag ser på mig själv är viktigare än vad andra tycker om mig.	1	2	3	4	5	6	7
25. För att vara en god, moralisk och värdefull person, måste jag hjälpa alla som behöver hjälp.	1	2	3	4	5	6	7
26. Om jag ställer en fråga verkar jag mindervärdig.	1	2	3	4	5	6	7
27. Det är fruktansvärt att bli ogillad av personer som är viktiga för en.	1	2	3	4	5	6	7
28. Om man inte har andra människor att förlita sig på är man självfallet ledsen.	1	2	3	4	5	6	7
®29. Jag kan uppnå viktiga mål utan att slita som en slav.	1	2	3	4	5	6	7
®30. Det är möjligt att bli utskälld utan att ta illa upp.	1	2	3	4	5	6	7
31. Jag kan inte lita på andra för att de skulle vara elaka mot mig.	1	2	3	4	5	6	7
32. Om man är illa omtyckt kan man inte vara lycklig.	1	2	3	4	5	6	7
33. Det är bra att bortse från sina egna intressen för att göra andra människor glada.	1	2	3	4	5	6	7
34. Min lycka beror mer på andra människor än på mig själv.	1	2	3	4	5	6	7
®35. Jag behöver inte andras gillande för att vara lycklig.	1	2	3	4	5	6	7
36. Om man undviker problemen så brukar de försvinna.	1	2	3	4	5	6	7
®37. Jag kan vara lycklig även om jag saknar många av de goda sakerna här i livet.	1	2	3	4	5	6	7
38. Vad andra människor tycker om mig är mycket viktigt.	1	2	3	4	5	6	7
39. Att vara isolerad från andra leder till att man är olycklig.	1	2	3	4	5	6	7
®40. Jag kan bli lycklig utan att vara älskad av någon.	1	2	3	4	5	6	7