

Ellinor Ernestad  
Ziba Moradiani

## Upplevd trygghet

DBT-behandling av patienter med borderline  
personlighetsstörning

Perceived security

DBT treatment of patients with borderline personality disorder

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet  
i kognitiv och beteendearikad terapi  
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2014-12-08 termin 6  
Handledare: Torsten Norlander  
Examinator: Anna Söderpalm Gordh

### **Sammanfattning**

Syftet med studien var att undersöka om personer som fått DBT-behandling upplever att deras känsla av trygghet har förbättrats genom behandlingen samt hur upplevelse av trygghet speglas av andra aspekter av upplevd livskvalitet. Med utgångspunkt från en litteraturgenomgång definierades trygghet som: *"att uppleva sig vara fri från oroande eller hotande inslag"*. Deltagare var 23 patienter (2 män och 21 kvinnor) i åldrarna 18 till 57 år som rekryterades från DBT teamen i Halmstad, Varberg, Kungsbacka, Borås och Kungälv. De var alla diagnostiserade borderline personlighetsstörning. En enkät med 22 frågor inom ett antal områden som speglar livskvalitet skickades ut tillsammans med informationsbrev. Tre frågor om trygghet låg inbäddade i enkäten. Resultaten indikerade att deltagarna upplevde sig som tryggare efter genomförd DBT-behandling och att två hälsoaspekter var avgörande för upplevelsen av trygghet, nämligen patienternas psykiska hälsa och hälsa i vidare mening och en majoritet upplevde också avsevärda förbättringar vad gällde just psykisk och allmän hälsa som ett resultat av DBT-behandlingen. En av studiens slutsatser var att genom DBT tränas och utvecklas tillit och förtroende.

*Nyckelord:* Borderline personlighetsstörning, DBT, livskvalitet, trygghet,

### **Abstract**

The purpose of the present study was to investigate whether or not people who received DBT treatment feel if their sense of security has been improved by the treatment and how the perception of security is reflected in other aspects of perceived quality of life. Based on a literature review security was defined as "the experience to be free from disturbing or threatening elements". Participants were 23 patients (2 males and 21 females) aged 18-57 years, recruited from DBT teams in Halmstad, Varberg, Kungsbacka, Borås and Kungälv. They were all diagnosed as having borderline personality disorder. A questionnaire with 22 items covering areas of life quality was posted together with a letter of information. Three items concerning security were embedded in the questionnaire. Results indicated that participants perceived themselves as more secure after the DBT treatment and those two aspects of health was critical for the perception of security, namely the patients' mental health and health in a broader sense and a majority also experienced significant improvements specifically related to mental and general health as a result of the DBT treatment. One of the study's conclusions was that by DBT the patients trained and developed trust and confidence.

*Key words:* Borderline Personality Disorder, DBT, quality of life, safety,

## **Förord**

Vi vill rikta ett varmt och hjärtligt tack till behandlarna i DBT teamen i Borås, Halmstad, Kungsbacka, Kungälv samt Varberg för Er tid och Ert engagemang.

Tack alla deltagare för att ni har delat med er.

Ett särskilt tack till vår handledare Torsten Norlander som med sin omfattande kunskap och sitt tålamod bistått oss med både handledning, vägledning och stöd i vårt arbete med uppsatsen.

## Inledning

Det svenska begreppet ”trygghet” kan beskrivas som ett samlingsbegrepp för fysiska, psykiska och sociala samt existentiella aspekter på välbefinnande (Socialstyrelsen, 2012). Vad som gör att vi känner oss trygga skiljer sig åt mellan olika personer. Att känna sig trygg betyder inte detsamma som att faktiskt vara utom fara. Att faktiskt vara utom fara behöver inte betyda att man känner sig trygg. Begreppet trygg dateras tillbaka till yngre fornsvensk tid och fornsvenskans *trygger; trogen, säker, tryggad* (Nationalencyklopedin, 2014) och begreppet trygghet anses härstamma ur fornsvenskans *trygghet*. Som synonymer till trygghet anger Walter (2008) lugn, ro, säkerhet, skydd och garanti. Att vara trygg anges i första hand som att vara *fri från oroande eller hotande inslag*, i andra hand som en *som inte behöver känna sig oroad eller hotad* och i tredje hand som en *som ger intryck av att vara lugn och obekymrad*.

Björkemarken (2008) analyserade 31 Göteborgska enkätundersökningar som på olika sätt tog upp trygghetsfrågor. Hon konstaterar att trygghet ofta blir synonymt med säkerhet medan andra definitioner av begreppet lätt kommer bort. Hennes egen definition av trygghetsbegrepp är ”fullvärdig medborgarskap”- att kunna vila i sig själv, orientera sig och begärskal sitt liv, bli bra bemött och få bra information, redskap och verktyg. Segesten (1994) delar in begreppet i två dimensioner; (a) trygghet som en känsla och (b) trygghet relaterat till det liv man lever, i interaktion med omvärlden. Trygghetskänslan inbegriper termer som balans, värme, glädje, lycka, lugn, harmoni, själsofrid, fotfäste, tillit, vila, ro och energifrigörelse. I den dimensionen ingår även trygghet som ett inre tillstånd, något som inbegriper gemenskap, tillhörighet, tillåtenhet, ansvar, normer och ideal, samt att kunna erkänna svagheter och ha självtillit. Denna del kan hos vuxna byggas upp genom erfarenhet, positiva upplevelser, medveten bearbetning av otrygghet samt genom att klara av en kris. Trygghet i omvärlden har däremot inget med individen att göra. Denna dimension inbegriper istället kunskap och kontrolltrygghet som innebär att förstå, förutse, hantera och kontrollera tillvaron samt att ha känslan av att inte vara utsatt för hot. Trygghet kan ses både som ett fenomen och en upplevelse eftersom man i den faktiska verkligheten kan finna och skapa förutsättningar för trygghet, men själva tryggheten eller otryggheten, är en upplevelse av den enskilde individen.

Som konstaterat är trygghet ett mångtydigt begrepp vilket speglas i olika studier och undersökningar. Trygghet kan exempelvis associeras med personsäkerhet i studier om miljöundersökningar (Boverket 2010) och vid studier kring vårdkvalitet och behandlingsrelation förknippas trygghet ofta med patientsäkerhet (Andersson & Forsberg, 2012). Vidare kan begreppets innebörd till vårdkvalitet definieras utifrån förutsägbarhet och konsekvens i patientens process (Uhrenfeldt, Aagaard, Hall, Fegran, Spliid, Ludvigsen, Meyer, 2013). En bidragande faktor till patienters känsla av otrygghet har visat sig emellertid hänga ihop med oförutsägbarhet. (Uhrenfeldt et al., 2013) Oförutsägbarhet tar form i att inte säkert veta vad som skall komma, vilket gör att förutsägbarhet förutsätter konsekvens. En ökad konsekvens i rutiner för hantering av patienter och i behandling kommer då innebära en ökad förutsägbarhet för patientens process i helhet från inskrivning vid inläggning till utskrivning vilket också innebär en ökad trygghet. (Uhrenfeldt et al., 2013).

Med utgångspunkt från ovanstående iakttagelser definieras trygghet i den aktuella studien som: ”att uppleva sig vara fri från oroande eller hotande inslag”. Trygghet med dess breda innebörd saknar en direkt översättning till engelskan. Nationalencyklopedin (2014) och Norstedts engelska ordböcker (2014) anger i första hand *security* och *safety* som översättning. För trygghet i avseendet lugn och självtillit anges *confidence* och för självmedvetenhet anges *assurance* (Norstedts engelska ord, 2014).

Den amerikanske psykologen Maslow (1987) presenterade redan 1943 en förklaringsmodell inom psykologin om hur människor prioriterar sina behov. Förklaringsmodellen, bygger på den primära idén om att människan har fem grundläggande behov, definierade i en successiv hierarki. Först i hierarkin placerar Maslow (1987) de fysiologiska behoven som omfattar andning, mat, vatten, sex, sömn, homeostas och exkretion. När dessa är tillgodosedda sätts trygghetsbehoven i fokus (Segesten, 1994). Trygghetsbehoven innefattar en känsla av säkerhet, skydd, stabilitet, tillit och en befrielse från rädsla, ångest och kaos. De övriga behoven utgörs av gemenskap och tillgivenhet, uppskattning och självförverkligande (Maslow, 1987).

Behovet av trygghet är nära förknippat med familj, hälsa och egendom mycket beroende på att andra individer gör människan sårbar. För att behovet skall vara synligt och identifierbart krävs att människan hamnar i någon form av kris, exempelvis ett socialt eller psykologiskt kaos. Det är vid sjukdom och ohälsa patienten förlorar sin normala trygghet och på så sätt

finner sig övergiven (Maslow, 1987). Varje händelse eller förändring som innebär en förlust av trygghet beskriver Segesten (1994) som en störning. Vad den faktiska störningen innebär är förknippat med den individuella upplevelsen. I en del fall kan exempelvis sjukdom ge trygghet genom befrielse från sociala krav och åtaganden. När kraven blir övermäktiga kan sjukdomen ge en möjlighet till flykt, till uppmärksamhet, omhändertagande och därmed ökad trygghet. Människan har en yttersta drivkraft att överleva, vilket kräver adekvata reaktioner på signaler om fara. Känslan av trygghet och otrygghet kan ingå i ett sådant signalsystem. En förklaring till detta kan ligga inom psykoanalysens pleasure-principle. Enligt denna är människans fundamentala drivkraft att söka njutning och undvika smärta. Upplevelsen av trygghet är för många eftersträvansvärd, mycket central, och ses som ett mått på livskvalitet. Eftersom trygghet upplevs som en njutning riktas strävan i denna riktning (Segesten, 1994).

Trygghet kan beskrivas som en viktig aspekt av hälsa och därför kan upplevelsen av trygghet beskrivas med utgångspunkt från Antonovskys (2005) salutogenetiska modell. Denna modell fokuserar inte bara på sjukdom utan har fokus på hälsa samt ser till hela personen. Saker som påverkar personens hälsa är olika stressorer exempelvis skilsmässa, sjukdom, död och brist på trygghet. Personer befinner sig ständigt någonstans mellan hälsa och ohälsa. KASAM står för känsla av sammanhang, och kan liknas vid ett förhållningssätt som beroende på vilken värld av erfarenheter personen vuxit upp med, ser olika ut. Ett svagt respektive starkt KASAM påverkas av var personer befinner sig i sin strävan mot hälsa, samt hur de hanterar olika känslomässiga stressorer för att uppnå trygghet i livet (Antonovsky, 2005)

I psykologin har begreppet trygghet spelat stor roll i utvecklingspsykologin där man funnit att småbarns upplevelse av trygghet är avgörande för deras psykiska hälsa. Sett utifrån anknytningsteorin utvecklas trygghet i anknytning till en vårdare under spädbarns-småbarnstiden (Egidius, 2005). Det är också denna trygga anknytning som är grunden för den personliga trygghet som människor upplever senare i livet (Broberg, Granqvist, Ivarsson, Risholm Mothander, 2006). Den trygga anknytningen kännetecknas av närhetssökande till anknytningspersonen. Denna kommer vid stress, upplevt hot, användas som en ”säker hamn” och vid utforskande som en ”trygg bas”. Utvecklingen utgår från den trygga basen i vilken barnet stöds i sitt utforskande av omvärlden, sina egna tankar och känslor. Barnet får hjälp att organisera och hantera sina känsloreaktioner. Anknytningspersonen förmedlar tröst och skydd för barnet, finns där som en säker hamn. Ser till barnets behov men tar också ansvar och bestämmer för

barnet då det behövs. En persons trygghetskänsla i vuxenlivet bygger på att det finns en förstående person i närheten (Bowlby, 1994).

Psykisk hälsa kan definieras (Egidius, 2005) som frihet från besvär som man brukar karakterisera som psykiska, det vill säga frihet från patologisk ångest, fobier, tvångstankar, hallucinationer, förföljelseidéer, bisarra vanföreställningar och så vidare. Psykisk hälsa består dock inte enbart i frånvaro av besvär och störningar, utan innebär också god psykisk vitalitet, förmåga att gripa sig an arbetsuppgifter, att umgås vänskapligt med andra, att uppleva kärlek och njuta av sällskapsliv och fritidssysselsättningar. Motsatsen blir då psykisk ohälsa som innefattar både de psykiatriska sjukdomstillstånden men också olika personlighetsstörningar (Egidius, 2005). Symtomen varierar och besvären som uppstår kan i sitt förlopp vara alltifrån relativt snabbt övergående, återkommande eller kvarstående med tilltagande försämring. De olika psykiska problem som innefattas av psykisk ohälsa kan vara så allvarliga till sin natur att det både kan leda till uttalat nedsatt funktionsnivå eller död i förtid. Den psykiska ohälsan ökar i Sverige, inte minst bland yngre individer (Psykiatrifonden, 2014). Det är den vanligaste orsaken till att personer står utanför arbetsmarknaden. Var tredje person drabbas någon gång i livet av psykisk ohälsa vilket medför att det är ett mycket större antal människor som kommer beröras antingen direkt eller indirekt av tillståndet. Trots dess vanlighet är det något man inte gärna pratar om (Psykiatrifonden, 2014).

I en översiktsartikel (Jensen & Allen, 1995) med 35 fenomenologiska studier om hälsa visades att hälsa var nära förknippat med välbefinnande och livskvalitet. Det ligger i linje med flera kvantitativa studier som också rapporterar om samband mellan hälsa, livskvalitet och nöjdhet med livet (t.ex. Gerdtham, Johannesson, 2001, Zullig, Valois, Huebner, Dranes, 2005). Ytterligare bekräftelse på sådana samband ges i en översiktsartikel med 38 internationella studier (Hansson, Airaksinen, Forsell, Dalman, 2009) som visade att nedsatt välbefinnande är starkt förknippat med psykisk ohälsa och vid så gott som alla psykiska sjukdomar upplever den drabbade en nedsatt livskvalitet. Sammantaget visar studierna att hälsa kan vara en avgörande faktor för hur nöjd eller missnöjd man upplever sig vara med tillvaron. Det har också framkommit att ett omvänt förhållande kan förekomma (Eriksson & Ålander, 2007), det vill säga att en känsla av nöjdhet förbättrar hälsotillståndet.

Mot den bakgrund som här beskrivits fokuseras nu vidare till individer med emotionell instabil personlighetsstörning (enligt DSM – IV-TR) där särskilt frågor om trygghet och



otrygghet har stor relevans. Enligt detta system behöver man uppfylla de allmänna kriterierna för personlighetsstörning. De lyder enligt följande:

- A.** Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden:
- kognitioner (dvs. sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser)
  - affektivitet (dvs. komplexiteten, intensiteten, labiliteten och orimligheten i det känslomässiga gensvaret)
  - mellanmänniskt samspel.
  - impuls kontroll.
- B.** Det varaktiga mönstret är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang.
- C.** Det varaktiga mönstret leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D.** Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka åtminstone till adolescensen eller tidig vuxenålder.
- E.** Det varaktiga mönstret kan inte bättre förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning.
- F.** Det varaktiga mönstret beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex skalltrauma).

Vidare följer 9 specifika kriterier för just borderline personlighetsstörning med ett mönster av instabilitet i relationer med andra människor, i självbild och affekter, samt markerad impulsivitet med början i tidig vuxen ålder. Detta ska visa sig på olika sätt, varav minst fem av följande:

- Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller inbillade separationer. Observera: Självmords- eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
- Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva relationer med andra människor som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
- Uppvisar identitetsstörning: påtaglig och varaktig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
- Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). Observera: Självmords- eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
- Uppvisar upprepat självmordsbeteende med gester, hot eller självstympande handlingar
- Affektiv instabilitet som kommer av en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv, episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar några timmar och endast i enstaka fall längre än några dagar).
- Kronisk tomhetskänsla.
- Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller svårighet att kontrollera ilska (t ex ofta förekommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
- Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symptom.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en behandlingsmetod för denna personlighetsstörning (Socialstyrelsen, 2014) och i en systematisk översikt genomförd av Cochrane Collaboration (Stoffers, Völm, Rücker, Timmer, Huband, & Lieb, 2012) visades att DBT hade goda effekter i jämförelse med sedvanlig behandling för kärnsymtomen vid emotionell instabil personlighetsstörning samt till för tillståndet associerad problematik som exempelvis missbruk samt depressivitet. Det framfördes också att det behövdes fler studier. Dialektisk beteendeterapi

är en av de terapiformer som brukar kallas ”tredje vågens KBT”. DBT har sin grund i inlärningsteori, kognitiv teori, zenbuddistisk filosofi där träning i medveten närvaro (eng. mindfulness) är centralt samt dialektisk filosofi som spänner mellan de två polerna; acceptans och förändring. Metoden utvecklades av Linehan (1993) och utarbetades ursprungligen för att hjälpa självmordsnära kvinnor med diagnosen borderlinepersonlighetsstörning.

I DBT talar man om den biosociala teorin som åtminstone bidragande orsak till störningen (Linehan, 2000). Med det menas att dessa individer ses som intensiva känslomänniskor som har svårt att hantera egna starka känslomässiga reaktioner. Känslomässigheten anses vara en del i deras medfödda temperament. Svårigheten att hantera känslorna anses även bero på en för personen invaliderande miljö, med vilket menas att det tidigt i livet inte gavs utrymme att lära sig de färdigheter som behövs för att förstå sina reaktioner och att kunna få hjälp att reglera de starka affekter som kan uppstå. Kanske man istället fick höra att reaktionen var fel, att den var för stark i relation till utlösande stimuli och att reaktionen också var allt för ihållande. I en studie som bygger på en granskning av fem bloggar, skrivna av personer med självskadebeteende har man funnit fem kategorier av upplevelser i innehållsanalysen; ångest, uppgivenhet, trygghet, smärta samt att i efterhand begrunda sin situation. Det som skriva om att uppleva trygghet är tillgång till rakbladet. Där självskadebeteendet i sig utgör tryggheten. Men här diskuteras även DBT som haft en god behandlingseffekt med upplevelse av ökad trygghet (Adolfsson & Neureuther, 2014).

Kåver (2011) skriver att flera forskare har intresserat sig för psykoterapeutisk allians, men att begreppen har använts olika. Kåver ser allians som ett paraplybegrepp och under paraplyet hittas flera olika, men relaterade aspekter av det mellanmänskliga samspelet vilka tillsammans bildar alliansen. Här nämns faktorer som en känslomässig terapirelation, trygghet och tillit samt en klart uttalad överenskommelse om mål och metod för att nå målen. Kåver (2011) anser ytterligare att alliansen utgör en förutsättning för förändring och utveckling. Viktigast är patientens upplevelse av trygghet och att patienten vågar öppna sig om det som är smärtsamt och lita på att terapeuten orkar ta emot och arbeta med det. Målet för terapeuten är att upplevas som trygg och pålitligt, vara lyhörd och ärlig samt att tillit och trygghet i relationen är en förutsättning för samarbetet. Detta är egenskaper som lyfts fram i anknytningsteorin som viktiga faktorer för skapandet av anknytning (Bowlby 1994, ss. 171-174). Denna patientgrupp har svårt att känna tillit och det blir därför svårt att få uppriktiga svar på hur patienten upplever till exempel trygghet

före en behandling och före det att en god allians upprättats och därför läggs också mycket kraft på att upprätta alliansen under pågående behandling. Grunden för alliansen läggs under den inledande fasen och att det bästa beviset på god allians är när patienten vågar ta upp om det är något hos terapeuten som stör terapin. Vikten av den inledande fasen kan jämföras med den tidiga barndomen där anknytningsbeteendet ses som särskilt betydelsefullt enligt anknytningsteorin (Broberg et al. 2006, ss. 13-14). Alliansen med patienten är som en bas uppbyggd på anknytning och tillit. Enligt anknytningsteorin är målet för terapin att patienten ska granska sig själv och sina anknytningsgestalter och kunna ompröva de föreställningar som präglat patienten (Bowlby 1994, ss. 173 -174). Med hjälp av anknytningsteorin synliggörs här behovet av nära relationer och relationen mellan barn och förälder. Genom DBT tränas och utvecklas tillit och förtroende för att stärka anknytningsmönster och föra processen framåt.

En frågeställning efter genomförd litteraturgenomgång är hur individer diagnosticerade med borderline med personlighetsstörning (BPD) *efter* genomgången behandling med DBT upplever sin trygghet före och efter behandlingen. Upplever man att den ökat efter genomförd behandling och hur förhåller sig den upplevda tryggheten till andra indikatorer på livskvalitet? Trots omfattande sökningar på databaser har vi inte lyckats med att hitta studier där man speciellt intresserat sig för hur patienter med BPD upplever trygghet kopplat till välbefinnande och livskvalitet efter genomförd DBT. Detta har såvitt vi vet inte tidigare undersökts.

## **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka om personer som fått DBT-behandling upplever att deras känsla av trygghet har förbättrats genom behandlingen samt hur upplevelse av trygghet speglas av andra aspekter av upplevd livskvalitet.

## **Metod**

### **Deltagare**

I studien medverkade 23 patienter (2 män och 21 kvinnor) i åldrarna 18 till 57 år som rekryterades från DBT teamen i Halmstad, Varberg, Kungsbacka, Borås och Kungälv. De var alla efter personlighetstestning diagnosticerade med emotionellt instabil personlighetsstörning, klassificering enligt ICD 10. För diagnos utgår man dock från symtomkriterier i DSM IV, där

diagnosen istället benämns borderline personlighetsstörning. För diagnos personlighetsstörning ska personen uppfylla allmänna diagnostiska kriterier för detta. Därefter ska ett antal beskrivande symtom uppvisas för att individen ska få en specifik personlighetsstörningsdiagnos (se avsnittet Introduktion). Av de totalt 23 patienterna medicinerade 14 medan nio var omedicinerade. Slutligen angav 14 av patienterna att de hade ett arbete medan 9 uppgav att de saknade sysselsättning.

### **Instrument**

En enkät konstruerades för att utreda om patienterna upplevde att deras känsla av trygghet förändrats på grund av behandlingen samt att utifrån subjektiva livskvalitetindikatorer mäta deltagarnas upplevda nöjdhet efter avslutad DBT-behandling. Det fanns tre frågor om trygghet, nämligen ”Hur trygg känner du dig i din miljö?”, ”Hur trygg var du i din miljö före behandlingen” samt ”Hur trygg var du i din miljö efter behandlingen”. De tre frågorna låg inbäddade bland de andra frågorna så att det inte framgick att de skulle ha en särskild roll vid databearbetningen. Utöver de tre trygghetsfrågorna fanns 19 frågor som avhandlade olika aspekter av livskvalitet. Dessa frågor utformades mot bakgrund av vad som framkommit i tidigare forskning gällande hälsorelaterad livskvalitet (Gerdtham & Johannesson, 2001; Zullig, et al., 2005). Svaren angavs som kryss på en VAS-skala (Visual Analogue Scale) med längden en decimeter med de tänkta skalstegen 0-100. Som ”anchor-points” användes tydliga markeringar såsom ”Inte alls – Väldigt mycket”, ”Inte alls nöjd – Mycket nöjd”, och ”Inte alls trygg – Mycket trygg”. Reliabilitetstestning med Guttman Split-Half Coefficient visade ett värde på 0.86, medan Cronbach’s Alpha gav 0.91. Slutligen innehöll även enkäten vissa demografiska data som könsfördelning, åldersintervall, uppgifter kring arbete/sysselsättning samt om medicinering var pågående. De 22 frågorna listas i tabellen (Tabell nr 1) i den ordning som de hade i enkäten samt att där även anges medelvärden och standardavvikelser. Vidare återfinns enkäten i sin helhet i bilaga 1.

### **Design**

De DBT team som deltog i studien arbetar i enlighet med ”standard DBT” vilket innebär att samtliga delar i behandlingsmodellen ingår. Patienten har då individualterapi 1 gång per vecka under ca 45 minuter och dessutom deltar patienten i en så kallad färdighetsgrupp under ca 2-2.5

timmar/vecka. Under period med aktivt självskaðebeteende/självmordsbeteende så kallat Fas ett-  
arbete ingår även möjlighet till telefoncoachning, mellan individualterapeut och patient. Vilka  
betingelser som styr denna behandlingsintervention är väl kommunicerat med patienten i förväg.  
Syftet är att patienten ska be om hjälp innan problembeteende uppstår och att få hjälp att  
generalisera de färdigheter som lärts ut i gruppen. Dessutom ingår det att de behandlare som  
arbetar tillsammans träffas regelbundet i konsultationsteamet för att ta upp problembeteende som  
kan uppstå i behandlingen. Inte bara problembeteende knutet kring patienten utan även  
problembeteende som kan finnas hos behandlaren själv. I färdighetsträningen som oftast sker i  
grupp lär sig individen bland annat att förändra beteenden, reglera känslor, att kunna identifiera  
tankeinhåll som ger upphov till svårigheter och inre smärta. Färdighetsträning innehåller fyra  
moduler, nämligen att (a) kunna vara uppmärksam och närvarande i nuet, (b) kunna skapa och  
vidmakthålla goda relationer till andra, (c) kunna reglera sina känslor, och (d) kunna stå ut i svåra  
situationer utan att ta till destruktiva beteenden.

Det tar cirka ett år att arbeta sig igenom detta material. Ofta kan patienten behöva gå  
igenom materialet två gånger. Samtidigt så går patienten även i individualterapi där det ges hjälp  
och stöd att tillämpa nyvunna färdigheter. I individualterapin är beteendeanalysen central i att  
identifiera problembeteenden, göra kedjeanalyser av dessa som leder fram till att se vad det blir  
för konsekvenser på kort och lång sikt. I beteendeanalysen försöker man tillsammans identifiera  
möjliga triggers som kan ge upphov till olika dysfunktionella beteenden. I analysen  
uppmärksammas eventuella sårbarheter som kan föreligga. Det kan då handla om att personen  
kan ha ätit och/eller sovit för mycket eller för lite. Det kan också handla om att personen kan ha  
använt alkohol eller droger. I kedjeanalysen väver man även in individens tankar, känslor och  
kroppsliga sensationer. Tillsammans ska man hitta möjliga problemlösningsmetoder, som då ofta  
hämtas, från de nya färdigheter som lärts ut i gruppen. Patienter ska på detta sätt få hjälp att hitta  
alternativ till olika dysfunktionella beteenden. Genom att göra dessa kedjeanalyser är syftet att  
personen ska se mönster i egna reaktionssätt och hitta bättre sätt att lösa uppkomna problem än  
att kanske skada sig själv. Behandlingstiden för de personer som deltog i studien varierade från  
enstaka personer som gått ett år i färdighetsgrupp upp till två år för de flesta då också med  
samtidig individualterapi pågående. Denna pågick oftast upp till sex månader efter avslutad  
färdighetsbehandling.

## **Genomförande**

Fem DBT-team i regionen som hade haft patienter i DBT-behandling kontaktades, nämligen teamen i Halmstad, Varberg, Kungsbacka, Borås och Kungälv. I samband med kontakten inhämtades även från respektive teams verksamhetschef samtycke till att studien kunde genomföras i deras team. Det krav som ställdes på urvalet var att samtliga deltagare skulle ha deltagit i DBT behandling. Enkäten konstruerades för utskick med 22 frågor inom ett antal områden som speglar livskvalitet och skickades till totalt sextio personer. Förutom enkäten skickades informationsbrev till deltagarna, där det framgick att de har blivit kontaktade för en planerad studie som vänder sig till personer som gått i DBT och har avslutat sin behandling. I brevet informerades att syftet med studien var att se om deras upplevelse av sin livskvalitet har förändrats efter DBT behandling

Vidare i informationsbrevet framgick att studien pågick i olika DBT team i regionen och för att inte bryta sekretessen har behandlare i respektive DBT team förmedlat kontakten till deltagarna genom att skicka informationsbrev och enkäten. I detta framgick även att deltagandet var både anonymt och frivilligt samt att det inte påverkade eventuell andra pågående behandlingskontakter. Där gavs även information om genomförarna av studien, att studien ingår som ett vetenskapligt arbete inom ramen för psykoteraeututbildning. I brevet förklarades att frågorna i enkäten speglar ett antal områden som speglar livskvalitet. Deltagarna informerades om att de markerar sitt svar på varje fråga genom att göra en streckmarkering på en linje, en så kallad visuell analog skala. Med enkäten fick man frankerade svarskuvert där deltagarna kunde skicka ifylld enkät.

## **Bortfall**

Det planerades bara ett utskick av enkäten och av ett utskick på 60 enkäter erhöles 23 svar d.v.s. 37 svarade inte. Bland de 23 svaren återfanns en enkät ofullständigt ifylld, där svaren på sidan två inte var ifyllda. Varje respektive DBT-team ansvarade för kontakten till sina tidigare patienter, därför vet vi inget om urvalet av deltagare och deras könsfördelning eller vilka som inte svarade enkäten. Det enda krav som ställdes på urvalet var att samtliga deltagare skulle ha deltagit och avslutat DBT behandling.

## Etiska överväganden

För att uppnå full sekretess, ansvarade DBT-teamen för att förmedla enkäten till sina tidigare patienter. Inför den planerade studien inhämtades samtycke från den närmsta chefen på respektive team att genomföra studien på angivet sätt. Deltagarna försäkrades om både anonymitet och frivillighet att delta samt fick information om att det inte påverkade deras pågående behandlingskontakter. Deltagarna fick tillgång till kontaktuppgifter till genomförare av studien samtidigt som deltagarnas personuppgifter skyddades gentemot genomförare eftersom DBT-teamen ansvarade för att förmedla enkät och övriga kontakt. (Bilagor 2, 3, 4)

## Resultat

### Trygghetsfrågorna

Trygghetsfrågorna återkom i enkäten som nr 8, 19 och 20 (se tabell 1). Nummer 19 skulle spegla hur trygg man patienten ansåg sig vara före behandling medan nr 20 skulle ange hur trygg man upplevde sig efter behandling. Nummer 8 däremot skulle spegla hur trygg man kände sig i samband med enkätens ifyllande. Som förväntat korrelerade (Pearson's  $r$ ) upplevelsen av trygghet vid ifyllandet av enkäten med upplevelsen av trygghet *efter* genomförd DBT-behandling ( $r = 0.60, p = 0,003$ ), medan det inte förelåg någon signifikant korrelation mellan upplevelsen av trygghet vid ifyllandet av enkäten och upplevelsen av trygghet *före* genomförd DBT-behandling ( $p = 0,475$ ). Paired Samples t-test (5 % nivå) visade en signifikant skillnad mellan upplevd trygghet före ( $M = 22.57, SD = 21.78$ ) DBT-behandling och upplevd trygghet efter ( $M = 62.65, SD = 26.89$ ) behandling [ $t(22), p < 0,001$ ].

### Regressionsanalys

För att undersöka vilka aspekter av livskvalitet som mest påverkar variansen vad gäller upplevd trygghet genomfördes en stepwise linjär regressionsanalys med upplevd trygghet (fråga 8) som kriterievariabel och med samtliga andra frågor undantaget upplevd trygghet efter DBT-behandling (fråga 20) samt ålder, medicinering och sysselsättning som prediktorvariabler. Analysen visade att två prediktorvariabler påverkade kriterievariabeln signifikant [Step 1:  $Adj R^2 = 0.38, F(1, 20) = 13.65, p = 0.001$ ; Step 2:  $Adj R^2 = 0.52, F(2, 19) = 12.18, p < 0.001$ ]. I det första steget erhöles variabeln (fråga 15) "Har din psykiska hälsa förbättrats efter genomgången

DBT-behandling?” och i det andra steget variabeln (fråga 13) ”Har din hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?” De två prediktorvariablerna predicerade således 52 % av kriterievariabelns varians. Fråga 15 korrelerade med kriterievariabeln ( $r = 0.64$ ,  $p = 0.001$ ) liksom fråga 13 ( $r = 0.46$ ,  $p = 0.029$ ).

### **Variansanalys.**

**Lägre upplevd trygghet vs Högre upplevd trygghet.** För att undersöka om det fanns skillnader mellan patienter som svarat lite lägre på upplevd trygghet i samband med ifyllandet av enkäten jämfört med de som svarat lite högre kategoriserades variabeln efter fördelningens utseende (*cut off* = 65) i en Lägre grupp ( $n = 8$ ,  $M = 47.63$ ,  $SD = 16.40$ ) och en Högre grupp ( $n = 14$ ,  $M = 86.00$ ,  $SD = 11.56$ ). Den multivariata analysen (Pillai's MANOVA) visade ingen signifikant övergripande effekt ( $p = 0.457$ ,  $Eta^2 = 0.98$ ), men univariata F-test visade att den grupp som svarat lägre på fråga 8 också svarade lägre på alla andra frågor ( $ps < 0.05$ ) med undantag för frågorna 3, 7, 11, 14, 17 och 22 ( $ps > 0.05$ ) där upplevd trygghet vid enkätens ifyllande tycktes spela en något mindre roll för hur man bedömde frågorna.

**Medicinering.** Av patienterna hade 8 personer ingen medicinering medan 14 var under medicinering. Den multivariata analysen (Pillai's MANOVA) visade ingen signifikant övergripande effekt ( $p = 0.104$ ,  $Eta^2 = 1.00$ ), men univariata F-test visade skillnader mellan de som inte medicinerade respektive medicinerade vad gäller frågorna 2, 3 och 16 ( $ps < 0.05$ ). Vad gäller frågorna 2 och 3 hade de som inte medicinerade angett högre värden ( $M = 60.67$ ,  $SD = 23.84$  respektive  $M = 57.56$ ,  $SD = 24.11$ ) jämfört med de som medicinerade ( $M = 47.86$ ,  $SD = 20.55$  respektive  $M = 43.50$ ,  $SD = 20.33$ ), medan för fråga 16 angav de signifikant lägre värden ( $M = 21.78$ ,  $SD = 22.33$ ) jämfört med de som medicinerade ( $M = 51.64$ ,  $SD = 29.86$ ).

**Ålder.** Av patienterna var 14 individer i åldersspannet 18 – 33 (Yngre) medan 9 befann sig i åldrarna 34 -57 (Äldre). Den multivariata analysen (Pillai's MANOVA) visade en signifikant övergripande effekt ( $p = 0.005$ ,  $Eta^2 = 1.00$ ) i avseende på ålder. De univariata F-testen visade dock endast en signifikant effekt, nämligen för fråga tre, där de yngre angav att de var mer nöjda med sin fysiska hälsa ( $M = 57.71$ ,  $SD = 18.75$ ) jämfört med de äldre ( $M = 35.44$ ,  $SD = 21.85$ ).

**Sysselsättning.** Av patienterna saknade 9 individer arbete medan 14 hade arbete. Den multivariata analysen (Pillai's MANOVA) visade ingen signifikant övergripande effekt ( $p =$



0.279,  $Eta^2 = 0.99$ ), men univariata F-test visade signifikanta effekter för frågorna 1, 2, 4, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, och 21 ( $ps > 0.05$ ). På samtliga dessa frågor har de som är i arbete angett väsentligt högre värden på VAS-skalorna bortsett från fråga 16 där det omvända förhållandet rådde.

### Diskussion

Den aktuella studien hade två huvudresultat, nämligen att (a) patienterna upplevde sig som tryggare efter genomförd DBT-behandling, (b) en regressionsanalys visade att två hälsoaspekter var avgörande för upplevelsen av trygghet, nämligen patienternas psykiska hälsa och hälsa i vidare mening.

Patienten skattade hur han/hon upplevde sin trygghet före och efter DBT-behandlingen vid ett tillfälle då det hade gått cirka ett till två år sedan behandlingen avslutades. Dessutom fanns en fråga inbäddad tidigare i enkäten om hur trygg patienten känner sig i sin miljö. Syftet med den frågan var att fungera som en kontroll gentemot de övriga två trygghetsfrågorna. Det visade sig också att det inte förelåg någon signifikant skillnad mellan hur man upplevde sin trygghet efter behandling och direkt i anslutning till ifyllandet av enkäten. Däremot förelåg det signifikanta skillnader mellan hur man erinrade sig den upplevda tryggheten före DBT behandling jämfört med både efter behandling och i samband med enkätens ifyllande. Detta indikerar en konsistens i patienternas upplevelser av trygghet och resultatet av skattningarna visade en märkbar skillnad vad gäller grad av upplevd trygghet före och efter, då skattningarna ökade med drygt 40 procentenheter.

Begreppet trygghet, det vill säga *att uppleva sig vara fri från oroande eller hotande inslag*, innefattar ett stort antal variabler såsom fysisk och psykisk hälsa, trygghet i miljö, nöjdhet med sitt liv, familjeliv, sociala relationer, boende, sysselsättning, inkomst och ekonomi. Analysen visade att upplevelse av psykisk och allmän hälsa hade en avgörande betydelse för hur trygga de upplevde sig vara vid det tillfälle de fyllde i enkäten. Det är intressant att notera att en majoritet av deltagarna upplevde avsevärda förbättringar vad gällde just psykisk och allmän hälsa som ett resultat av DBT-behandlingen. Tidigare forskning beskriver DBT som en framgångsrik och verkningsfull metod. Vid jämförelse med resultat från tidigare studie av DBT inom vuxenpsykiatrin vid Sunderby sjukhus i Norrbotten och större studie av DBT i Uppsala

konstateras hög överensstämmelse med resultat från denna studie. Deras resultat visar nämligen att patientgruppen efter 12 månader i DBT behandling uppvisar lägre genomsnittliga mått på psykisk ohälsa, markant minskad frekvens av suicidförsök och självskadebeteende samt minskad konsumtion av såväl öppen- som slutenvård (Olsson, 2010).

Vid litteraturgenomgången framställdes DBT som ett samarbetsprojekt mellan terapeut och patient genom vilken patienten får möjlighet till ny trygg anknytning och kan uppnå självrespekt och ett meningsfullt liv (Kåver, 2011). Den terapeutiska alliansen ses som ett känslomässigt och socialt samspel och anses vara det viktigaste verktyget i behandlingen. Enligt anknytningsteorin skulle patienternas svårigheter till känsloreglering kunna tyda på otrygg och bristande anknytning (Broberg et al. 2006). Genom DBT tränas och utvecklas tillit och förtroende för att stärka anknytningsmönster och föra processen framåt (Bowlby, 1994).

Den tidigare påpekade konsistensen i patienternas svar framkom också vid en jämförelse mellan de patienter som svarat lite lägre på upplevd trygghet i samband med ifyllandet av enkäten och de som svarat lite högre. På femton av enkätens variabler hade också de som upplevt sig som lite mindre trygga också angett lägre värden på skalorna. Men för sex variabler förelåg det ingen skillnad mellan de två grupperna vilket indikerar att just dessa frågor påverkas mindre av hur trygg man upplever sig vara. Det är andra faktorer än DBT-behandlingen som verkar spela roll i skapandet av livskvalité. Balansen mellan ett förhållningssätt som innefattar både acceptans och förändring är det mest fundamentala dialektiska dilemmat i DBT och behandlingen handlar om att hitta en balans mellan att utvecklas och att acceptera livet som det är (Linehan, 1993). Det gäller alltså en acceptans för att fortfarande ha vissa sårbarheter och problemområden, samtidigt som man också visar på en strävan mot att förändra det som går att göra någonting åt. Linehan (1993) betonar att acceptans är en förutsättning för förändring.

Två av frågorna berörde den fysiska hälsan och tryggheten tycks här spela mindre roll. Vi tror att den fysiska hälsan möjligen inte påverkas av känslan att vara trygg. Trygghet i sin tur kan varken förbättra eller försämra den fysiska hälsan. Den ekonomiska situationen, inkomsten och nöjdhet med boendet tycktes inte ha påverkats av hur man upplevde sin trygghet. Detta är både överraskande och glädjande resultat, för att generellt finns det för människor med psykiskt funktionshinder i samhället ett tydligt samband mellan psykisk funktionsnedsättning och svag ekonomi. Socialstyrelsen (2010) menar att svag förankring på arbetsmarknaden utgör den främsta orsaken till den sämre ekonomin hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Personer med

psykisk funktionsnedsättning har i genomsnitt lägre disponibel inkomst och samtidigt högre levnadsomkostnader än befolkningen i övrigt. De har lägre utbildning och svårare att få arbete, och bland dem som har ett arbete är den genomsnittliga arbetsinkomsten mindre än hälften av genomsnittet för befolkningen i övrigt. En betydligt större andel är hänvisade till ekonomiskt bistånd, och risken är stor att fastna i ett livslångt bidragsberoende. Även på bostadsmarknaden är personer med psykisk funktionsnedsättning ofta missgynnade. (Socialstyrelsen, 2010)

Slutligen fanns det ingen skillnad mellan de som kände sig lite mindre trygga och de som kände sig mer trygga vad gäller huruvida familjesituationen förbättrats av DBT-behandlingen. Detta motsäger i denna studie vid jämförelse med resultatet från tidigare studie där DBT-behandlingen upplevs ha stärkt deltagarnas relationer och framförallt gjort det möjligt att hantera problem och konflikter i mellanmänniska kontakter. I DBT är relationsfärdigheter en viktig del och ett av målen i fas fyra är att man ska kunna vara engagerad i sina relationer (Kåver & Nilsson, 2002).

I denna studie planerades bara ett utskick av enkäten och av ett utskick på 60 enkäter erhöles 23 svar d.v.s. 37 svarade inte. Ett andra utskick skulle kanske ha ökat deltagarantalet och påverkat resultaten. Relevansen av resultatet skulle kanske då varit annorlunda. Denna studie ger en klar bild av ökat trygghet hos deltagarna efter DBT-behandling. För att öka studiens tillförlighet har jämförelse punkter byggts in i enkäten. Frågorna är formulerade så att man får redogöra för sin känsla av trygghet före och efter behandlingen. Dessutom har en fråga handlat om känslan just vid ifyllandet av enkäten. På så sätt har relevansen av resultatet ökat i värde. Hur kan då det som i inledningen presenteras som grundläggande faktorer för trygghet stämma in med det behandlingsinnehåll DBT erbjuder? Att vara trygg beskrivs inledningsvis som att vara fri från oroande eller hotande inslag. Är det möjligt? En central komponent i dialektisk beteendeterapi (DBT) är att lära ut specifika beteendefärdigheter med syfte att hjälpa individen med borderline personlighetsstörning (BPD) att ersätta maladaptivt beteende med funktionella färdigheter (Neacsiu, Rizyi & Linehan, 2010). I den studien framkom att deltagare behandlade med DBT använde tre gånger fler färdigheter i slutet av behandlingen än innan i jämförelse med kontrollgrupp. Användandet av färdigheter indikerade också minskning av självmordsförsök, depression och en bättre kontroll av aggressivitet. I en annan studie av (Stepp, Epler, Jahng & Trull, 2008) pekade ett ökat användande av färdigheter på symtomreduktion avseende de mer specifika BPD relaterade symtomen som känslomässig instabilitet, identitetsproblem samt

relationella svårigheter. DBT behandlingen inriktar sig således till att erbjuda olika strategier, färdigheter för att träna individen i att vara bättre rustad för att hantera kriser i livet. Individen tränas i att förstå händelseförlopp, kunna analysera dessa inte bara intellektuellt utan även emotionellt utan att agera ut det emotionella på ett dysfunktionellt sätt. Istället tränas den problemlösande förmågan, att se konsekvenser av ens handlande på kort och lång sikt. Det ger också individen en känsla av kontroll och därmed en form av trygghet. Patienter startade med ett fientligt, kritiserande och självbesträffande introjekt som under DBT behandlingen utvecklades till mer positiva introjekt med ökad förmåga till självbekräftelse, de tyckte bättre om sig själva, ökad förmåga skydda sig själva samt mindre angrepp mot sig själva. Resultaten stod sig även vid ett års uppföljningen (Bedics, Atkins, Comtois & Linehan 2012)

I behandlingsmodellen ingår även att öka sin medvetenhet om olika sårbarheter. Med fler sårbarheter tänker man sig också större svårigheter att hantera negativa känslor som vi hela tiden utsätts för. Dessa sårbarheter överensstämmer väl med Maslows teori och utgörs av det första steget i hans beskrivna behovspyramid; de grundläggande fysiologiska behoven, sömn, näring, närhet. Att dessa är uppfyllda ses som en förutsättning för att nå nästa steg, i beskrivna hierarkin, som utgörs av tryggheten.

DBT behandlingen är till stor del manualstyrd vilket i sig blir en trygghetsfaktor, då träffarna i stort blir förutsägbara, det finns en agenda över innehållet i sessionerna, både i gruppen men också i individualterapi. Som deltagare i färdighetsgruppen utvecklas känslan av sammanhang det som Antonovsky förespråkade som viktig aspekt i att befinna sig i förändring mellan hälsa och ohälsa. I gruppen, som utgör gemenskap, ges också exponeringsmöjligheter i att utsätta sig för att både agera och interagera verbalt och med kroppsspråket, med övriga deltagare. Upplevelsen av att inte vara ensam om sina svårigheter utan att det blir ett moment av igenkänning i att dela problem med andra, ger också en form av trygghet.

I ett litet material har frågan man velat belysa varit varför flickor under 18 års ålder skadar sig och funktionen av självskadade. Som svar på den senare delen har man funnit att självskadade minskar ångest, den används att bestraffa sig själv, den får en känna sig mer levande och den ger en grupptillhörighet. I gruppen som undersöktes hade flera trauma under uppväxten men även anknytningsproblem till föräldrar (Pedersen & Westman, 2008). Utifrån anknytningsteorins syn på trygghet sker ju den med utgång i en tillåtande trygg person, som lockar till att våga utforska nya situationer, träna sig i att hantera det oförutsedda, stå kvar som ett

trygghetsankare då personens ångest, osäkerhet tenderar öka i vissa stressade perioder men ändå med tillförsikt inget hopp att det går att lösa, att det inte är omöjligt. Denna beskrivning stämmer väl överens med individualterapeutens roll. Denna person har en viktig funktion inom DBT att acceptera det svåra, olösliga samtidigt som man ska locka individen ut i det okända det som kan leda till steget mot förändring. Stöd för detta resonemang där DBT beskrivs erbjuda goda förutsättningar för att etablera och upprätthålla terapeutiska relationer, som leder till att patienten gör nya relationella erfarenheter och utvecklar en mer nyanserad självbild. Interventioner i DBT som förbättrar kommunikativa och emotionsreglerande förmågor påverkar patientens relationer även utanför behandlingen. Färdigheter för acceptans och validering verkar ha varit av avgörande betydelse för dessa effekter (Eriksson & Nilsson, 2014). Med träning i att problemlösa små svårigheter till allt större ger också det individen en ökad upplevelse av kontroll över den egna förmågan. Att kunna hantera problem som kan uppstå, därmed också en ökad trygghet i att hantera stressade situationer som kan uppstå i vardagen.

Förslag till framtida studier är att utföra studier med samma koncept men med en referensgrupp som kan klargöra bilden ytterligare. Inga studier avseende hur dialektisk beteendeterapi påverkar patientens livskvalitet har kunnat identifieras. Fler studier kring livskvalitets faktorer i samband med behandlingen efterlyses.

## Referenser

- Adolfsson, J., & Neureuther, E. (2014). Se mig för den jag är-jag är också människa. Hur självskadebeteende påverkar kvinnans livsvärld-en studie gjord på bloggar. urn:nbn:se:lnu:diva-36432
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Svensk översättning: J. Herlofson & M. Landqvist]. Danderyd: Pilgrim Press.
- Andersson, P., & Forsberg, A. (2012). *Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet, i samband med generell anestesi*. Borås: Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Ann Arbor, Michigan: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bedics, J. D, Atkins, D. C, Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus non-behavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 66-77
- Björkemarken, M. (2008). *Vad menar vi med trygghet?* Göteborg: Tryggare och Mänskligare Göteborg.
- Boverket. (2010). *Plats för trygghet – Inspiration för stadsutveckling*. Karlskrona: Boverket. Myndigheten för samhällsplanering, byggande och boende. Tillgänglig: [http://www.boverket.se/plats\\_for\\_trygghet](http://www.boverket.se/plats_for_trygghet)
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och kultur.
- Egidius, H. (2005). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, G., & Nilsson, L. (2014). *Patientperspektiv på DBT. Upplevelser av behandlarrelationer och förändringar i självbild*. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

- Eriksson, I., & Ålander, T. (2007). *Sambanden mellan hälsorelaterad livskvalitet och studenters nöjdhet med ekonomi, sysselsättning och det sociala livet*. Västerås: Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap, Mälardalens högskola.
- Gerdtham, U. G., & Johannesson, M. (2001). The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: results based on Swedish microdata. *Journal of Socio-Economics*, 30, 553-557.
- Hansson, A., Airaksinen, E., Forsell, Y., & Dalman, C. (2009). *Psykisk hälsa, en litteratur sammanställning av välbefinnandeforskning*. Tillgänglig: <http://www.folkhalsoguiden.se>
- Kåver, A. (2011). *Allians: den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning: teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jensen, L. A., & Allen, M. N. (1995). A synthesis of qualitative research on wellness-illness. *Qualitative Health Research* 4, 349-369.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (2000). *Dialektisk beteendeterapi, färdighetsträningsmanual*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. van Nostrand Company.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and personality (3 Uppl.)*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Nationalencyklopedin. (2014). *Trygg*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/sve/trygg>
- Nationalencyklopedin. (2014). *Trygghet*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/sve/trygghet>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for Borderline Personality Disorder. *Behavior Research Therapy*, 48, 832-839.
- Norstedts ordböcker. (2014). Tillgänglig: <http://www.norstedtsord.se/oversattning/engelska>
- Olsson, B. (2010). *DBT i den kliniska vardagen: Utvärdering av Dialektisk beteendeterapi inom vuxenpsykiatri i Norrbotten*. Umeå: Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet.
- Pedersen, N., & Westman, J. (2008). *Alla ser såren, men det är inte där det gör ont. En studie om varför flickor skär sig*. Lund: Socialhögskolan, Lunds Universitet.

- Psykiatrifonden. (2014). Tillgänglig: <http://www.psykiatrifonden.se/psykisk-ohalsa>
- Segesten, K. (1994). Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Göteborg: K & K Segesten Förlag AB.
- Socialstyrelsen. (2012). Dialog om trygghet. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). Alltjämt ojämlikt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stepp, S. D, Epler, A. J, Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22, 549-563.
- Stoffers, J. M, Völlm, B. A, Rücker G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., Hallord., E. O. C., Fegran, L., Spliid Ludvigsen, M., & Meyer, G. (2013). A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter-hospital transitions. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 1678-1690.
- Walter, G. (2008). *Bonniers synonymordbok*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research*, 14, 1573-1584.



Tabell 1. De 22 enkätfrågorna med antal svarande (*N*), medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*).

Fråga	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Hur nöjd är du med ditt liv just nu?	23	59.35	23.17
2. Hur nöjd är du med din allmänna hälsa?	23	52.87	22.29
3. Hur nöjd är du med din fysiska hälsa?	23	49.00	22.47
4. Hur nöjd är du med din psykiska hälsa?	22	54.36	30.36
5. Hur nöjd är du med ditt familjeliv?	22	64.59	30.50
6. Hur nöjd är du med dina sociala relationer?	22	54.73	25.50
7. Hur nöjd är du med ditt boende?	22	65.41	28.50
8. Hur trygg känner du dig i din miljö?	22	72.04	23.01
9. Hur nöjd är du med din sysselsättning/arbete?	22	59.50	35.28
10. Hur nöjd är du med din ekonomiska situation?	22	33.95	28.04
11. Hur nöjd är du med din inkomst?	22	24.14	25.86
12. Är du nöjd med ditt liv?	23	57.44	26.86
13. Har din hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?	23	69.35	33.40
14. Har din fysiska hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?	23	45.87	32.12
15. Har din psykiska hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?	23	73.83	29.24
16. Har du pågående vårdkontakt avseende din psykiska hälsa?	23	39.96	30.50
17. Har din familjesituation förbättrats av behandlingen?	23	56.22	35.24
18. Har dina sociala relationer förbättrats av behandlingen?	23	61.48	27.86
19. Hur trygg var du i din miljö <i>före</i> behandlingen?	23	22.56	21.78
20. Hur trygg var du i din miljö <i>efter</i> behandlingen?	23	62.65	26.89
21. Har behandlingen påverkat din sysselsättning/arbetssituation?	23	57.70	36.68
22. Har behandlingen påverkat din ekonomiska situation?	23	25.26	30.97

**Bilaga 1.**

Hej!

Vi läser Psykoterapeutprogrammet vid Högskolan Evidens och gör en undersökning om livskvalitet. Verksamhetschefen har gett oss tillåtelse att kontakta dig via din tidigare behandlare för att besvara en enkät som ska resultera i en examensuppsats. Därför skulle vi vara mycket tacksamma om du vill besvara nedanstående frågor om hur du upplever din livskvalitet efter avslutad DBT-behandling.

Tack för hjälpen!

Ellinor Ernestad & Ziba Moradiani

**Så här fyller du i enkäten:**

**Sätt ett kryss på linjen, där du tycker att det stämmer bäst.**

Ex:

Gillar du vaniljglass?

Inte alls \_\_\_\_\_ Veldig  
mycket

**Här börjar enkäten.**

**Vad tycker du om nedanstående? Värdera var och en av de 22 frågorna från till exempel "inte alls nöjd" till "mycket nöjd". Sätt ett kryss på linjen där det direkt och spontant känns bäst för dig.**

1. Hur nöjd är du med ditt liv just nu?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

2. Hur nöjd är du med din allmänna hälsa?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

3. Hur nöjd är du med din fysiska hälsa?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

4. Hur nöjd är du med din psykiska hälsa?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

5. Hur nöjd är du med ditt familjeliv?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

6. Hur nöjd är du med dina sociala relationer?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

7. Hur nöjd är du med ditt boende?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

8. Hur trygg känner du dig i din miljö?

Inte alls  
trygg \_\_\_\_\_ Mycket  
trygg trygg

9. Hur nöjd är du med din sysselsättning/arbete?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

10. Hur nöjd är du med din ekonomiska situation?

Inte alls  
nöjd \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

11. Hur nöjd är du med din inkomst?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

12. Är du nöjd med ditt liv?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket  
nöjd nöjd

13. Har din hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

14. Har din fysiska hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

15. Har din psykiska hälsa förbättrats efter genomgången DBT-behandling?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

16. Har du pågående vårdkontakt avseende din psykiska hälsa?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket ofta

17. Har din familjesituation förbättrats av behandlingen?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

18. Har dina sociala relationer förbättrats av behandlingen?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

19. Hur trygg var du i din miljö *före* behandlingen?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket  
trygg                      trygg

20. Hur trygg var du i din miljö *efter* behandlingen?

Inte alls \_\_\_\_\_ Mycket  
trygg                      trygg

21. Har behandlingen påverkat din sysselsättning/arbetsituation?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

22. Har behandlingen påverkat din ekonomiska situation?

Inte alls \_\_\_\_\_ Våldigt mycket

Stort tack för att du har tagit dig tid att svara på frågorna!

**Slutligen vill vi be dig att fylla i några uppgifter om dig själv:**

**Kön:**

Man

Kvinna

**Ålder:**

18-25

26-33

34-41

42-49

50-57

**ARBETE/SYSSELSÄTTNING**Har arbete/sysselsättning Saknar arbete/sysselsättning **Har du pågående medicinering avseende din psykiska hälsa?**Ja Nej

**Bilaga 2.****Brev som behandlaren skickar till person som avslutat DBT:**

14xxx

Hej,

Som dina tidigare behandlare i DBT har vi nu fått förfrågan om vi kan förmedla kontakt till dig som avslutat sin DBT behandling.

Varför det sker på det här viset är för att sekretessen gentemot dig inte ska brytas.

Vår uppgift är att förmedla innehållet i detta kuvert till dig. Vi är inte på annat sätt involverade i den planerade studien. Du hittar mer information om denna i bifogat material.

Med bästa hälsningar

XXX XXXXXXXX

### Bilaga 3.

#### Brev till medverkande i studien:

Hej!

Vi kontaktar dig för en studie vi ska göra. Den vänder sig till personer som gått i DBT men nu avslutat sin behandling. Syftet med studien är att vi vill se om din upplevelse om din livskvalitet har förändrats efter behandlingen.

För att inte bryta sekretessen har vi bitt behandlare i ditt tidigare DBT team förmedla kontakten till dig genom att skicka detta brev till dig. Vi har även vänt oss till olika DBT team i regionen. Vi vet således inte vem du är. Däremot är det viktigt att du vet vem vi är och varför vi söker kontakt med dig.

Vi heter Ziba Moradiani och Ellinor Ernestad. Vi arbetar båda med personer med psykisk ohälsa. Vi genomgår nu en utbildning för att bli legitimerade psykoterapeuter med inriktning kognitiv beteendeterapi. Inom ramen för utbildningen ingår att vi ska göra ett vetenskapligt arbete. Vi är intresserade av att se om personer som fått DBT behandling har förändrat sin livskvalitet.

Vi har därför tagit fram en enkät med frågor inom ett antal områden som speglar livskvalitet. Vi hoppas att du vill avsätta några minuter för att delta i undersökningen. Svaren på våra frågor ger du genom att göra en streckmarkering på en linje, en så kallas visuell analog skala.

Ditt deltagande är naturligtvis både anonymt och frivilligt. Det påverkar inte heller eventuellt andra pågående behandlingskontakter du kan ha.

När du fyllt i enkäten skickar du den till oss i det bifogade frankerade svarskuvertet.

Oavsett om du väljer delta i undersökningen eller inte så vill vi tacka dig för din tid och förhoppningsvis eventuella svar.

Vi som gör undersökningen är

Ziba Moradiani arbetar som kurator har telefonnummer: xxxxxxxxxx

Ellinor Ernestad arbetar som psykiater har telefonnummer: xxxxxxxxxx

Tack för din medverkan



**Bilaga 4.**

Hej!

Enligt överenskommelse under gårdagens telefonsamtal mejlar jag för att informera om en studie vi planerar genomföra där vi önskar kontakt med personer som deltagit i och nu avslutat sin DBT behandling vid er mottagning. Syftet med undersökningen är att försöka se om dessa personer förändrat sin livskvalitet efter behandlingen.

Vi vill komma i kontakt med behandlare på er mottagnings DBT team för att se om dom kan förmedla ett informationsbrev jämte planerad enkät till dessa personer. Detta för att inte sekretessen ska brytas.

Personerna deltar sedan anonymt i undersökningen. Vi vänder oss till flera team i regionen.

Frågorna är inte så specifikt ställda att identiteter kan röjas.

Undersökningen görs inom ramen för vår legitimationsgrundande psykoterapiutbildning inom KBT där det således ingår att göra ett vetenskapligt arbete.

Vi behöver få ditt godkännande till att på ovan angivet sätt kontakta dessa personer.

Tack på förhand!