

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Ungdomars upplevelse av DBT
färdighetsträningsgrupp**
-känslomässig stabilisering

Helena Karlsson

Examensarbete 15 hp
Psykoteraeutprogrammet
Barn och Ungdom KBT
PT2211
Vårterminen 2017

Handledare: Ulf Axberg

Ungdomars upplevelse av DBT färdighetsträningsgrupp

-känslomässig stabilisering

Helena Karlsson

Sammanfattning: Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en behandlingsmetod som används vid självskadebeteende och svårigheter att reglera känslor. Syftet med studien var att undersöka hur ungdomar som gått i DBT färdighetsträningsgrupp upplevt behandlingen, om något varit hjälpsamt eller svårt och om det skett några förändringar. Åtta ungdomar, alla flickor, deltog i studien. Kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer användes som metod. Att tillägna sig färdigheter upplevdes övervägande som hjälpsamt. Den mest framträdande förändringen var en ökad känslomässig stabilitet. Andra förändringar som ungdomarna upplevde var en ökad förståelse av sina känslor, förbättrade relationer och kommunikation, beteendeförändringar samt ökad insikt och acceptans av egna svårigheter. I gruppen upplevde ungdomarna sig validerade. Svårigheter som beskrevs var att behandlingen krävde stor energi- och tidsåtgång. Samtliga upplevde att det var svårt att komma ihåg hemuppgifter.

Under senare år har psykisk ohälsa hos unga ökat och många av de ungdomar som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri har ett självskadebeteende och svårigheter att hantera och reglera känslor. Ungdomar med självskadebeteende och komplexa/sammansatta symptom är en svårbehandlad patientgrupp (Nationella självskadeprojektet, 2013). En behandlingsmetod som erbjuds är dialektisk beteendeterapi. Idén till denna studie uppkom från ett intresse att få inblick i patienternas syn på hur behandlingen varit för dem. Att få ungdomarnas egna ord på hur behandlingen upplevts antogs kunna ge ett annat perspektiv och andra infallsvinklar än från professionellt håll.

Nationella självskadeprojektet bildades efter en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL) och regeringen för att utveckla och samordna insatser för att minska antalet unga med självskadebeteende (Odelius och Ramklint, 2014). Internationellt pågår en diskussion om hur självskadebeteende ska definieras och om det ska göras skillnad på självskada med och utan självmordsavsikt. I Sverige har begreppet självskadebeteende traditionellt använts för att beskriva handlingar som skadar den egna kroppen. Självskadebeteende är mer vanligt förekommande hos flickor än pojkar, dock är det vanligare hos pojkar än man tidigare trott och det finns stöd för att pojkar och flickor skadar sig på olika sätt (Nationella självskadeprojektet, 2016).

Odelius och Ramklints (2014) studie var omfattande och innefattade 84 psykiatriska enheter från 15 olika orter i Sverige med över 1500 deltagare. I studien framkom att 47,2 % av patienterna inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri vid något tillfälle hade självskadat. Frekvensen var ännu högre bland ungdomar, 73,8% av flickorna under 18 år hade skadat sig minst en gång. Bland unga män var motsvarande siffra 44,4%. De vanligaste sätten att självskada på var enligt denna studie att slå sig själv, rispa sig och skära sig. Flickor var

överrepresenterade vad gäller att skära sig och pojkar att bränna och slå sig. Att ha upprepat självskadebeteendet många gånger var vanligare bland kvinnor, framför allt inom BUP.

I studien framkom det att 91,4 % av patienterna som självskadat hade haft självmordstankar och 52,4% hade gjort minst ett självmordsförsök. Cirka en tredjedel av patienterna med självskadebeteende uppgav att ingen inom psykiatrin visste om det. Det var vanligare att män inte berättade om sitt självskadebeteende. En hypotes utifrån resultatet var att män kan uppleva en större stigmatisering av sitt självskadebeteende än kvinnor. I studien betonas det att det är viktigt att utarbeta rutiner för att kartlägga självskadebeteende och vad självskadan syftar till då beteendet kan fylla olika funktion och kan vara en riskfaktor för självmordsförsök.

I DSM-V ingår självskadebeteende som ett delkriterium för borderline personlighetsstörning och är vanligt förekommande hos personer med emotionell instabilitet (APA, 2013). Borderline personlighetsstörning innebär ett mönster av instabilitet i känsloliv, beteende och relationer. Diagnoskriterierna för borderline personlighetsstörning innefattar; upprepat suicidalt beteende och självskadebeteende, ansträngningar för att undvika separationer, mönster av instabila relationer, instabil självbild och identitetskänsla, impulsivitet, svårigheter att kontrollera ilska, stressrelaterade paranoida tankegångar och dissociativa symtom samt kroniska tomhets känslor (APA, 2013). I klassificeringssystemet ICD-10 (2011) diagnosticeras tillståndet istället som emotionell instabil personlighetsstörning, benämningarna används likvärdigt. Förekomsten av borderline personlighetsstörning/emotionell instabil personlighetsstörning varierar globalt sett mellan 1,6-6% (Marques, Barrocas & Rijo, 2017).

I en rapport (Hallek, Borg, Kordnejad-Karlsson, Larsson, & Rudberg, 2011) tar man upp att diagnosen borderline personlighetsstörning (BPD)/ emotionell instabil personlighetsstörning (IPS) sällan ställs på ungdomar under 18 år men att bedömningen utgår från att kartlägga drag av diagnoskriterierna vid BPD/IPS. Ungdomarnas svårigheter yttrar sig på liknande sätt även om diagnosen inte är fastställd. I en artikel (Swales, Hibbs, Bryning & Hastings, 2016) skriver författarna att BPD/IPS är vanligast bland vuxna men att kliniker har börjat utreda och identifiera diagnosen även hos ungdomar.

Lundh (2013) tar i en rapport inom nationella självskadeprojektet upp vikten av att utforma effektiva behandlingsmetoder för komplex och sammansatt psykiatrisk problematik då det har stora vinster för samhället både ur ett hälsoperspektiv och ett ekonomiskt perspektiv. Behandlingsmetoder som visat sig ge effekt vid självskadebeteende innehåller gemensamma faktorer. Dessa faktorer innefattar en tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet, ett empatiskt-validerande förhållningssätt och ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering. Behandlingsmetoder som visat sig ha stöd i forskningen som tas upp i rapporten är dialektisk beteendeterapi (DBT), schematerapi, emotionsreglerande gruppterapi (ERGT) samt mentaliseradbaserad terapi (MBT).

Den behandlingsmetod som idag är mest välkänd och beprövad vid behandling av BPD/IPS är dialektisk beteendeterapi (DBT). Miller (2015) skriver att efter 20 randomiserade kontrollerade studier gjorts på vuxna de senaste 25 åren har DBT-behandling blivit golden standard för suicidala personer med BPD/IPS. Effekten av DBT-behandling av ungdomar är studerad i mindre utsträckning. Groves, Hilmar, Backer, Wies van den Bosch och Miller (2012) skriver att mycket av den forskning som är gjord på DBT-behandling med ungdomar visar på lovande resultat, men det konstateras dock att det behövs mer forskning på området och fler RCT-studier för att säkerställa resultaten. Enligt barn- och ungdomspsykiatrins riktlinjer till stöd för bedömning och behandling (BUP, 2015) rekommenderas DBT-behandling för ungdomar som självskadat vid mer än fem tillfällen under det senaste halvåret. Rekommendationen är även att anhöriga ska involveras.

DBT-behandlingens grund

Dialektisk beteendeterapi utvecklades i början av 90-talet av Marsha Linehan (1993). Linehan (2000) skriver att DBT syftar till att ge personer med BPD en ökad förmåga att reglera och stå ut med svåra känslor och att minska självdestruktiva beteenden. Den teoretiska grunden utgår ifrån att grundproblemet för patienten är stora svårigheter att reglera känslor och att patienten saknar färdigheter att hantera dem. Behandlingen bygger på att hjälpa patienten att tillägna sig färdigheter på olika områden och integrera dem i sitt vardagliga liv. I DBT kan färdigheter beskrivas som handlingar som hjälper människor att uppnå sina mål i livet (Kåver & Nilsson, 2002).

DBT är en vidareutveckling av kognitiv beteendeterapi (KBT) och en strukturerad och omfattande metod med flera olika komponenter. DBT har en teoretisk grund som bygger på inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddistisk filosofi. Kunskapen om acceptans och medveten närvaro har hämtats från zenbuddistisk filosofi och är ett viktigt inslag i behandlingen. I DBT kombineras acceptansstrategier med förändringsstrategier (Linehan, 2000).

Grunden för att förstå emotionell instabilitet utgår i DBT från den biosociala teorin vilket innebär att individen har hög känslighet för emotionella stimuli, en biologiskt betingad sårbarhet i kombination med att individen lever i en invaliderande miljö. Den medfödda känslomässiga sårbarheten innebär att individen reagerar snabbt och starkt på stimuli och att det tar lång tid att återgå till neutralt stämningläge. En invaliderande miljö innebär att individens upplevelser blir ifrågasatta eller ogiltigförklarade. Denna kombination leder till känslomässiga regleringsproblem (Linehan, 2000).

Validering innebär i motsats till invalidering att förmedla till en individ att personens tankar, känslor och beteenden är begripliga utifrån omständigheterna och går att förstå. I behandlingsarbetet är det av stor vikt att inta ett validerande förhållningssätt då patienten har erfarenheter av en invaliderande miljö (Dimleff & Koerner, 2007).

Ett dialektiskt förhållningssätt är en annan central grund i DBT och innebär att motsatsförhållande kan existera samtidigt och att de båda kan vara sanna. Dialektiken kan ses som en förmåga att se båda sidorna av en sak även om det är motsägelsefullt, vilket kan vara svårt för personer med emotionella regleringsproblem (Kåver & Nilsson, 2002). Dimeff och Koerner (2007) skriver att en central dialektisk syntes är balansen mellan förändring och acceptans. Inslaget av acceptans tillfördes av Marsha Linehan (1993) då hon iakttagit att patienterna hade svårt att stå ut med förändringsstrategierna i beteendeterapi. Dialektiken mellan acceptans och förändring har lett till behandlingsformen namn.

DBT-behandlingens utformning

DBT-behandlingen består av olika behandlingskanaler; individualterapi, telefonkonsultation, konsultationsteam, anhöriggrupp och färdighetsträning i grupp, (Kåver & Nilsson, 2002). Individualterapien är indelad i fem olika faser där man arbetar mot olika mål. Dessa faser beskrivs av Kåver och Nilsson (2002). I orienteringsfasen är målet att skapa allians mellan terapeut och patient och stärka motivationen. I fas 1 är målet att uppnå säkerhet och stabilitet genom att minska livshotande/självdestruktiva beteenden. Fas 2 är inriktad på att bearbeta traumatiska upplevelser. I fas 3 är målet att öka självrespekten och att uppnå individuella mål. I fas 4 är målet att skapa en ökad livskvalitet med engagemang och tillhörighet i livet. Alla patienter genomgår inte samtliga faser i behandlingen.

Telefonkonsultation innebär att patienterna har möjlighet att ringa till individualterapeuten mellan sessionerna dygnet runt och syftar till att patienten ska träna på

att be om hjälp och ta emot hjälp (Kåver och Nilsson, 2002). Konsultationsteamet innebär att terapeuterna träffas regelbundet för konsultation och i teamet har möjlighet att ge varandra stöd och diskutera svårigheter. Att behandla klienter som har emotionella regleringsproblem och är suicidala ställer krav på terapeuten. Koerner (2012) skriver att teamet hjälper terapeuten att tillämpa de färdigheter som behövs för att hjälpa patienten. Teamet möter på så vis terapeuten som de möter patienten. Teamet hjälper terapeuten att klara av arbetet och fokus i konsultationsteamet är att utveckla kompetens och försäkra sig om att teammedlemmarna har den nödvändiga motivationen och färdigheter för att genomföra den utmaning som behandlingsarbetet innebär. Harvey och Rathbone (2013) tar upp att det är nödvändigt att skapa en ickedömande, tillitsfull och accepterande atmosfär i konsultationsteamet för att kunna arbeta effektivt.

Familjeband är ett manualbaserat program för anhöriga till patienter med svårigheter att reglera känslor som utvecklades av Hoffman et.al (2005) som har lagts till som ett komplement i DBT-behandlingen för anhöriga till personer med borderlineproblematik. Programmet finns i svensk version Linnér et.al (2013). Programmet bygger på sex moduler bestående av psykoedukation, mindfulness, acceptans, emotionsteori, validering och problemlösning 12 tillfällen. Familjeband syftar till att öka anhörigas förmåga att hantera sina känslomässiga reaktioner och att validera sina anhöriga.

Färdighetsträningen i DBT är manualbaserad och går ut på att lära ut färdigheter vilket beskrivs utförligt av Linehan (2000). Gruppstillfällena innehåller teorigenomgång, arbetsblad, diskussioner, övningar och hemuppgifter. Mellan varje tillfälle arbetar patienterna med hemuppgifter vilka presenteras i gruppen. I en uppdaterad version (Linehan, 2015) har ytterligare färdigheter och material lagts till och utvecklats. Den innehåller utförliga beskrivningar till färdighetstränaren. Svensk översättning av arbetsblad- och informationsblad finns att tillgå Linehan (2016).

Färdighetsträningen innefattar fyra moduler; att vara medvetet närvarande, att hantera relationer, att reglera känslor och att stå ut när det är svårt. Färdighetsträningen sker i grupp en gång i veckan 2-2,5 timmar. För vuxna är behandlingstiden i färdighetsträningen ett år, individualterapi kan vid behov fortsätta längre (Linehan, 2000).

Medveten närvaro handlar om att träna på att styra uppmärksamheten och att vara uppmärksam i nuet. Linehan (2000) skriver att medveten närvaro är central i DBT och en förutsättning för att kunna tillägna sig övriga färdigheter. Tre olika primära psykologiska sinnestillstånd presenteras i denna modul; förnuft, känsla och wise mind. Wise mind innebär en integration av förnuft och känsla. Man lär sig redskap i medveten närvaro för att kunna balansera förnuft och känsla. Det finns tre ”vad”-färdigheter och tre ”hur”-färdigheter som man får lära sig i denna modul. Vad-färdigheterna går ut på att lära sig att observera, beskriva och delta. Hur-färdigheterna beskriver hur man ska göra för att vara medvetet närvarande; att inte döma, att göra en sak i taget och göra det som fungerar (att vara effektiv).

Relationsmodulen innefattar färdigheter som handlar om att skapa och bevara goda relationer och att avsluta destruktiva relationer. I modulen lärs färdigheter ut som handlar om att be om det man behöver, att säga nej och handskas med konflikter. Man lär sig om effektivitet i relationer vilket innebär att överväga betydelsen av relationen, sin självrespekt och vad det är man vill uppnå i en situation. I relationsmodulen får patienterna lära sig att balansera egna och andras önskemål och bygga upp känsla av kompetens och självrespekt och att validera sig själv och andra.

Att lära sig att reglera känslor är en viktig del i behandlingen. Känsloregleringsmodulen innefattar att känna igen och sätta ord på känslor. För att kunna identifiera känslor krävs förmåga till medveten närvaro. Att minska känslomässig sårbarhet (genom att ta hand om grundläggande behov; sömn, mat och motion), att skapa positiva känslor, att handla tvärt emot känslan och att stå ut med starka känslor är färdigheter som

ingår. I känsloregleringsmodulen får man lära sig om känslornas funktion och om primära och sekundära känslor. Patienterna får i uppgift att träna på att identifiera den primära känslan och stanna kvar i och ta hand om den.

Modulen att stå ut när det är svårt handlar om att lära sig färdigheter att hantera kriser. I krissituationer kan olika sinnen användas för att distrahera, lindra eller lugna de starka känslorna. Att överväga för- och nackdelar och att använda sig av acceptans inför situationen är andra färdigheter som lärs ut. Krisfärdigheter används som tillfälliga lösningar i svåra situationer för att bryta tillståndet och inte förvärra situationen ytterligare (Linehan, 2000).

DBT-färdighetsträning för ungdomar

DBT färdighetsträning för ungdomar utgår ifrån Linehans (2000) manual för standardbehandling men har modifierats och anpassats av Alec Miller och Jill Rathus i samarbete med Marsha Linehan (Miller, Rathus, Linehan, 2007). Det finns även en ungdomsmanual (Rathus & Miller, 2015) där materialet vidareutvecklats för att underlätta den praktiska tillämpningen. Behandlingen riktar sig till ungdomar 13-18 år med komplexa och sammansatta svårigheter; svårigheter att reglera känslor, självskadebeteende, suicidalt beteende ångestproblematik och depression. Behandlingslängden har kortats ner från 1 år till 16 veckor. Antalet färdigheter som lärs ut har minskats ner. En extra modul har lagts till, den gyllene medelvägen, som fokuserar på validering och beteendeförändringar. Föräldrar och andra viktiga anhöriga inkluderas i behandlingen vilket Miller et al. (2007) beskriver som multifamily skilltraining. Där deltar ungdomar och föräldrar tillsammans. Färdighetsträningen kan enligt författarna utformas på olika sätt beroende på verksamhetens förutsättningar, i gemensam grupp eller som både ungdomsgrupp och föräldragrupp.

Manual för ungdomar i färdighetsträning finns översatt till svenska i olika versioner (BUP Uppsala 2009; BUP Stockholm 2011). Manualerna är utformade för ungdomsgrupp och innefattar inte modulen den gyllene medelvägen. Det finns även material utarbetat för föräldrar och närstående utformat av BUP Stockholm (2013). Syftet med föräldrautbildningen är att öva på olika färdigheter i DBT för att få en ökad förståelse för ungdomarnas problematik, att inta ett validerande förhållningssätt och att minska stress i familjen.

Behandlingseffekter

För vuxna med BPD/IPS finns ett antal genomförda RCT-studier som visat goda resultat (MacPherson et.al 2012). Man hänvisar i denna artikel till nio olika RCT-studier på DBT standardbehandling för vuxna som påvisat god effekt och konstaterar att DBT-behandling för ungdomar verkar lovande men att det behövs fler studier för att belägga resultaten. I en artikel (Groves et.al, 2012) har en sammanställning gjorts av tolv olika studier på ungdomar där DBT-behandling vid olika psykiatriska tillstånd genomförts mellan 1997-2008. Studierna är inte helt jämförbara då de är upplagda på olika sätt och det ingick inga randomiserade kontrollerade studier (RCT). Sammantaget indikerar studierna att DBT-behandling för ungdomar kan resultera i ökad stresstolerans, minskat suicidalt beteende, minskade symptom på depression och hopplöshetskänslor, minskade symptom på emotionell instabilitet och en ökad funktionsnivå. Konklusionen var att studierna sammantaget indikerar att DBT kan vara en lovande och effektiv behandling vid olika former av dysfunktionellt beteende hos ungdomar men att det behövs mer forskning på området och fler RCT-studier för att säkerställa resultaten.

En randomiserad kontrollerad studie som genomförts och som visat på goda resultat gjordes av Mehlum et al. (2014). I studien ingick 77 norska ungdomar 12-18 år med tidigare upprepat självskaadebeteende som gått i DBT-behandling (DBT-A) i 19 veckor, multifamily skilltraining. Föräldrarna deltog i behandlingen. Behandlingen jämfördes med sedvanlig psykiatrisk behandling och visade signifikant bättre effekt på att reducera självskaadebeteende, suicidalt beteende och depression. Användningen av akutvård minskade. I en utvärdering av DBT-behandling för ungdomar gjord av Hallek et.al (2011) framkom det att den sammantagna upplevelsen av behandlingen hos ungdomarna skattades som mycket positiv. Man såg i denna studie en signifikant nedgång av självskaadebeteende och självmordsbeteende. Armbrust och Ehrig (2016) betonar betydelsen av att DBT för ungdomar finns tillgänglig inom vården, både ur ett hälsoperspektiv och ett ekonomiskt perspektiv. Flera nyare studier på ungdomar visar på signifikanta resultat i symptomminskning av självdestruktivt beteende (Darren, Courtney & Flament 2015 ; Mehlum 2016).

Ett flertal studier betonar och belyser färdighetsträningens roll i behandlingen (Armbrust och Ehrig 2016; Dams, Schommer, Roepke, Heuser & Lammers, 2007). I några studier har effekterna av enbart färdighetsträning undersökts och jämförts med annan gruppbehandling. Resultaten har visat en större effektivitet i minskning av symptom och en ökad förmåga till känsloreglering i DBT-baserad färdighetsträning i jämförelse med annan gruppbehandling (Soler et.al 2009; Gibson, Booth, Davenport, Keogh & Owens 2014).

I olika studier (Dewe & Krawitz, 2007; Hallek et.al 2011) har patienter skattat hur effektiva de tyckte att olika färdigheter var i behandlingen. Färdigheter som låg högst var att förstå känslornas funktion och krisfärdigheter, främst distraktion. I Feldman et.al (2009) studie på deprimerade patienter såg man att acceptans- och mindfulness färdigheter var speciellt hjälpsamt för att skapa distans till känslorna och inte överväldigas av dem.

Ritschel, Lim och Stewart (2015) tar upp att DBT-behandling under de senaste åren allt mer kommit att uppfattas som en behandling vid brister i förmågan att reglera känslor snarare än enbart för BPD/IPS. Svårigheter att reglera känslor förekommer inom flera psykiatriska tillstånd och metoden har prövats och anpassats även på andra grupper så som ADHD (Nasri et.al 2017; Hirvikoski et.al 2011) ätstörningsproblematik (Wisniewski & Ben-Porath, 2015), bipolär sjukdom (Eisner, 2017) och missbruk (Stotts & Northrup, 2015). Ritschel et al. (2015) skriver att det finns empiriskt stöd för att DBT kan appliceras bredare, transdiagnostiskt.

Syfte

Huvudsyftet med studien var att undersöka hur ungdomar upplevt det att delta i DBT färdighetsträningsgrupp. Delsyften var att undersöka;

- Om något varit hjälpsamt i behandlingen.
- Om något varit svårt i behandlingen.
- Om ungdomarna kunde minnas och hade lärt sig något i behandlingen
- Om det skett några förändringar i måendet.

För att avgränsa studien valdes enbart att undersöka hur ungdomarna upplevt färdighetsträningsgruppen.

Metod

Då syftet med studien var att beskriva ungdomars upplevelse av att delta i DBT färdighetsträningsgrupp valdes en kvalitativ ansats. I en kvalitativ metod ska forskaren observera och fånga upp intervjudeltagarens åsikter och erfarenheter. Golafshani (2003) tar upp att kvalitativ forskning inriktar sig på att förstå och belysa specifika fenomen i verkligheten och att syftet är att beskriva fenomenets kvaliteter och karaktärsistiska. Forskaren befinner sig själv i den sociala verklighet där fenomenet analyseras. Fejes och Thornberg (2015) skriver att i forskningsprocessen som helhet och i analysarbetet i synnerhet brukar forskare skilja mellan två grundläggande ansatser för resonering och slutledning, induktion och deduktion. I en induktiv ansats drar forskaren generella slutsatser utifrån en mängd enskilda fall. Genom observationer söker forskaren slutsatser. I motsats till detta utgår en deduktiv ansats från en allmän regel eller sanning, till exempel en viss teori. I denna studie har en induktiv ansats valts. För att analysera och bearbeta materialet valdes tematisk analys. Tematisk analys är en metod som används för att identifiera mönster i insamlade data, som beskrivs i teman. Braun och Clark (2006) ger en detaljerad beskrivning av sex olika steg i kodningsarbetet vilka har använts i databearbetningen i denna studie.

Deltagare

Tio ungdomar, samtliga flickor, som deltagit i DBT färdighetsträningsgrupp på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Västra Götalandsregionen tillfrågades om att delta i studien. Två av de tillfrågade ungdomarna tackade nej till att medverka. På grund av sekretesskäl ges endast en övergripande beskrivning av deltagarna. Åtta ungdomar i åldern 15-18 år intervjuades om sin upplevelse av att delta i DBT färdighetsträningsgrupp för ungdomar. Inklusionskriterier i studien var ungdomar som gått klart färdighetsträningsgruppen och som fortfarande hade en pågående kontakt inom barn- och ungdomspsykiatri. Exklusionskriterier var ungdomar som tidigare genomfört DBT-behandling och som avslutat kontakten inom barn- och ungdomspsykiatri, då verksamhetens riktlinjer är att inte kontakta patienter som avslutat sin vårdkontakt. De ungdomar som avslutat behandlingen innan de genomgått hela färdighetsträningsgruppen exkluderades. Inga pojkar uppfyllde inklusionskriterierna. Tio flickor uppfyllde inklusionskriterierna och samtliga tillfrågades.

Alla deltagare studerade inom gymnasieskolan vid intervjutillfället. Tiden från det att deltagarna avslutade färdighetsträningsgruppen varierade från två år och nio månader till samma vecka som intervjun genomfördes. De flesta av deltagarna hade en långvarig kontakt och flera vårdtillfällen inom barn- och ungdomspsykiatri. Antal vårdtillfällen varierade mellan ett till sex vårdtillfällen och längden på kontakten varierade mellan ett till sex år. De flesta deltagarna hade varit inlagda inom barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård vid ett eller flera tillfällen. Självdestruktivt beteende hade tidigare funnits hos samtliga ungdomar och självskadebeteende hos de flesta. Deltagarna hade genomgående ångest- och depressionsproblematik. Även PTSD-problematik och neuropsykiatrisk problematik fanns representerad.

Instrument

En halvstrukturerad intervjuguide användes som instrument för datainsamling (bilaga 1). Frågeguiden strukturerades utifrån några centrala områden vilka handlade om deltagarnas kännedom om och förväntningar på behandlingen, måendet innan, upplevelse av att vara i

grupp, om de kunde minnas/ lärt sig något av färdigheterna, om något i behandlingen hade varit hjälpsamt, om måendet påverkats på något sätt och om de upplevt några svårigheter och hinder i behandlingen. Frågeguiden organiserades i kronologisk ordning som innefattade innan, under och efter behandlingen. Deltagarna fick även möjlighet att komma med synpunkter om förslag till förändringar i behandlingen. Deltagarna uppmuntrades först att berätta fritt och komma med egna reflektioner. Mer specifika följdfrågor ställdes efter detta, exempelvis: *Vad minns du av undervisningen? Kan du ge något exempel på krisfärdigheter som du använt dig av? Har det inneburit någon förändring i ditt mående?* Deltagarnas personliga upplevelser var genomgående i fokus under intervjuerna.

Tillvägagångssätt

Rekryteringen av deltagare skedde genom att samtliga behandlare i DBT-teamet tillfrågades om aktuella patienter som gått i DBT-behandling, individualterapi en timme i veckan och färdighetsträningsgrupp för ungdomar två timmar i veckan. Färdighetsträningsgrupperna har letts av DBT-terapeuter med professionerna sjuksköterska, socionom och psykolog. Sammansättningen av kursledare har varierat under den tid som deltagarna har gått i behandlingen. Samtliga kursledare har likvärdig utbildning och handledning i dialektisk beteendeterapi. Färdighetsträningen som deltagarna genomgått har baserats på de svenska ungdomsmanualerna för ungdomar utarbetade av BUP (Uppsala 2009; Stockholm 2011). Tre av deltagarna hade en pågående DBT-behandling individuellt vid intervjutillfället. De skulle efter intervjutillfället påbörja ytterligare en modul, den gyllene medelvägen, (Rathus, Campall, Miller & Smith 2015; Rathus & Miller, 2015) som inte tidigare funnits med i färdighetsträningen i denna verksamhet. Dessa tre deltagare intervjuades innan de påbörjade den nya modulen då den inte ingått i behandlingen för övriga deltagare i studien.

Deltagarna tillfrågades först av sina DBT-behandlare om de var intresserade av att delta i studien. De fick muntlig information av sin behandlare om syftet med studien, vad deltagandet innebar och att deltagandet var frivilligt. Efter det kontaktades de ungdomar som tackat ja till att medverka av intervjuaren och tillfrågades åter om intresse för medverkan. Den muntliga informationen upprepades och tid för intervju bokades. Dagen innan skickades en sms-påminnelse. Deltagarna fick skriftlig information om studien vid intervjutillfället. Innan intervjun började fick deltagarna läsa samtyckesformuläret (bilaga 2) och ge sitt skriftliga samtycke. Deltagarna fick möjlighet att ställa frågor om de upplevde oklarheter. Alla intervjuer genomfördes på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen.

Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades ordagrant. Intervjuerna varierade mellan att vara 29 minuter till 42 minuter långa. Analysarbetet utgick ifrån Braun och Clarks (2006) modell för tematisk analys. I första steget i analysarbetet lästes de transkriberade intervjuerna upprepade gånger för att få inblick i och kännedom om materialet. I det andra steget noterades meningsbärande enheter i kanten av det transkriberade materialet som grupperades i koder. När all data kodats utarbetades i det tredje steget underteman utifrån gemensamma nämnare i de koder som framkommit. I fjärde steget gjordes en revidering av underteman. Vissa slogs ihop och andra som inte visade sig vara egentliga underteman sorterades bort. I det femte steget grupperades underteman och huvudteman utarbetades (tabell 1).

Tabell 1

Exempel på hur kodningen gått till väga enligt tematisk analys i denna studie

Meningsbärande enhet	Koder	Underteman	Revidering av underteman	Huvudtema
<i>”Ja, jag är mer stabil känns det som, alltså jag självskadar inte längre....jag känner att jag har lite bättre kontroll över mina impulser så att jag inte gör något självdestruktivt”</i>	Mer stabil Självskadar inte Bättre impulskontroll Inte självd destruktiv	Krishantering Ökad självkontroll	Ökad förmåga att hantera känslor	Känslomässig stabilisering

I det sjätte steget sammanställdes resultatet i en tabell (tabell 2) och varje huvudtema med underteman redovisades i en rapport. Citaten som presenteras i uppsatsen har för läsbarhetens skull redigerats då upprepningar av samma innehåll skett, i övrigt är de ordagrant citerade. Samtliga deltagare är representerade i citaten.

Etiska överväganden

I studien gjordes etiska överväganden enligt Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer. Här framgår att forskningskravet ska vägas mot individskyddskravet. Forskningskravet innebär att samhället och dess invånare har ett berättigat krav på att forskning bedrivs. Detta ska ställas i relation till att inga individer får utsättas för fysisk, psykisk skada eller kränkning i en forskningsstudie.

I studien användes vetenskapsrådets fyra principer som utgångspunkt för etiska överväganden. Informationskravet tillvaratogs genom att alla deltagare informerades om syftet med studien och grunderna till att de intervjuades. Utifrån samtyckeskravet inhämtades godkännande av deltagarna både muntligt och skriftligt. Deltagarna informerades om att medverkan skedde på frivillig grund och de fick information om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Vårdnadshavares samtycke inhämtades inte då samtliga deltagare var över 15 år, vilket är enligt Vetenskapsrådets riktlinjer.

Nyttjandekravet togs i beaktning genom att deltagarna informerades om vilka som kommer att ta del av uppgifterna, vad studien kommer att användas till och att inte deltagarnas vård och behandling kommer att påverkas. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att allt material behandlades konfidentiellt. Deltagarna informerades om att ljudinspelningarna kommer att raderas efter att intervjuerna skrivits ut. De fick information om att utskrifterna förvaras åtkomliga endast för intervjuaren under tiden arbetet med studien pågår, för att sedan makuleras. Deltagandet i studien bedömdes inte medföra risker för ungdomarna. All information behandlades utan namn och identifikation eller annan igenkännbar information. Resultatet redovisades på gruppnivå så att inte enskilda individer är möjliga att identifiera. Deltagarna fick kontaktuppgifter och möjlighet att höra av sig om frågor uppstod i efterhand. Deltagarna informerades om att de har möjlighet att ta del av vad som framkommit i studien.

Intervjuaren tillhör DBT-teamet och är insatt i innehållet i färdighetsträningen och i den problematik som ungdomar har som går i DBT-behandling. Studiens genomförande och etiska aspekter dryftades med övriga medlemmar i DBT-teamet. Intervjuaren undervisar för närvarande inte i färdighetsträningsgruppen. Några av deltagarna har dock mött intervjuaren som färdighetstränare i gruppen som ersättare för annan gruppleddare vid något tillfälle. En av deltagarna har haft intervjuaren som färdighetstränare längre tillbaka i tiden. Intervjuaren har även haft en av deltagarna i individualterapi. De berörda deltagarna informerades om förutsättningarna och var införstådda med detta innan de gav sitt samtycke till att medverka i intervjun.

Resultat

Huvudsyftet med studien var att undersöka hur ungdomar upplevt det att delta i DBT färdighetsträningsgrupp. Delsyftet var att undersöka om något varit hjälpsamt eller svårt, om ungdomarna kunde minnas och hade lärt sig några färdigheter som de använt sig av samt om deras mående förändrats på något sätt. Resultatdelen redovisas i fem huvudteman med underteman som framkom i kodningen av intervjuerna (tabell 2).

Tabell 2

Huvudtema	Undertema
1.Ovisshet och instabilitet	1.1 Ovisshet inför behandlingen 1.2 Känslomässig instabilitet
2.Att delta i grupp	2.1 Osäkerhet 2.2 Validering 2.3 Samhörighet och gemenskap 2.4 Att lära av och tillsammans med varandra
3.Att tillägna sig färdigheter	3.1 Krisfärdigheter 3.2 Färdigheter i känsloreglering 3.3 Relationsfärdigheter 3.4 Färdigheter i medveten närvaro
4.Känslomässig stabilisering	4.1 Ökad förmåga att hantera känslor 4.2 Ökad självkänedom 4.3 Förbättrad kommunikation och relationer 4.4 Beteendeförändringar 4.5 Automatiserad kunskap
5.Svårigheter och hinder	5.1 Tidskrävande 5.2 Energikrävande 5.3 Att minnas

1. Ovisshet och instabilitet

Ungdomarna beskrev genomgående att de upplevde en ovisshet inför vad behandlingen skulle innebära och om den skulle vara till hjälp. Samtliga beskrev en känslomässig instabilitet i det psykiska måendet innan de påbörjade behandlingen.

1.1 Ovisshet inför behandlingen. Samtliga ungdomar beskrev att de hade en oklar uppfattning om behandlingen innan. Alla hade fått information av en behandlare och några hade sökt egen information på nätet. De flesta beskrev att det var svårt att få en bild av hur det skulle gå till och vad behandlingen skulle innebära.

Ja jag fick ju lite vad det gick ut på och så men det var inte så mycket, alltså man fick ju veta mer när man kom i det liksom.

De flesta ungdomarna uttryckte låga förväntningar och tvivel på om behandlingen verkligen skulle vara till hjälp men att det ändå fanns en förhoppning om att behandlingen kanske skulle kunna vara till hjälp.

Jag trodde inte på att det var så bra som de sa att det skulle va, men jag hoppades väl att det skulle hjälpa mig/.../

Några beskrev att det kändes som ett stort åtagande men uttryckte samtidigt att de var beredda att prova något nytt.

Alltså jag tänkte såhär; behandlingarna jag har haft innan har varit väldigt likadana typ eller de har inte skiljt sig så mycket ifrån varandra och då tänkte jag liksom att gruppbehandling är ett nytt steg så jag tänkte bara "ja, ja det blir väl annorlunda i alla fall" så jag tänkte jag provar.

1.2 Känsломässig instabilitet. I intervjun tillfrågades ungdomarna hur de mådde innan de påbörjade DBT-behandlingen. Ungdomarna beskrev känslor av ensamhet, värdelöshet och hopplöshet. Samtliga kämpade med depressivitet och ångestproblematik och flera beskrev att de hade problem i relationer och att de ofta agerade med ilska och impulsivitet. Flera beskrev att känslolivet var kaotiskt och att de samtidigt kunde uppleva tomhetskänslor.

/.../ jag kan bli så när jag har väldigt stort...eller väldigt mycket känslor så brukar det istället bli så att jag inte känner nånting alls/.../

Samtliga ungdomar beskrev en emotionell instabilitet där det förekom självdestruktivt beteende och suicidtankar. De flesta hade ett aktivt självskadebeteende. Beskrivningar gavs av att det var känslorna som styrde livet, att det var svårt att leva och de flesta hade tankar på att inte vilja leva.

Jag är värdelös, jag ville bara dö liksom, jag tänkte hela tiden hur ska jag dö utan att såra någon.

2. Att delta i grupp

Samtliga ungdomar beskrev att de var nervösa och kände sig osäkra när de kom till gruppen. Osäkerheten avtog efter hand genom att de upplevde sig väl bemötta och validerade av både kursledare och övriga deltagare. Ungdomarna beskrev att det fanns en öppenhet i gruppen och att de kände sig respekterade. De fick hjälp med att presentera sig och lära känna varandra vilket beskrevs som hjälpsamt av samtliga.

2.1 Osäkerhet. Flera ungdomar beskrev en oro för att hamna utanför, bli granskade och bedömda och de beskrev en osäkerhet inför att inte veta något om övriga gruppdeltagare. Flera tyckte att det kändes ovant att sitta i grupp och prata.

Väldigt, väldigt nervöst kommer jag ihåg, man visste inte riktigt vad som skulle hända....ja....det var väldigt nervöst...man bara "vad ska de andra tänka om mig" och kommer man bli utanför och sånt där.

Ungdomarna beskrev att nervositeten avtog efter hand och att det var hjälpsamt att tid ägnades åt presentation och övningar.

Ja vi körde lite så här typ "vad heter du" så att man lärde känna varandra och så...det tyckte jag var bra, annars hade det blivit väldigt såhär bara "ja men nu vet jag ingenting om dig och så ska vi prata om saker som är jobbiga och så".

2.2 Validering. Samtliga ungdomar beskrev att de upplevde att det var en öppen stämning i gruppen och att de kände sig väl bemötta, bekräftade och respekterade när de kom till gruppen, både av kursledare och övriga gruppdeltagare. De beskrev att de kände sig validerade i sina känslor och att de fick positiv feedback. Flera tyckte att det var hjälpsamt att de fick stöttning av kursledarna att prata i gruppen. Det nämndes även att det var hjälpsamt att kursledarna var tydliga och att man fick ställa frågor om det var något som man inte förstod. Det upplevdes positivt att bli uppmuntrad att prata men att inte bli pressad om man hade en dålig dag. Flera tog upp att det var hjälpsamt att man hade möjlighet att gå ut från rummet en stund för att samla ihop sig om man mådde dåligt. Samtliga ungdomar upplevde att det var hjälpsamt för dem att det var en tillåtande stämning och att man fick göra så gott man kunde.

Ja, jag har lite så här svårt överlag att hålla fokus, men de sa ju att det var okej om man tappade fokus och bara försöka plocka tillbaka det, så det hjälpte också väldigt mycket så att man inte bara satt där och tänkte "varför kan jag inte fokusera?" liksom.

Några tyckte att det kunde kännas svårt när nya deltagare kom in i gruppen och de inte visste något om personen men att det ofta avtog när de fick veta mer om personen. Några tyckte även att det kunde vara svårt när en kursledare byttes ut. Flera av ungdomarna beskrev att de försökte hjälpa till att bemöta nya deltagare som kom in i gruppen på samma sätt som de själva blivit bemötta.

Jag ville prata med den så att den kände sig som en del av oss mest...för jag kan förstå det lite att "de här känner varandra och nu kommer jag" liksom, så jag ville mest få dem att känna sig hemma, så jag brukade ibland så här skoja om saker och prata med den och få in den lite så jag....det var inget jobbigt när nån kom in.

2.3 Samhörighet och gemenskap. Ungdomarna beskrev att det var positivt att få dela sina upplevelser och erfarenheter med andra. Att vara i grupp med andra ungdomar med liknande problem tyckte de flesta gjorde att man kände sig mindre ensam.

Ja alltså man känner ju sig ibland väldigt ensam...och jag menar då är det ju ändå skönt att veta att man har andra som liksom är i liknande situationer.

Flera beskrev att det var skönt att få dela sin situation med andra ungdomar som förstår på ett annat sätt än vuxna. Ungdomarna beskrev att det var positivt för dem att kunna känna igen sig och hjälpa varandra.

Skönt att höra att någon gått igenom något som man själv har gjort. Det betydde jättemycket att träffa andra som mådde lika dåligt, då sökte man varandra och hjälpte varandra.

2.4 Att lära av och tillsammans med varandra. De flesta ungdomarna beskrev att det var hjälpsamt att höra hur andra ungdomar gjort eller hanterat olika situationer, att de lärde sig av varandra. Andra ungdomars lärdomar kunde provas och tillämpas i vardagen. Flera ungdomar beskrev att det var hjälpsamt att berätta om hemuppgifterna för de andra i gruppen då det ökade motivationen att verkligen göra dem samtidigt som det var lärorikt att ta del av andras hemuppgifter. Några ungdomar tyckte att det kunde kännas svårt att berätta om hemuppgifter på grund av rädsla för att bli bedömda eller försämma andras mående.

Det är liksom så här, då vet man vad man ska göra i andra perspektiv liksom, i fall de har varit med om en sak, ett visst scenario och sen så berättar de om det och hur de hanterade det och då har man något nytt att prova liksom och det tycker jag är väldigt bra.

De flesta ungdomarna upplevde att det var hjälpsamt att träna på färdigheter genom övningar tillsammans med andra i gruppen. Några uttryckte att de kunde tänka sig fler övningar i undervisningen. Aktiva övningar uppskattades. De flesta ungdomar beskrev att det fanns utrymme för skratt trots den svåra situationen som de befann sig i vilket underlättade inläringen tillsammans med övriga deltagare.

Ja bollarna var jätligt roliga också när vi stod och kastade dem...och jag menar alltså det var ju det som var roligt för vi skrattade ju ändå en hel del under tiden vi gjorde det och sen hade vi ju x också ett tag och hon skrattade ju hela tiden och då började vi alla andra asgarva vi också/.../man fick röra på sig samtidigt som ja vi hade ljud till.

3. Att tillägna sig färdigheter

Då ungdomarna fick frågan om de kunde minnas något av undervisningen och om de lärt sig något som de använt sig av varierade svaren i hög utsträckning. Genomgående tyckte ungdomarna att det var svårt att minnas och de behövde hjälp med följdfrågor för att plocka fram vad de lärt sig. De flesta ungdomarna hade tagit till sig krisfärdigheter och de nämnde att de lärt sig hur de ska distrahera sig och använda kontrollerad andning. De flesta tog upp att de lärt sig mer om hur känslor fungerar, att de har lättare att förstå sig själva och andra och att kommunicera på ett tydligare sätt. Flera nämnde att de lärt sig prioritera i relationer och att de blivit mer medvetna i relationer. Att träna på att vara medvetet närvarande tyckte de flesta var svårt men hjälpsamt.

3.1 Krisfärdigheter. De flesta ungdomarna beskrev att det var mycket hjälpsamt för dem att lära sig att använda krisfärdigheter för att bryta starka känslor och hantera självskadebeteende. Krisfärdigheter var de färdigheter som flest uppgav att de kom ihåg, lärt sig om och använt sig av för att hantera sitt dåliga mående. De beskrevs som lätta att ta till sig. De flesta tyckte att det var hjälpsamt att ha krislistan tillgänglig så att de visste rent konkret vad de skulle göra. Flera ungdomar beskrev att det medförde en ökad känsla av kontroll att använda krisfärdigheter.

Nä men alltså genom att göra de krisfärdigheterna när det verkligen var dåligt så bröt man ju mer själva tillståndet av att antingen få ångest eller så här jättenedstämdhet så då blev det lite mer kontrollerat eller vad man ska säga.

Vad som upplevdes som hjälpsamt varierade men flera ungdomar beskrev att andningsövningar, kyla, musik och fysisk träning var speciellt hjälpsamt och att de ofta använt sig av det i krissituationer. Acceptans och att överväga för- och nackdelar var andra krisfärdigheter som beskrevs som användbara av flera ungdomar. Även att observera och beskriva sina känslor och på så sätt bli medveten om sina känslor tog flera ungdomar upp som hjälpsamt. Att validera sig själv i en svår situation beskrevs som hjälpsamt av flera. Ungdomarna gav många exempel på krisfärdigheter som de lärt sig i gruppen.

Jag har använt mig av TIPP-färdigheterna till exempel, de här temperatur...ja de, den där med plastpåsen var väldigt bra tyckte jag, när man lägger kallt vatten under ögonen och på kindbenen.

Att lugna och trösta sig med sina sinnen var en andra krisfärdighet som flera ungdomar hade tagit till sig och använt sig av.

Ja men väldigt mycket att jag tar hand om mig själv, att jag typ tar ett bad eller lägger mig i sängen och kollar film eller träffar nån vän om det är det jag känner för eller....

3.2 Färdigheter i känsloreglering. De flesta ungdomarna beskrev att de fått en ökad förståelse av hur känslor fungerar. Kunskapen om primära och sekundära känslor var något som de flesta hade tagit till sig. Det beskrevs som hjälpsamt att använda sig av färdigheten och de flesta nämnde att de ofta funderade på om det fanns en känsla bakom när de reagerade med ilska och att de då kunde ta hand om känslan på ett annat sätt eller agera annorlunda. Kunskap om att känslorna har en mening och fyller en funktion var en viktig lärdom. Att öppet visa sina känslor tyckte flera att de lärt sig. Flera ungdomar tyckte att det var hjälpsamt att de lärt sig att öka positiva känslor och handla tvärt emot känslan för att påverka måendet.

Jag blir väldigt lätt arg och när jag blir arg tänker jag oftast liksom...”jag är inte arg egentligen utan det är något annat”...så försöker jag komma på vad det är.

Flera beskrev att deras förståelse för hur andra människor fungerar hade ökat och att det kan finnas en annan känsla bakom den som man observerar hos den andre.

Ja alltså jag funderar mycket på det själv när man träffar människor som mår dåligt och så de känner en viss grej så här, men så kanske det har en underliggande orsak istället för den sekundära känslan som de uttrycker och försöker hitta den egentliga orsaken till vad de känner just nu så att säga.

Att lära sig att vara kvar i känslan och stå ut tills den klingar av var en färdighet som flera ungdomar tog upp att de lärt sig och använt sig av vilket beskrevs som hjälpsamt.

Sen en annan typ av känsloreglering är också att rida på vågen egentligen, om man är ledsen eller arg så det bästa man kan göra när ingenting annat funkar...det är att bara låta sig själv må dåligt en stund för man kan inte förtrycka allting, det går inte och man kan inte distrahera sig hela tiden heller.

3.3 Relationsfärdigheter. De flesta ungdomarna beskrev att de lärt sig att prioritera i relationer, vad de vill uppnå i en situation om målet, relationen eller självrespekten är det viktigaste. Att detta illustrerades på tavlan i en modell upplevdes som hjälpsamt för att minnas

bättre. Flera ungdomar nämnde att de blivit mer uppmärksamma på att tänka på självrespekten. Flera nämnde att de lärt sig om vikten av tydlighet i kommunikation och att detta var något som exemplifierades i övningar. Att uttrycka vad man känner, hur man ska kunna säga ja eller nej eller be om något var andra relationsfärdigheter som nämndes. Validering både av sig själv och andra beskrevs av några som en viktig kunskap. Flera berättade även att de lärt sig använda jagbudskap.

Att lära sig att använda jagbudskap och överväga mål, relation och självrespekt. Väldigt mycket med jagbudskap om det är typ bråk eller nåt att man ska uttrycka sig med jag liksom och inte du gör fel, utan typ jag blir sårad vilket jag tycker har hjälpt jättemycket.

3.4 Färdigheter i medveten närvaro. De flesta beskrev att medveten närvaro var något som var mycket hjälpsamt men svårt att förstå och tillägna sig. Att träna på att fokusera på att vara medvetet närvarande i nuet beskrevs som hjälpsamt i många situationer, att bli medveten om känslor, att väga in förnuftet, att bryta dissociation och att minska stress och oro. De flesta beskrev att medveten närvaro hjälpte dem att känna en ökad kontroll. Något som de flesta lärt sig och använt sig av var wise mind, att väga in både förnuft och känsla. Att färdigheten illustrerades i en modell upplevdes hjälpsamt.

För jag reagerar genom känslor hela tiden, jag visste inte vad förnuft var (skratt) att se det framför mig hjälpte mig att göra det så jag hamnade i wise mind.

De flesta ungdomarna beskrev att det var lättare att tillägna sig aktiva och kortare övningar i medveten närvaro. De flesta beskrev att de förlorade fokus vid längre övningar. Det beskrevs dock som hjälpsamt att gå ner i varv efter att man inlett med en övning i medveten närvaro.

/.../sen så var det en till sån lek när man stod i en ring och så skulle man vara medveten om att man var med i nuet och så. Den tyckte jag var rätt...alltså...man kom ner i varv på ett annat sätt utan att behöva lyssna på "och men hur slår ditt hjärta?"

Att genom medveten närvaro lära sig att identifiera sina känslor och beskriva dem upplevdes som hjälpsamt av de flesta ungdomarna.

/.../alltså för mig var det bara känslor, det var liksom huller om buller, jag visste inte vad det var jag kände....att lära sig att beskriva...observera vad det är man känner det hjälpte mig att kunna sätta känslorna till ord att kunna beskriva dem på ett sätt.

4. Känslomässig stabilisering

Efter deltagandet i färdighetsträningsgruppen beskrev samtliga ungdomar en ökad stabilitet i måendet. Samtliga beskrev att de hade en ökad förmåga att hantera impulser att skada sig, att det självdestruktiva beteendet minskat och att de fått en större kontroll över sina känslor. Flera ungdomar beskrev att de fortsatt mådde dåligt men att de hanterade känslorna på ett annat sätt än tidigare. Ungdomarna beskrev att de genom att ha tillägnat sig färdigheter fått en ökad självinsikt och redskap att hantera sina känslor och relationer och att det medfört förändringar i vardagen. Samtliga ungdomar upplevde att behandlingen hjälpt dem att sluta eller minska sitt självskadebeteende.

4.1 Ökad förmåga att hantera känslor. Samtliga ungdomar beskrev att det skett en förändring för dem i att hantera känslor. De flesta hade slutat självskada helt. Några beskrev att de hade mer energi och ork än tidigare. Genom att kunna hantera känslorna bättre upplevde flera att måendet och viljan att leva påverkades. Att lära sig konsekvenserna av att agera impulsivt och att överväga för- och nackdelar i olika situationer påverkade livssituationen.

Jag gick från att inte vilja leva till att vilja (betonar) leva. Jag ville leva, det var inte "ja nu lever jag" jag hade en vilja till att göra det.

De flesta beskrev att de blivit mindre impulsiva och lugnare som personer. Det framkom att ungdomarna använde sig av medveten närvaro för att identifiera känslor och väga in både förnuft och känsla. Wise mind och att överväga för- och nackdelar var färdigheter som nämndes av de flesta.

Mina känslor styrde mitt liv, nu styr mitt förnuft, nej wise mind...det är både förnuft och känslor som styr just nu.

Några av ungdomarna beskrev att det inte upplevde så stora förändringar i sitt mående men att det var en skillnad i hur de förhöll sig till sitt mående vilket gjorde att det fungerade bättre i livet. Genom en ökad acceptans beskrev flera att lidandet minskade. Genom att acceptera känslor var det lättare att be om hjälp, inte fastna i det som hänt tidigare eller det som inte går att förändra.

Att jag skulle ta känslan och acceptera den, och det brukar jag göra som jag sa, jag tror att det har påverkat hur jag ser på mitt psykiska mående, att jag inte är i det här naiva stadiet som jag kallar det.

4.2 Ökad självkänedom. De flesta ungdomar beskrev att de fått en ökad insikt i och förståelse för hur deras känslor fungerar. En ökad kunskap och förståelse av primära och sekundära känslor beskrevs som hjälpsamt för att förstå sig själv och andra bättre. Flera ungdomar uttryckte även att de fått en ökad acceptans inför sina känslor samt en ökad förmåga att ta hand om känslorna och att be om hjälp av andra.

För jag är väldigt sån att...jag visar aldrig att jag är ledsen liksom och då blir det lätt att när jag är ledsen så försöker jag förtränga det. Det tycker jag har hjälpt att acceptera det, typ att jag faktiskt är ledsen och behöver bli tröstad eller nånting.

4.4 Förbättrad kommunikation och relationer. Flera ungdomar beskrev att deras relationer till föräldrar, partners och vänner förbättrats vilket påverkat måendet på ett positivt sätt. De färdigheter man tillägnat sig i gruppen påverkade kommunikationen genom en större tydlighet, mindre impulsivitet och en ökad medvetenhet i relationer.

Ja jag har ju bättre relation till mina föräldrar, vi bråkar ju inte alls lika mycket längre...hmm...vilket också tar mindre på energin som jag kan ha till det mer positiva liksom.

Att man lärt sig hantera ilska och identifiera den primära känslan beskrev flera ungdomar hade medfört att relationerna förbättrades.

Men att jag inte agerar på känslor som jag faktiskt inte hade, alltså t.ex. att jag blir arg när jag egentligen var ledsen, vilket gör att jag inte skapar lika mycket bråk och dålig stämning typ.

4.5 Beteendeförändringar. Flera av ungdomarna uppgav att de börjat göra annorlunda i vardagen, att de använde sig av färdigheter som de lärt sig och att det påverkat deras mående. Att handla tvärtemot känslan, att göra roliga saker, att ha regelbundna rutiner för mat, sömn och motion och att initiera kontakt med andra människor var förändringar som nämdes.

Men jag märkte ju att jag började göra lite annorlunda i mitt vardagliga liv så här, och sen har jag fortsatt göra så, så nu mår jag helt okej liksom/.../ jag försöker gå upp ur sängen direkt och så och liksom göra vardagliga saker som jag behöver göra, ta kontakt med andra människor, göra mina krisfärdigheter.

4.5 Automatiserad kunskap. När ungdomarna beskrev hur deras mående förändrats framkom det att de flesta använde färdigheterna automatiskt utan att medvetet tänka på det. Efter att de tränat många gånger på en färdighet beskrev de flesta ungdomarna att de inte behövde tänka på att medvetet plocka fram kunskapen utan att det gick av sig självt.

Ja det gör jag automatsikt i mitt huvud...allt det som jag lärt mig på DBT det kommer automatiskt in, det är inte nånting gör såhär sen gör såhär, utan det är nånting jag gör automatiskt, så mycket jag har lärt mig om det liksom och jag har velat lära mig om det.

För de ungdomar som de gått en tid sedan behandlingen avslutades framkom det att de lagt märke till att det skett förbättringar i måendet en tid efter att de avslutat behandlingen. De beskrev att de använde färdigheter automatiskt i vardagen vilket lett till att livet och måendet gradvis förändrats.

Det fanns ju den wise mind där man skulle tänka på att man kunde handla i tanke eller känsla, för den har jag väl också gjort undermedvetet nu på senaste också/.../jag började ju tänka mer sen alltså när jag hade avslutat behandlingen så tänkte jag ju mer på de här grejerna för alltså när jag var i det var det skitsvårt att se nån sån här förändring över huvud taget/.../

5. Svårigheter och hinder

Samtliga ungdomar beskrev att behandlingen var tidskrävande och energikrävande och att det kunde vara svårt att hinna med både DBT-behandling och skolgång. En annan svårighet som samtliga beskrev var att komma ihåg hemuppgifter. Flera tyckte att det i perioder var svårt att orka vara delaktig i behandlingen på grund av dåligt mående, speciellt att upprätthålla fokus och koncentration. Några tyckte att det var svårt att förstå vissa delar i färdighetsträningen, att det var teoretiskt och då nämdes medveten närvaro. Några tyckte att det var svårt med förändringar, när det kom in nya deltagare som man inte kände eller när en annan behandlare kom in.

5.1 Tidskrävande. Samtliga ungdomar beskrev att behandlingen tog mycket tid och att det var svårt att hinna med kraven både från skolan och behandlingen. Flera hade lång resväg vilket gjorde behandlingen än mer tidskrävande. Några av ungdomarna hade svårt att orka med och klara av skolan. Flera ungdomar beskrev samtidigt att det var positivt att det var en omfattande behandling då det gav dem hopp om att det kunde hjälpa och göra skillnad om de satsade.

Ja alltså jag tycker det är både bra och dåligt, det blir väldigt mycket, för gruppen är ju ändå två timmar liksom så det blir ju tre timmar i veckan för mig och då måste jag åka in två gånger och jag bor ju lite långt bort så det blir väldigt mycket/.../

5.2 Energikrävande. De flesta ungdomarna tyckte att det periodvis var svårt att orka vara delaktiga i behandlingen. De beskrev att det var svårt att upprätthålla koncentrationen på grund av trötthet och dåligt mående. Det kunde vara svårt att sitta still och lyssna efter en hel dag i skolan. Flera beskrev att det var mycket information att ta in och att det kunde vara svårt att förstå. De aktiva övningarna uppskattades för att få mer energi. Samtliga tyckte att det var positivt med fikapaus för att återhämta kraft. Även belöningssystem var något som nämndes som hjälpsamt av flera. De flesta ungdomarna beskrev att det kunde vara svårt att göra hemuppgifterna på grund av dåligt mående. Flera uppgav att de skulle satsat mer på att göra hemuppgifterna om de skulle göra om behandlingen då de i efterhand märkt att det var ett hjälpsamt sätt att lära sig färdigheter.

Vissa av hemuppgifterna var också väldigt svåra att göra egentligen, för i alla fall för oss ungdomar som har svårt med detta med känslor och vi är deprimerade så vi orkar inte göra lika mycket och när man väl orkar göra det så orkar man inte skriva/.../

Långa övningar i medveten närvaro upplevdes som svårt. De flesta beskrev att det var svårt att fokusera och orka hålla ut.

I gruppen var det svårt man kunde inte hålla fokus, hörde jag minsta lilla ljud så vaknade jag till då var det ingen medveten närvaro där, så i gruppen var det svårt att få alla att gå in i det/.../

5.3 Att minnas. Samtliga ungdomar beskrev att det var svårt att komma ihåg att göra sina hemuppgifter, att det föll bort i vardagslivet. De beskrev att de behövde använda sig av olika strategier för att komma ihåg. Det tyckte även att det kunde vara svårt att minnas saker som de lärt sig i gruppen och de tyckte att det var bra med repetition. Några tog upp att det skulle vara en fördel att gå en omgång till i färdighetsträningen. Flera ungdomar uppgav att de glömt mycket av undervisningen och att de behövde hjälp att bli påmind för att plocka fram kunskapen. Efter att de gått ett tag i gruppen och färdigheterna började hjälpa tyckte flera att det var lättare att minnas. Flera beskrev att de efter hand började förstå hur behandlingen är uppbyggd.

Ja det har varit svårt att komma ihåg att göra uppgifterna ibland, ja såhär medvetet göra dem...eller det var svårast i början att göra dem medvetet och sen efter ett tag kom man in i rutinerna/.../ibland la jag liksom boken i datafodralet för jag har alltid datorn men mig (skratt) ibland satte jag notiser i telefonen, gjorde det tillsammans med veckobladet, ja lite olika saker.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka ungdomars upplevelse av att delta i DBT färdighetsträningsgrupp. Delsyftet var att undersöka om något varit hjälpsamt eller svårt, om ungdomarna kunde minnas och hade lärt sig något från gruppen och om deras mående hade förändrats på något sätt. En styrka i studien var att det i analysarbetet av intervjuerna framkom tydliga och sammanhängande mönster och likheter i ungdomarnas beskrivningar.

Det mest framträdande i studien var den känslomässiga stabilisering som skett efter att ungdomarna tillägnat sig färdigheter. Betydelsen av att uppleva sig validerad i gruppen samt betydelsen av att identifiera och förstå sina känslor var andra tydliga mönster.

Innan behandlingen beskrev samtliga ungdomar att de mårde mycket dåligt och att det kunde vara svårt att se meningen med tillvaron. Ungdomarna beskrev hopplöshetskänslor, depressivitet, ångest, självdestruktivitet och ett kaotiskt känsloliv vilket stämmer väl överens med vad som framkom i studien gjord av Hallek et.al (2011) där ungdomarna vid behandlingsstart hade omfattande problematik med hög symtombelastning, låg funktionsnivå och svårigheter att hantera och reglera känslor. Svårighetsgraden av problematiken kan i hög grad tänkas påverka förväntningarna på behandlingen. De flesta ungdomarna beskrev att de hade låga förväntningar och kände osäkerhet inför om behandlingen skulle komma att vara till hjälp. De flesta ungdomarna hade tidigare behandlingsförsök bakom sig. Det verkar vara av stor betydelse att förmedla hopp, inta ett validerande förhållningssätt och på ett tydligt och strukturerat sätt ge information om behandlingen för att minska patienternas upplevelse av stress.

Att delta i grupp beskrevs som betydelsefullt. Samtliga ungdomar upplevde osäkerhet och anspänning när de kom till gruppen. Stämningen beskrevs som öppen och ungdomarna upplevde sig validerade i sina känslor och sin situation vilket gjorde att ovissheten och nervositeten avtog. Att känna sig validerad hjälpte ungdomarna att delta i färdighetsträningen och att kommunicera. Ett validerande förhållningssätt är en av grundpelarna i DBT (Linehan 1993; Harvey och Rathbone 2013) och betydelsen av validering framgick tydligt i intervjuerna. Ungdomarna upplevde det som mycket hjälpsamt att de blev väl bemötta, på ett respektfullt sätt både av kursledare och av övriga ungdomar i gruppen. Att dela sina erfarenheter med andra ungdomar gjorde att man kände sig mindre ensam. Övriga ungdomar i gruppen beskrevs som en viktig del i att känna samhörighet, att dela upplevelser och att lära sig tillsammans. Att ta del av när andra berättade om sina hemuppgifter beskrevs av flera ungdomar som en möjlighet till lärdom. Att färdighetsträningsgruppen kan erbjuda stöd av andra gruppmedlemmar som kämpar med liknande svårigheter och att detta kan vara en fördel framkom i en studie av Cunningham et.al (2004).

Ungdomarna beskrev färdigheter från samtliga moduler som de tyckte var hjälpsamma. Att lära sig att identifiera och förstå sina känslor och känslornas funktion var något som de flesta ungdomarna beskrev som hjälpsamt. Genom att få en ökad förståelse för hur känslor fungerar tyckte ungdomarna att de lärt sig mer om sig själva och om andra. Att lära sig att identifiera och förstå sina känslor beskrivs av Fruzzetti, Shenk, Mosco och Lowry (2003) som en huvudkomponent och en grundläggande färdighet i förmågan till känsloreglering. En bristande förmåga till känsloreglering är enligt författarna starkt kopplad till svårigheten att identifiera känslor, vilket gör att det har en avgörande betydelse att lära sig att observera och beskriva känslor för att kunna ta hand om dem på ett bättre sätt. Att förstå känslornas funktion var en av de färdigheter som skattades som mest effektiv i Dewe och Krawitz, (2007) studie. De flesta ungdomarna beskrev att även krisfärdigheter var något som var hjälpsamt och som de lärt sig i färdighetsträningen. Krisfärdigheterna beskrevs som lätta att ta till sig och använda. Ungdomarna beskrev att krisfärdigheter var till hjälp för att avleda självskadeimpulser och att bryta starka känslor. Distraktion hade samtliga använt sig av. Även detta överensstämmer med vad som framkom i studien av Hallek et.al (2011) där modulen att stå ut i kris var den som ungdomarna tyckte hade varit mest till hjälp. Kåver och Nilsonne (2002) skriver att i svåra lägen kan krisfärdigheter vara nödvändiga för att inte förvärpa situationen ytterligare och som en tillfällig lösning för att hantera situationen. Acceptans och självvalidering var andra färdigheter som användes av ungdomarna i kris och som beskrevs som hjälpsamma av de flesta. De flesta ungdomarna beskrev att medveten närvaro var något som kunde vara mycket hjälpsamt för dem, men svårt att förstå och tillägna sig. Att fokusera

på att vara här och nu och att använda wise mind beskrevs som en hjälp att stanna upp och minska impulsivt beteende. I Feldmans et.al studie (2009) drog man slutsatsen att mindfulnessfärdigheter och acceptans var huvudkomponenterna för att inte överväldigas av sina känslor och få distans till dem. I riktlinjer för stöd och behandling (BUP, 2015) tar man upp betydelsen av att öva medveten närvaro för att öka förmåga att tänka över olika handlingsalternativ och inte agera på känslan. Övningar för att stanna upp i stunden kan förhindra impulsiva handlingar och bidra till ökad känsloreglering. Medveten närvaro kräver träning och det finns en mängd olika övningar att tillgå (Mckay, Wood & Brantley, 2007). Att tillägna sig färdigheter är det som DBT-behandlingen bygger på och färdighetsträningsgruppen har en central roll i att lära ut färdigheter. Flera studier har visat på goda resultat i symptomminskning med DBT-baserad färdighetsträning vid olika tillstånd så som ADHD (Hirvikoski et.al 2014), ätstörning (Wisniewski & Ben-Porath, 2015) bipolär sjukdom (Eisner et.al 2017) och vid depression (Feldman et.al 2009). Tillämpningen har visat sig vara användbar vid andra psykiatriska tillstånd där brister i förmågan att reglera känslor är central (Ritschel et.al. 2015). Att lära sig färdigheter för att ta sig an svårigheter i livet ser ut att kunna generaliseras på många områden.

Även om flera av ungdomarna fortsatt mådde dåligt vid intervjutillfället hade självdestruktivt och suicidalt beteende minskat eller upphört för samtliga och de flesta hade slutat att självskada helt. En ökad insikt och acceptans av egna svårigheter framkom. Ungdomarna beskrev att de var mindre impulsiva och flera upplevde att de hade en större kontroll över sina känslor. Flera studier har visat på dessa effekter hos ungdomar som gått i DBT-behandling (Mehlum et.al 2014; Mehlum et.al 2016; Courtney & Flament 2015; Fleischhaker et.al 2011) och ser man till resultatet av studier även på vuxna så finns det ett välgrundat underlag för att DBT-behandling leder till minskat suicidalt och självdestruktivt beteende (Miller, 2015). Andra förändringar som framkom i intervjuerna med ungdomarna var beteendeförändringar och automatiserad kunskap. Att använda färdigheter i vardagen ledde till förändringar i rutiner och vanor. Beteendeförändring beskrivs som en viktig faktor i framgångsrik behandling (Linton & Flink, 2011). Efter att det gått en tid sedan färdighetsträningens slut noterade flera patienter att de inte medvetet behövde plocka fram färdigheterna, det skedde automatiskt. Flera ungdomar beskrev även att deras relationer hade förändrats. Att förstå och kunna uttrycka sin ledsenhet istället för att reagera med ilska medförde att relationerna förbättrades. Det fanns en ökad förmåga att vara tydlig i sin kommunikation, att använda och uttrycka sina känslor i relationer vilket enligt de flesta ungdomarna hade en positiv effekt på deras mående. Flera studier har påvisat effekter i relationer och känsloreglering efter DBT som insats (Ritschel et.al 2015; Cunningham et.al 2004). Jimson & Lindahl (2013) sammanfattar i en studie gjord på ungdomar som gått i DBT-behandling att patienterna efter genomgången DBT-behandling upplevde sig bättre rustade för att ta sig an livets motgångar. Flera beskrev att de hade blivit bättre på att förstå och hantera känslor, att de hade en ökad förståelse för sig själva och att deras relationer hade förbättrats vilket stämmer väl överens med vad som framkom i denna studie.

Upplevelser av svårigheter som kom fram var att behandlingen var krävande på olika sätt, både tidsmässigt och energimässigt. DBT-behandlingen är omfattande och tar mycket tid, flera ungdomar beskrev att det kan vara svårt att orka när man mår psykiskt dåligt. Många ungdomar upplevde även att det var svårt att minnas. Några beskrev att det kunde handla om teoretiska genomgångar under färdighetsträningen. Det samtliga beskrev var svårigheten av komma ihåg att göra hemuppgifterna. Kåver och Nilsson (2002) skriver att terapin kan te sig oändligt avlägsen när patienten är tillbaka i sin hemmiljö och att tanken på att göra hemuppgifter kanske inte ens dyker upp i medvetandet och att det krävs ett målmedvetet arbete för att det ska fungera som tänkt. Flera ungdomar beskrev att de på olika sätt försökte hitta strategier för att minnas men att det fortsatt var svårt. Flera tog även upp att de skulle

försökt göra hemuppgifterna oftare om de gick om behandlingen igen då de lagt märke till att det hjälpte att träna på färdigheter. Det har i studier visat sig att följsamhet till att göra hemuppgifter har ett samband med bättre framgång (Kanantiz, Deane & Ronan, 2000). Utifrån vad som framkom i intervjuerna är det tydligt att patienterna behöver mycket stöd och hjälp med att utföra hemuppgifter.

Klinisk användning av studien

Ett tilltänkt användningsområde utifrån resultatet i studien var att utvärdera och utveckla det fortsatta behandlingsarbetet i DBT-teamet. En viktig lärdom av studien var hur mycket ungdomarna faktiskt hade fått med sig och använt sig av i behandlingen. Ungdomar med självskadebeteende som har komplexa och sammansatta symptom är en svårbehandlad patientgrupp (Nationella självskadeprojektet, 2013) och det är inte alltid man som behandlare uppfattar de förändringar som faktiskt sker. I intervjuerna beskrev ungdomarna olika färdigheter som de lärt sig och använt sig av på ett utförligt sätt och de flesta tyckte att behandlingen varit hjälpsam. De självdestruktiva och suicidala symptomen hade minskat vilket stämmer väl med andra studier inom området. Det var även påtagligt hur mycket det betydde för ungdomarna att lära sig om känslornas funktion, om primära och sekundära känslor, att identifiera och förstå sina egna känslor och att uppleva sig validerade vilket talar för att detta är mycket viktiga delar i behandlingen, vilket är en kunskap som kan vara viktig att ha med sig i det fortsatta behandlingsarbetet.

Behandlingens upplägg är omfattande och tidskrävande vilket alla ungdomar tog upp som en svårighet. På grund av starka känslor och kaos i känslolivet beskrev ungdomarna att det kunde vara svårt att komma ihåg och orka med att vara delaktiga i behandlingen. Motivationen påverkades i perioder av bristande ork och energi. För att få ungdomarna att känna att de klarar av att ta sig an denna stora uppgift verkar betydelsen av ett validerande förhållningssätt vara avgörande, i samspel med dialektiken att de även själva har accepterat sina svårigheter och har en villighet att arbeta för förändring. Att validera hur svårt det faktiskt är för ungdomarna att lägga kraft, energi och tid på behandlingen samtidigt som de ofta lever i känslomässigt kaos verkar ha stor betydelse för deras motivation.

Hjälp med färdigheter för att skapa struktur att minnas hemuppgifter beskrevs som betydelsefullt med olika former av påminnelser. Detta var något som ungdomarna uttryckte att de behöver mycket stöd i. Att använda visuellt stöd på olika sätt beskrevs av flera ungdomar som hjälpsamt även i teoretiska genomgångar. Olika modeller som ritades upp fastnade lättare i minnet. Samtliga ungdomar betonade vikten av fikapaus och möjlighet till återhämtning och socialt umgänge för att orka vara i gruppen i två timmar. Andra synpunkter som ungdomarna tog upp var att det fanns behov av förberedelse vid förändringar och att det var en fördel att kursledarna både kunde pusha och backa beroende på ungdomens dagsform. Långa övningar i medveten närvaro upplevdes svårt på flera olika sätt, dömande tankar om oförmåga att fokusera, att övningen kändes konstig, obehag av att fokusera på kroppsliga förnimmelser och svårigheter att fokusera var några synpunkter som kom upp. Detta till trots påtalade flera att det var hjälpsamt och att det skapade ett lugn och en hjälp att vara i nuet. Aktiva övningar uppskattades av alla och beskrevs som en källa till skratt och energi. Humor nämndes som något som underlättade inläringen i den svåra situation som ungdomarna befann sig i. Ungdomarna gav under intervjuerna intryck av att det var positivt att få hjälp att summera vad de lärt sig, något som med fördel kan användas kontinuerligt i behandlingsarbetet.

En utmaning i det fortsatta behandlingsarbetet är att fånga upp de ungdomar som är i behov av DBT-behandling men som tackar nej eller avbryter behandlingen Studier på denna

målgrupp visar ett stort bortfall (Landes et.al 2016) och med tanke på den hjälp som skulle kunna erbjudas de som faller bort är det av stor betydelse att utveckla metoder för att få med sig fler. I en artikel (Armbrus & Ehring, 2016) tar man upp vikten av att patienterna har tillägnat sig färdigheten radikal acceptans för att kunna tillägna sig övriga färdigheter. Svårigheten att motivera ungdomar till behandling kan delvis tänkas hänga samman med att ungdomen inte har accepterat sin situation, mående och det faktum att de själva behöver arbeta för att förändra den, vilket radikal acceptans innebär. Sammantaget verkar det validerande förhållningssättet i DBT vara av stor betydelse för att patienterna ska ta till sig behandlingen och fortsätta komma till den. Utifrån vad som framkommit i intervjuerna kan betydelsen av ett validerande förhållningssätt inte nog betonas, det upplevdes som hjälpsamt över lag, i att delta i gruppen, våga prata, i att lära sig färdigheter och att berätta om hemuppgifter. Det kan tänkas vara än viktigare i ett inledande skede i behandlingen då relationen mellan patient och terapeut är ny. Dimleff och Koerner (2007) betonar betydelsen av ett validerande förhållningssätt då patienterna har en skörhet i sina erfarenheter av invalidering. I en studie av Perseus, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg och Samuelsson (2003) drog man slutsatsen att det är det validerande förhållningssättet i kombination med färdigheterna som leder till behandlingens effektivitet.

Etiska aspekter

Den intervjuade målgruppen har en komplex och sammansatt psykiatrisk problematik vilket kan innebära att starka känslor kan uppkomma i en intervjusituation. Ett etiskt dilemma skulle kunna vara att ungdomarna under intervjuerna upplevde sig utsatta. Intentionen var att skapa ett så öppet intervjuklimat som möjligt med ett validerande förhållningssätt gentemot ungdomarna. Ungdomarna förbereddes innan på hur intervjuerna skulle gå till väga, att materialet skulle komma att avidentifieras i sammanställningen och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Ungdomarna erhöll kontaktuppgifter och hade möjlighet att ställa frågor och ta kontakt även efter intervjun. Samtalsklimatet upplevdes av intervjuaren som öppet och intrycket var att det var positivt för ungdomarna att bli tillfrågade om sina upplevelser och att summera vad de lärt sig. Ungdomarna upplevdes engagerade och deltog aktivt under intervjun. De reflekterade över behandlingskontakten och uppmärksammade färdigheter som de hade lärt sig. Flera beskrev att färdigheterna hade automatiserats och att de inte tänkt på det tidigare.

Begränsningar i studien

Studien innefattar åtta deltagare och kan inte göra anspråk på att vara generaliserbar. I studien deltog enbart flickor då inga pojkar uppfyllde inklusionskriterierna vilket är en stor begränsning i studien. För att avgränsa studien valdes enbart att undersöka hur ungdomarna upplevt färdighetsträningsgruppen vilket är en annan begränsning. Behandlingen består som beskrivits tidigare av fler komponenter (Kåver & Nilsson 2002 ; Linehan 1993). Patienterna har gått i individualterapi, haft tillgång till telefonstöd och de flesta ungdomarnas föräldrar har gått i anhörigutbildning som erbjudits på mottagningen som en del i behandlingsupplägget. De förändringar som skett antas också kunna härledas till övriga delar i behandlingen och det är inte möjligt att särskilja vilka effekter som kan härledas till färdighetsträningsgruppen. I individualterapi får patienterna hjälp med att implementera de färdigheter som de lärt sig i gruppen. De föräldrar som har gått i anhörigutbildning har fått stöd i att förstå och validera sina ungdomar vilket antas ha en inverkan på resultatet. Några av ungdomarna intervjuades

samma vecka som de hade gått klart i färdighetsträningen vilket kan tänkas vara väl nära inpå för att hinna generalisera färdigheter och observera vilka förändringar som skett. För de ungdomar som det gått en tid sedan DBT-behandlingen avslutades verkade förändringen vara större och mer påtaglig, flera beskrev att förändringarna var automatiserade. Att intervjuaren har en förförståelse om metoden kan tänkas påverka resultatet då frågorna kan tendera att bli mer styrda och specifika. En annan begränsning är att inte de deltagare som hoppat av behandlingen har intervjuats då man kan anta att resultatet hade påverkats om denna grupp varit representerad. Ytterligare en begränsning är att en del av informationen och nyanser i det insamlade materialet förloras när det kategoriseras och sammanställs.

Framtida forskning

Miller (2015) tar upp att det finns över 20 RCT-studier som visar på lovande effekter av DBT-behandling. De allra flesta är gjorda på vuxna. Mehlum et.al (2014) har gjort en RCT-studie på ungdomar. Studien påvisade minskat självskadebeteende, suicidtankar och depression. Flera forskare tar upp behovet av fler RCT-studier för att utvärdera effekterna på DBT-behandling för ungdomar (Groves et.al 2012; MacPherson et.al). Många av de studier som gjorts på ungdomar visar på att behandlingen kan ha god effekt men detta behöver bekräftas i RCT-studier. Många ungdomar avslutar behandlingen i förtid och vissa får man aldrig med sig. Det hade varit av intresse att få veta mer om skälen till att ungdomar tackar nej till behandling eller hoppar av behandlingen trots ett stort lidande med självdestruktivitet och svårigheter med känsloreglering. Personer med självskadebeteende och emotionella regelringssvårigheter är en svårbehandlad och svårmotiverad grupp (Nationella självskadeprojektet 2013). I Hallek et.al (2011) utvärdering var det stort bortfall totalt sätt för de som tackade nej och de som hoppade av. Antalet personer som hoppade av behandlingen visade sig i (Landes et.al 2016) studie vara så högt som 51,8% för patienter med diagnosen BPD som deltog i DBT-behandling. Risken för avhopp visade sig vara större vid yngre åldrar, högre nivåer av lidande och vid låg acceptans för att stå ut med starka känslor.

Forskning på hur man kan öka förutsättningarna för att få med ungdomarna i en så omfattande behandling som DBT skulle vara intressant då motivationen ofta sviktar. De som väl kommer i behandling och fullföljer den ser ut att ha god behållning av den med minskade symptom på flera områden (Melum et.al 2014). Som tidigare nämnt har DBT-behandling i forskningen visat sig kunna tillämpas på olika psykiatriska tillstånd. Vid genomgång av forskning på området framkommer det ett flertal grupper som behandlingen har provats på så som ADHD (Hirvikoski, 2011; Nari et.al), bipolär sjukdom (Eisner et.al 2017), åttstörning, missbruk och PTSD (Ritschel et.al) och depression (Feldman et.al 2009) med goda effekter. Metoden ser ut att ha en generaliserbar effekt och tillämpning. Att fortsätta utpröva och studera behandlingen på olika områden är av stor vikt för att minska psykiskt lidande med tanke på behandlingens lovande effekt.

Konklusion

Den mest framträdande förändringen som framkom i studien var en känslomässig stabilisering med ökad kontroll att hantera suicidala impulser. Betydelsen av att uppleva sig validerad i gruppen samt betydelsen av att identifiera och förstå sina känslor var framträdande. Användbarheten i att tillägna sig färdigheter i DBT-behandling verkar vara stor och kunna leda till påtagliga förändringar i livssituationen. En ökad förmåga att hantera svårigheter och utmaningar i livet framkommer. Att känna kontroll över sina känslor och sin vardag påverkar det psykiska måendet. Senaste tidens forskning indikerar att DBT-baserad

färdighetsträning kan användas vid ett flertal diagnosgrupper, forskning på olika områden pågår. Bristande förmåga till känsloreglering är en gemensam nämnare i de grupper som behandlingen utprovats på. För att öka förmågan till att reglera känslor verkar en grundförutsättning vara att lära sig att identifiera känslor. Medveten närvaro är en förutsättning för att identifiera känslor och färdigheter i att observera och beskriva är nödvändiga redskap. DBT-behandling är en omfattande insats som kräver eget engagemang hos patienterna. Ett validerande förhållningssätt verkar vara mycket betydelsefullt på många olika sätt för att patienterna ska fortsätta att ta sig an utmaningar i behandlingen. Antalet avhoppare är stort. I intervjuerna framkom det att de flesta ungdomarna upplevde behandlingen som tids- och energikrävande och att det kunde vara svårt att orka delta. Det hade varit mycket intressant att få ta del av upplevelser från ungdomar som hoppat av behandlingen, vad som ledde fram till det beslutet och vad de hade behövt för att kunna fortsätta. Enligt studier framkommer det att självskadebeteende är vanligt förekommande även hos pojkar inom barn- och ungdomspsykiatrin. Inga pojkar var representerade i denna studie och det är en utmaning framåt att uppmärksamma och fånga upp fler pojkar med självskadebeteende och emotionell regleringsproblematik. Speciellt då pojkar i större utsträckning tenderar att inte berätta om sitt självskadebeteende och då det kan ta sig andra uttryck än hos flickor.

Över lag var det överraskande hur mycket ungdomarna som fullföljt behandlingen hade tagit till sig och kunde beskriva av färdigheter som varit till hjälp. Att intervjua ungdomarna gav en inblick i behandlingen utifrån deras perspektiv, med deras ord. Det upplevdes mycket meningsfullt och värdefullt att ta del av ungdomarnas åsikter för att få en ökad förståelse även om studien inte är av den storleken att den är generaliserbar.

Referenser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Psychiatric Disorders, 5th edition (DSM-V)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armbrust, M., Ehrig, C. (2016). Skillstraining for patients with borderline personality disorder. *Psychotherapie psychosomatisch medizinisch psychologie* 66(07):283-298.
- Barn- och ungdomspsykiatrin. (2015). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. Stockholms läns landsting.
- Barn- och ungdomspsykiatrin. (2013). *DBT-teamets Färdighetsträning för föräldrar och närstående*. Stockholms läns landsting.
- Barn- och ungdomspsykiatrin. (2011). *DBT färdighetsträning*. DBT-teamet BUP Stockholm. Stockholms läns landsting.
- Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset (2009). *Dialektisk beteendeterapi färdighetsträning för ungdomar*. Uppsala.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Christensen, K., Riddoch, G., Eggers Huber, J. (2009). *Dialectical Behavior Therapy skills, 101 mindfulness exercises and other fun activities for children and adolescents*. Blomington, Indiana: AuthorHouse.
- Courtney, D.B., Flament M. (2015). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with selfinjurious thoughts and behaviors. *The journal of nervous and mental disease*. 203(7):537-544.

- Cunningham, K., Wolbert, R., Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: Clients assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice* 11, 248-256.
- Dams, A., Schommer, N., Röpke, S., Heuser, I., Lammers, C.H. (2007). Skilltraining and the posttreatment efficacy of dialectical behavior therapy six month after discharge of the hospital. *Psychotherapie psychosomatik medizinisch psychologie* 57(1):19-24.
- Dewe, C., Krawitz, R. (2007). Component analysis of dialectical behavior therapy skills training. *Australian Psychiatry*, 15(3): 222-225. New Zealand.
- Dimeff, L.A., Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in clinical practice*. New York: The Guildford Press.
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A.A., Deckersbach, T. (2017). Dialectical behaviora therapy group skills traning for bipolar disorder. *Behavior therapy*. 48(4):557-566.
- Fejes, A., Thornberg Robert. (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm. Liber AB.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skillsgroup for major depressive disorder. *Behavior researsh and therapy*, 47, 316-321.
- Fleischhaker, C., Böhme, R.,Sixt, B., Bruck., C., Schneider, C., Schulz, E. (2011). Dialectical behavior therapy for adolecents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicisal and self.injurous and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and mental health*. 5(3).
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., Mosco, E., Lowry, K. (2003). *Emotion reglutaion*. O'Donohue, W.T., Fisher ,J.E., Hayes, S.C. (red:er). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, 152-159. New York: Wiley.
- Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K., Owens, T. (2014). Dialectical behavior therapy-informed skillstraning for deliberate selfharm: A controlled trial with 3-month follow-up data. *Behavior research and therapy*, 60, 8-14.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report* 8 (4): 597-607.
- Groves, S., Backer, H., van den Bosch, W., Miller, A. (2012). Review: Dialectical behavior therapy with adolecents. *Child and adolescent mental health*. 17(2): 65-75.
- Hallek, C., Borg, N., Kordnejad-Karlsson, C., Larsson, J-O, Rudberg, C. (2011). *Utvärdering av dialektisk beteendeterapi inom Barn- och ungdomspsykiatrin i Stockholms läns landsting*. (FoU-rapport. BUP nr13). Karlskrona: Printfabriken
- Harvey, P., Rathbone, B.H. (2013) *Dialectical Behavior Therapy for At-Risk Adolescents*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Rück, J., Wiwe, C., Bothén, P., Nordström, A.,L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49:175-185.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A., Buteau, E., Neiditch, E., R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F., Struening, E. (2005). Family connections : A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family process*, 44(2): 217-225.
- Jimson, J., Lindahl, A. (2013). *Ett liv värt att leva-före detta patienters upplevelse av förändring efter DBT inom BUP*. Opublicerat psykologexamensarbete. Lunds universitet, institutionen för psykologi, Lund.
- Kazantzis, N., Deane, F.P., Ronan, K.R. (2000). Homework assignment in cognitive and behavioral therapy: A metaanalysis. *Clinical Psychology: Science and practice* 7, 2, 189-202.

- Koerner, K. (2012). *Doing Dialectical Behavior Therapy-A practical guide*. New York: The Guildford Press.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Landes, S.J., Chalker, S.A., Comtois, K.A. (2016). Predicting dropouts in dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 3(9).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York. Guildford Press.
- Linehan, M.M. (2000) *Dialektisk beteendeterapi. Färdighetsträningsmanual*. Natur och Kultur.
- Linehan, M.M (2016) *Dialektisk beteendeterapi. Arbetsblad för färdighetsträning*. Natur och Kultur.
- Linnér, A., Perry, K., Sonesson, H., Noltorp, L., Wänstrand, M., Hollander, F., Ahlfeldt, C. (2013). *Familjeband*. Lund.
- Linton, J., Flink, I. (2011). *12 verktyg in KBT- Från teori till färdighet*. Natur och Kultur.
- Lund, L.G. (2013). *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen?* Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- MacPherson, H.A., Cheavens, J.S., Fristad, M.A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical child and family psychology Review*.16, 59-80.
- Marques, S., Barrocas, D., Rijo, D. (2017). Psychological treatments for borderline personality disorder: A review of cognitive behavioral oriented therapies. *Acta Medica Portuguesa*. 30(4):307-319.
- Mehlum, L., Törmoen, Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S, Stanley, B.H, Miller, A.L., Sund, A.M., Gröholt, B. (2014). Dialectical Therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American academy of child adolescents psychiatry* 53(10): 1082-1091.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Törmoen, M., Haga., E., Diep, L.M., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M., Gröholt, B. (2016). Dialecticalbehavior therapy compared with enhanced usual care for adolecents with repeated suicidal and selfharming behavior: Outcomes over one year follow up. *American academy of child adolescents psychiatry* 55(4):295-300.
- Miller, A.L. (2015). Introduction to a special issue dialectical behavior therapy: evolution and adaptations in the 21st century. *American journal of psychotherapy*, 69(2): 91-95, New York.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York. Guildford Press.
- Nationella självskadeprojektet. (2013). *Ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om vården av unga med självskadebeteende*. Sveriges kommuner och landsting.
- Nationella självskadeprojektet. (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende*. *Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Sveriges kommuner och landsting.
- Nasri, B., Castenfors, M., Fredlund, P., Ginsberg, Y., Lindefors, N., Kaldo, V. (2017). Group Treatment for Adults with ADHD based on a novel combination of cognitive and dialectical behavior interventions. *Journal of attention disorders*.
- Odelius.B.C., Ramklint. M. (2014). Nationella självskadeprojektet. *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri*. Uppsala universitet.

- Perseus, K.I., Öjehagen, A. Ekdahl, S., Åsberg, M., Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate selfharming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of psychiatrist nursing* XVII, 5, 218-227.
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A.L., Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69.2, 163-178.
- Rathus, J., Miller, A.L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. New York: Guildford Press.
- Ritschel, L., A, Lim, N.,E, Stewart, L., M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy. New York*. 69.2 111-128.
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebriá, A., Barrachina, J., Campins, M.J., Gich, I., Alvarez, E., Pérez, V. (2009). Dialectical behavior therapy skillstraining compared to standard grouptherapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behavior research and therapy*. 47, 353-358.
- Stotts, A.L., Northrup, T.F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current opinion in psychology* 2:75-81.
- Swales, M., Hibbs, R.A.B., Bryning, L, Hastings, R.P. (2016). Health related quality of life for young people receiving dialectical behavior therapy (DBT): routine outcome-monitoring pilot. *SpringerPlus*. 5, 1137.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wisniewski, L., Ben-Porath, D.D. (2015). Dialectical Behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *American journal psychotherapy*. 69(2):129-140.
- World Health Organisation. (2011) *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems-Tenth Revision (ICD-10)*.

Bilaga 1

Intervjuguide

Hur fick du kännedom om DBT-behandling?

Visste du något om DBT-gruppen innan du började, hade du fått någon information?

Minns du hur du mådde när du började i DBT-gruppen? Vilka svårigheter/problem var störst?

Hade du några förhoppningar/förväntningar om vad du skulle få hjälp med?

Fick färdighetsträningsgruppen någon betydelse för dig?

Var det något som var speciellt hjälpsamt/speciellt svårt?

Hur var det att komma till gruppen första gången?

Hur var mottagandet när du kom dit? Hur upplevde du att du blev bemött av övriga deltagare/kursledare?

Hur upplevde du stämningen i gruppen?

Hur var det för dig när det kom in nya deltagare i gruppen?

Vad minns du av undervisningen?

(följdfrågor)

-Relationsfärdigheterna? Kan du ge något exempel på relationsfärdigheter som du använt dig av? Har det fått någon effekt/inneburit någon förändring för dig?

-Mindfullnessfärdigheterna? Kan du ge något exempel på färdigheter i medveten närvaro som du använt dig av? Har det fått någon effekt/inneburit någon förändring för dig?

-Krisfärdigheterna? Kan du ge något exempel på färdigheter i krishantering som du använt dig av? Har det fått någon effekt/inneburit någon förändring för dig?

-Känsloregleringsfärdigheterna? Kan du ge något exempel på färdigheter i känsloreglering som du använt dig av? Har det fått någon effekt/inneburit någon förändring för dig?

Minns du några övningar? Någon som var hjälpsam? Någon som var svår?

Hur upplevde du att det var att göra hemuppgifter?

Upplevde du någon förändring i ditt mående efter att du gått klart gruppen?

Har du någon användning av det som lärdes ut i gruppen nu?

Är det något som du skulle vilja ändra på/något som kunde gjorts annorlunda/något du saknade?

Bilaga 2

Information och samtyckesformulär

Hej!

Jag studerar på psykoterapeutprogrammet på Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Under våren 2017 kommer jag att skriva en examensuppsats där jag har riktat in mig på att få veta mer om hur ungdomar har upplevt det att delta i DBT färdighetsträningsgrupp. Jag är intresserad av att få veta mer om dina upplevelser och erfarenheter av att delta i behandlingen, om något var till hjälp eller speciellt svårt. Resultatet av studien kommer att användas som underlag för att utvärdera hur behandlingsinsatsen kan utvecklas framåt. Intervjun sker vid ett tillfälle och tar ca 1 timme. Intervjuerna kommer att spelas in. Materialet kommer att avidentifieras. Det är endast jag som kommer att ha tillgång till intervjuerna. Efter att studien är klar kommer intervjuerna att raderas. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst under studien avbryta ditt deltagande. Resultatet kommer att presenteras i övergripande teman och illustreras med citat. Deltagarnas identitet kommer att skyddas i sammanställningen. Resultatet från studien kommer att presenteras i en examensuppsats på psykoterapeutprogrammet i Göteborg och kan även komma att publiceras i en vetenskaplig tidsskrift som ett specialarbete på specialistutbildningen inom Psykologförbundet.

Helena Karlsson
Leg. psykolog
BUP-mottagningen xxxxx
Tlf xxxxxx

Jag samtycker till att delta i intervjun

Ort, datum: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____