

# **Psykometrisk utvärdering av General Self-Efficacy Scale - känslomässiga kriser (GSES-K)**

**Karolina Mardula, leg psykolog & Christine Toll, leg psykolog**

Huvudhandledare: Sven Alfonsson, (Fil Dr., Med dr., leg psykolog, leg psykoterapeut)

Bihandledare: Martina Wolf-Arehult, (Fil. Dr., leg psykolog, leg psykoterapeut)

## Abstract

In outpatient psychiatric care, there are individuals who struggle with difficulties in distress tolerance. For example, the difficulties may occur in cases where some diagnostic criteria for Borderline Personality Disorder are met, without the full diagnosis being presented. At present, there is no scale for measuring a person's experience of their ability to handle distress. Such a scale would enable improved conditions for detecting patients with these difficulties, as well as evaluating the effect of treatments. The present study examines a modified version of a self-assessment scale, the General self-efficacy scale – Distress tolerance (GSES-K), which aims to measure the experience of ability to tolerate distress. The construct validity, reliability and sensitivity to change of the scale were examined through repeated self-assessments in a clinical and non-clinical group, respectively. The results showed good psychometric properties and suggest the possibility of implementation in psychiatric settings. Suggestions for further research are given.

*Keywords: Distress tolerance, Emotional dysregulation, Self-efficacy, Psychometric evaluation, DBT skills training*

## Sammanfattning

I psykiatrisk öppenvård förekommer individer som besväras av svårigheter att stå ut när det är svårt, eller att hantera känslomässiga kriser. Exempelvis kan svårigheterna förekomma i de fall några diagnoskriterier för Borderline personlighetssyndrom är uppfyllda, utan att hela diagnosen föreligger. I nuläget saknas en skattningsskala för att mäta en persons upplevelse av sin förmåga att hantera känslomässig kris. En sådan skala skulle möjliggöra förbättrade förutsättningar för att upptäcka patienter med dessa svårigheter, samt att utvärdera effekt av behandlingsinsatser. Föreliggande studie undersöker en för studien anpassad självskattningsskala, General self-efficacy scale - Känslomässiga kriser (GSES-K), som avser mäta upplevelse av sin förmåga att hantera känslomässiga kriser. Skalans begreppsvaliditet, reliabilitet och förändringssensivitet undersöktes genom upprepade självskattningar i en klinisk respektive icke klinisk grupp. Resultaten visade på goda psykometriska egenskaper och talar för möjligheten till implementering i psykiatrisk verksamhet. Förslag på vidare forskning ges.

*Nyckelord: Distress tolerance, Emotionell dysreglering, Självförmåga, Psykometrisk utvärdering, DBT färdighetsträning*

### **Författarens tack**

Ett varmt tack riktas till deltagare som både tagit sig tid och delat med sig av sitt inre. Utan er hade denna studie inte varit möjlig.

Ett stort tack också till handledare Sven Alfonsson, bihandledare Martina Wolf-Arehult och doktorand Martina Isaksson. Er erfarenhet och hjälpsamhet har varit till stor hjälp.

## Innehåll

Bakgrund.....	1
<b>Distress Tolerance .....</b>	<b>1</b>
<b>Self-Efficacy .....</b>	<b>2</b>
<b>Befintliga mått på Self-Efficacy .....</b>	<b>3</b>
<b>Behov av ett mått på självförmåga att hantera känslomässig kris.....</b>	<b>4</b>
Syfte .....	5
<b>Frågeställningar och hypoteser.....</b>	<b>5</b>
Metod .....	6
<b>Modifieringen av GSES .....</b>	<b>6</b>
<b>Procedur/Genomförande.....</b>	<b>7</b>
<b>Instrument.....</b>	<b>8</b>
<b>Borderline Symptom Checklist (BSL-23).....</b>	<b>8</b>
<b>Deliberate self-harm inventory: Nine-item version (DSHI-9).....</b>	<b>8</b>
<b>Difficulties in emotion regulation scale (DERS-16).....</b>	<b>8</b>
<b>Hopkins symptom checklist-25 (HSCL-25).....</b>	<b>8</b>
<b>General self efficacy scale (GSES) .....</b>	<b>9</b>
<b>Self-compassion scale short form (SCS-SF).....</b>	<b>9</b>
<b>Deltagare .....</b>	<b>9</b>
<i>Icke klinisk grupp .....</i>	<i>9</i>
<i>Klinisk grupp.....</i>	<i>10</i>
<b>Mätmetoder .....</b>	<b>10</b>
Etiska överväganden.....	10
<b>Studiedesign och dataanalys.....</b>	<b>11</b>
Resultat .....	12
Frågeställning 1: Begreppsvaliditet .....	12
<b>Frågeställning 2: Reliabilitet.....</b>	<b>13</b>
<b>Frågeställning 3: Förändringssensivitet .....</b>	<b>13</b>

Diskussion .....	14
<b>Studiens begränsningar och förslag på framtida forskning.....</b>	<b>17</b>
<b>Kliniska implikationer .....</b>	<b>17</b>
<b>Slutsatser .....</b>	<b>18</b>
Referenser .....	19
Bilaga. (GSES-K) .....	23

## Bakgrund

Svårigheter med känsloreglering har ett samband med problembeteenden så som självskada, suicidhot och andra impulsiva och dysfunktionella beteendemönster (Linehan, 1993; Klonsky, 2007). Omfattningen i svårigheterna kan variera från att vara så pass utbredda som vid Borderline personlighetssyndrom/Borderline personality disorder (BPD) (American Psychiatric Association, 2013) där svårigheterna med att hantera känslor i en rad situationer leder till en stor negativ påverkan på funktionsnivå (IsHak et al. 2013; Grambal et al., 2016), riskerar medföra frekvent behandling inom slutenvård (Zanarini et al. 2015) och en ökad risk för suicid (Black et al. 2004). För andra förekommer svårigheter inom samma område utan att diagnos BPD i sin helhet ställs, men där individen till exempel kan ha svårt att hantera situationer där starka känslor utlöses. Exempel kan vara att vid känslomässiga kriser få svårt att agera lösningsfokuserat och hålla fast vid sina mål, att vid negativa besked agera destruktivt eller impulsivt, eller att inte uppleva sig ha förmågan att hantera svårigheter som utlöser starka negativa känslor av egen kraft. Oavsett grad av svårigheter behövs inom psykiatrisk verksamhet instrument med goda psykometriska egenskaper som lyckas detektera svårigheter inom området, som ett led i att matcha individen mot rätt behandling.

Behandlingsformen Dialektisk beteendeterapi (DBT) (Linehan, 1993) som utvecklats för personer med BPD har ett övergripande mål att leva ett liv värt att leva. Linehan inkluderar i behandlingen ett omfattande fokus på färdighetsträning utifrån ett antagande om att man som individ kan ha brister i sin förmåga att sätta samman olika beteendekomponenter på ett effektivt sätt, och därigenom exempelvis kunna förhindra destruktiva beteenden. Som presenterat i manualen (Linehan, 1993) kan effektiva beteenden betraktas som just färdigheter, som kan läras ut och tillämpas i olika situationer. I behandlingen ingår färdighetsträning i grupp (Linehan, 2014) som fokuserar på färdigheter i medveten närvaro, att reglera känslor och att hantera relationer. Vidare finns en behandlingsmodul som syftar till att öka förmågan att hantera känslomässiga kriser benämnt som *distress tolerance skills*.

### Distress tolerance

Distress tolerance kan definieras som en individs förmåga till att uppleva och hantera olika negativa tillstånd, och påverkar i sin tur till exempel vilka strategier man väljer för känsloreglering (Simons & Gaher, 2005). En begränsad förmåga till distress tolerance förekommer vid BPD (Linehan, 1994), men har också visat sig ha ett samband med olika ångestsyndrom (Keough et al., 2010; Laposo et al., 2015) och svårighetsgraden vid

posttraumatisk stress (Vojanovic et al., 2011). Leyro et. al (2010) har ringat in förmåga till ”distress tolerance” som en möjlig transdiagnostisk faktor vid olika former av psykopatologi (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010). För att kunna kartlägga denna faktor vidare hos olika patientgrupper och utveckla interventioner som syftar till en ökad förmåga till distress tolerance behövs mätinstrument med goda egenskaper och som är anpassade till klinisk verksamhet.

Ett mått som utvecklats för att mäta förmåga till “Distress tolerance” är distress tolerance scale (DTS) (Simons & Gaher, 2005). Respondenten svarar på en likertskala i fem skalsteg påståenden om sitt sätt att tolka och förhålla sig till starka känslöpåslag. Skalan har utvärderats och bedömts ha acceptabla psykometriska egenskaper och ger ett mått på tolerans, tolkning, upptagenhet av och känsloreglering i upprörande situationer. Dock mäter skalan i första hand individens upplevelse av tolerans inför starka känslor, snarare än att ge ett mått på individens upplevelse av sin förmåga att hantera den emotionella krisen (Neasciu et al., 2010). Vidare tar måttet inte hänsyn till konsekvensen av de strategier respondenten använder sig av, det framgår exempelvis inte huruvida strategierna som används är i linje med respondentens långsiktiga mål eller huruvida de riskerar att förvärra situationen på sikt.

En möjlighet för att upptäcka individer i behov av färdigheter att hantera känslomässiga kriser är att som komplement till frågor om psykiatriska symtom efterfråga en individs upplevelse av sin förmåga att specifikt hantera svårigheter i livet. För att få fatt i detta kan förmåga till self efficacy, eller självförmåga (Bandura, 1997), undersökas.

### **Self-efficacy**

Begreppet self-efficacy (SE) eller självförmåga, syftar till en individs tilltro till att kunna utföra en handling i en viss situation för att uppnå ett visst resultat. Begreppet är sprunget ur social kognitiv teori och vilar på grundpremisen att en individ inte ägnar sig åt ett beteende om hon inte dels tror sig ha förmågan att utföra beteendet, och dels inte tror att beteendet kan leda till ett önskat mål (Bandura & Benight, 2004). Enligt social kognitiv teori spelar således en individs föreställningar om sin egen förmåga att genom sina handlingar uppnå ett specifikt mål en central roll för vilka beteenden hon utför. Upplevd SE har i flertal studier visat sig ha ett samband med positiv affekt och hög livstillfredsställelse (t.ex Leganger et al. 2000; Luszczynska et. al, 2005), samt ha en predicerande roll för användande av hälsofrämjande beteenden (Sheer, 2014). Barnicot et. al (2016) hittade ett samband mellan



högre SE, användande av färdigheter och lägre förekomst av självskada hos personer som avslutat ett DBT-program. SE utgör därför en kliniskt relevant faktor vid behandlingsinterventioner som syftar till beteendeförändring för ett förbättrat mående.

I begreppets ursprungliga konceptualisering (Bandura, 1977) beskrivs SE skilja sig åt mellan olika livsområden för en och samma individ. En individ antas kunna ha hög SE inom ett område, men lägre inom ett annat. Bemästrande inom ett område anses kunna ha en generaliseringseffekt till ett annat, dock i begränsad utsträckning och i första hand till områden som liknar det i vilket den bemästrande upptäckten gjordes. Samvariation i upplevd SE mellan olika livsområden anses således kunna förklaras av specifika bakomliggande färdigheter med relevans för de båda områdena (Bandura, 1977; 2006).

Över tid har antagandet om SE som ett domän- eller situationsspecifikt koncept ifrågasatts och flertal studier som undersöker SE som en generell snarare än domänspecifik egenskap har genomförts (Scherbaum et. al 2006; Tijn van Diemen et. al 2020). Enligt denna teoretisering antas SE bestå i en generell inneboende tilltro till sin egen förmåga som tar sig i uttryck inom ett brett spektra av livets olika domäner snarare än tilltro till förmågan inom ett avgränsat område (Tijn van Diemen et. al 2020). Sammantaget kan mätandet av SE tillföra kunskap om en individs föreställningar om sina förutsättningar att hantera utmaningar i livet, oavsett om SE betraktats som en generell eller ett domänspecifikt fenomen.

### **Befintliga mått på self-efficacy**

Försök har gjorts att utveckla ett mått som fångar en individs upplevelse av generell SE. Schwarzer & Jerusalem (1995) har utvecklat ett sådant mått, General Self-efficacy Scale (GSES). GSES skulle således kunna ge information om en individs upplevda SE att hantera emotionella kriser, genom att generell SE överlappar den specifika att hantera känslomässiga kriser. Dock visar utvärderingar som gjorts i ett flertal studier och länder (t.ex. Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005) att dess generella utgångspunkt är på bekostnad av detektionsförmågan, Således riskerar GSES att inte fungera tillfredsställande för ändamålet att undersöka en individs SE att hantera känslomässiga kriser. Upphovsmakarna till skalan rekommenderar vidare att den modifieras om mer specifika förmågor efterfrågas. Sammanfattningsvis kan SE som begrepp vara användbart som mått på en individs upplevelse av sin förmåga att hantera känslomässiga kriser, men i enlighet med Banduras begreppsbyggnad om SE som något som skiljer sig åt mellan livets olika områden talar

tidigare forskning för ett behov av en skala som är mer specifikt riktad mot SE att hantera tillstånd av känslomässig kris. I föreliggande studie har ett teoretiskt antagande i enlighet med Banduras ursprungliga teoretisering om SE som en domänspecifik egenskap valts att undersökas, med ett specifikt antagande att individer bär på en föreställning om sin egen förmåga att hantera känslomässiga kriser.

### **Behov av ett mått på SE att hantera känslomässig kris**

Det finns inom fältet en rad exempel på instrument som mäter konstrukt som angränsar till "Distress Tolerance". Det finns till exempel instrument som används för att mäta symptom på BPD, Borderline symptom list, BSL-23 (Bohus et al., 2009), som avser fånga de besvär som motsvaras av vissa av kriterierna för BPD i DSM-V. Det finns även exempel på instrument som istället försöker fånga svårigheter med dysreglering. Ett sådant är Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), ett instrument som utvecklats för att mäta svårigheter med känsloreglering (Gratz & Roemer, 2004) och som även kortats ner till en version bestående av 16 frågor (Bjureberg et al., 2015). Författarna har i den kortare versionen inkluderat 5 av ursprungliga 6 delskalor bestående av frågor med fokus på både strategier för reglering, icke-acceptans av känslor, svårigheter med målstyrt beteende och impuls kontroll samt förmåga till att kunna identifiera känslor med klarhet. Skalan kan sammanfattningsvis sägas inkludera olika generella aspekter av känslomässig dysreglering. Vidare finns exempel på instrument som istället för symptom eller svårigheter fokuserar på att mäta olika färdigheter. Ett sådant är DBT-Ways of coping checklist (DBT-WCCL) som skapats som ett mått på generellt användande av färdigheter (Neasciu et al. 2010). Författarna konstaterar dock att det i instrumentet ej går att definiera tydliga delskalor för olika slags färdigheter. Således fungerar inte måttet tillfredsställande för att utvärdera färdigheter att specifikt hantera tillstånd av känslomässig kris. Vidare kan det ur ett kliniskt perspektiv vara svårt att få en samsyn med respondenten kring vad som avses med olika färdigheter före deltagande i behandling, då den svarande ännu inte har kännedom om vad som avses med de specifika färdigheter som efterfrågas.

Således finns instrument som avser mäta symptom på BPD, svårigheter med känsloreglering samt användandet av specifika färdigheter. Vidare finns mått på SE, men instrumentet ger information om generell SE, inte specifikt SE att hantera känslomässig kris. Sammanfattningsvis saknas det i dagsläget ett mått på SE att hantera känslomässiga kriser. På grund av detta riskerar patienter som söker vård vars besvär kännetecknas av allvarliga men

mer subtila problembeteenden avseende att hantera tillstånd av känslomässig kris att inte upptäckas eller följas på ett tillfredsställande sätt. Vidare är dialektisk beteendeterapi en omfattande behandling som innebär flera vårdbesök per vecka både individuellt och i grupp, och vid mindre omfattande besvär än vid BPD behövs sannolikt inte en så pass intensiv behandling som full DBT innebär. På grund av detta är det viktigt att i psykiatrisk vård kunna identifiera dessa individer med allvarliga men mer subtila besvär för att kunna erbjuda effektiv vård. En central metod för att upptäcka vårdbehov inom psykiatrisk vård är tillgången till instrument med goda psykometriska egenskaper. Om ett sådant mått utformas och uppvisar goda psykometriska egenskaper, inklusive god förändringssensitivitet, skulle det innebära förbättrade möjligheter för vården att upptäcka och följa upp behov hos patienter som riskerar att utveckla mer allvarliga problembeteenden. Vidare skulle ett sådant instrument underlätta utvärdering av vården som ges.

### **Syfte**

Sammanfattat skulle ett mått med goda psykometriska egenskaper för att mäta en individs upplevelse av sina färdigheter att hantera känslomässiga kriser fylla två syften. Dels underlätta att i vården upptäcka individer med behov av behandling specifikt riktad mot att öka dessa färdigheter och dels möjliggöra förbättrade förutsättningar för att utvärdera olika behandlingsformers effektivitet i avseendet att öka färdigheter i att hantera känslomässiga kriser.

Syftet med föreliggande studie är att undersöka huruvida ett för studien modifierat mått, Generell SE att Hantera Känslomässiga Kriser (GSES-K) som avser mäta SE att hantera känslomässiga kriser har goda psykometriska egenskaper.

### **Frågeställningar och hypoteser**

Föreliggande studie ämnar besvara följande frågeställningar:

1. Uppvisar GSES-K god begreppsvaliditet som ett mått på upplevd förmåga att hantera känslomässiga kriser?
2. Uppvisar GSES-K god intern- och test-retest reliabilitet?
3. Uppvisar GSES-K förmåga att upptäcka förändring?

För att analysera begreppsvaliditeten utgick arbetet från hypotesen att en medelstark  $-(0.3-0.5)$  negativ korrelation skulle gå att påvisa mellan svar i GSES-K och svar i de använda

skalorna för olika mått på psykisk ohälsa samt svårigheter i emotionsreglering. Detta utifrån tidigare forskning som påvisat negativt samband SE, positiv affekt och hög livstillfredsställelse (t.ex Leganger et al. 2000; Luszczynska et. al, 2005). Vidare antogs en medelstark (0.3-0.5) positiv korrelation kunna påvisas mellan GSES-K och mått på självmedkänsla. Detta antagande gjordes utifrån att både SE (t.ex Leganger et al. 2000; Luszczynska et. al, 2005) och självmedkänsla (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015), påvisats ha en samvariation med olika mått på välmående. Avseende GSES antogs ett medelstarkt samband (0.3-0.5) kunna påvisas då konstrukten antas utgöras av olika domäner inom SE, men som inte är helt fristående från varandra.

Avseende reliabilitet förväntades denna vara god med hög intern reliabilitet och test-retest som ej uppvisade någon statistiskt signifikant skillnad i den icke kliniska gruppen vid två mättillfällen med två veckors mellanrum.

Avseende förändringssensitivitet förväntades en statistiskt signifikant skillnad kunna påvisas i den kliniska gruppen före respektive efter behandlingsinterventioner som syftar till att öka förmåga att hantera tillstånd av känslomässig kris.

## **Metod**

### **Modifieringen av GSES**

Frågorna i skattningsskalorna är formulerade utifrån GSES (Schwarzer & Jerusalem, 1995) men modifierade till att vara riktade mot det specifika området att hantera känslomässiga kriser, detta i enlighet med författarnas rekommendation som nämnts tidigare. Skattningsskalan GSES har modifierats inom ramen för ett större forskningsprojekt, *Svårigheter med känsloreglering*, och avser en delstudie som genomfördes på Sektionen för Affektiva sjukdomar, Akademiska sjukhuset, i Uppsala, Sollentuna psykiatriska mottagning och Borderlineenheten, Psykiatri Nordväst i Stockholm. Forskningsledare är Martina Wolf-Arehult som även har tjänsten som sektionschef vid Psykiatri Nordväst, den klinik som två av mottagningarna som ingår i studien tillhör. Wolf-Arehult har tillsammans med Isaksson (2018) gjort GSES mer specifik genom att göra tillägg till frågorna i GSES för att specificera att frågorna berör just SE vid känslomässiga kriser (Bilaga A) i syfte att utveckla ett valitt och reliabelt mått som framgångsrikt identifierar en individs upplevda färdigheter att hantera

känslomässig kris. Formuläret innehåller endast 10 items, vilket är fördelaktigt för både klinisk användning såväl som forskning (Gratz & Roemer, 2004). Instrumentets egenskaper har ännu ej utvärderats. Upplevd generell SE skattas på en skala från 1 (stämmer inte alls) till 4 (stämmer helt och hållet). Resultatet varierar mellan 10 och 40 poäng, och ett högre resultat indikerar högre upplevd generell SE och vice versa. Frågorna inkluderar items av typen: “Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag anstränger mig tillräckligt”, “Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra” och “Vad som än händer klarar jag mig alltid”. Språkliga justeringar har gjorts för att inkludera ord som “känslomässiga kriser”, “destruktiva eller impulsiva handlingar” och “starka negativa känslor” och därmed göra frågorna mer specifika.

### **Procedur/Genomförande**

En icke-klinisk grupp rekryterades via sociala medier. Urvalet för den icke-kliniska gruppen gjordes genom att deltagarna själva hörde av sig vid intresse av att delta i studien. Deltagarna informerades om att studiens syfte berörde personlighetsstilar, känsloreglering och psykisk hälsa, samt att undersöka om olika frågeformulär på ett tillförlitligt sätt kan skatta människors problem med känsloreglering. Deltagarna fyllde i 19 stycken skattningsskalor som totalt beräknades ta 50-60 minuter och skickade in svaren anonymt via webbenkät. Av dessa formulär användes svaren hos fem skattningsskalor inom ramen för aktuell studie. Dessa är skattningsskalorna GSES-K, HSCL-25, GSES, SCS-SF och DSHI-9.

En klinisk grupp rekryterades vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Stockholm; Sollentuna psykiatriska mottagning. En majoritet av patienter som inkom till mottagningen genomgick ett standardiserat bedömningsförfarande hos läkare eller psykolog för anamnestagning, diagnostik och ifyllande av skattningsskalor. I de fall det framkom besvär med känsloreglering gjordes en bedömning kring om patienten skulle ha nytta av deltagande i Färdighetsträning enligt DBT. Patienten tillfrågades i samband med detta kring deltagande i studien, där utvärderingen av GSES-K utgör en del. Patienten gavs information både muntligt och skriftligt.

I de fall patienten tackade ja till deltagande skrev denne på samtycke och fick ett deltagarnummer av sin bedömare. De av patienterna som deltog i behandling besvarade därefter GSES-K vid två tillfällen; första tillfället i samband med bedömningssamtal och planering för deltagande i behandling, andra tillfället i samband med uppföljning efter att

behandlingsintervention givits. Den behandling patienten deltog i bestod av träning i mindfulness samt en av de tre övriga modulerna från DBT färdighetsträning. Vilken modul patienten deltog i varierade beroende på aktuella gruppstarter vid den kliniska verksamhet där studien ägde rum. Det andra mätillfället genomfördes i snar anslutning till avslutande av deltagande i 8 sessioner à 2 h/session.

## **Instrument**

Följande instrument användes i föreliggande studie som jämförelsemått för att undersöka GSES-Ks begreppsvaliditet.

### ***Borderline Symptom checklist (BSL-23)***

BSL-23 är en kortversion av Borderline symptom checklist (Bohus et al., 2007) som används vid bedömning av BPD/EIPS och som vid utvärdering har visat goda psykometriska egenskaper (Bohus, et al., 2009). Instrumentet består av 23 items med en skala från 0 (inte alls) 4 (mycket starkt). Resultatet beräknas genom att summera alla poäng och dividera med antalet frågor, varpå resultatet ges i ett medelvärde mellan 0 och 4.

### ***Deliberate self-harm inventory: Nine-item version (DSHI-9)***

DSHI-9 är en kortversion av Deliberate self-harm inventory (Gratz, 2001) som i en svensk studie uppvisat god reliabilitet och begreppsvaliditet (Bjärehed & Lundh, 2008). För nio typer av fysiska självskadebeteenden skattas hur många gånger de förekommit senaste halvåret, på en skala från 0 (aldrig) till 6 (fler än fem gånger). Maxpoängen på skalan är 54.

### ***Difficulties in emotion regulation scale (DERS-16)***

DERS-16 är en kortversion av DERS (Gratz & Roemer, 2004) och är ett mått på generella svårigheter med emotionsreglering. Instrumentet har i utvärdering uppvisat goda psykometriska egenskaper (Bjureberg et al., 2016). Instrumentet består av 16 items med en skala från 1 (nästan aldrig) till 5 (nästan alltid). Totalpoängen i DERS-16 varierar från 16 to 80, där högre poäng avser högre grad av svårighet i känslomässig reglering.

### ***Hopkins symptom checklist-25 (HSCL-25)***

HSCL-25 är en förkortad version av Hopkins symptom checklist, ett screeninginstrument för psykiatriska symtom på ångest och depression (Derogatis et al. 1974)

som uppvisat tillfredsställande validitet och reliabilitet (Derogatis, Rickels & Rock, 1976) och som även validerats i en svensk undersökning (Netteblatt, et. al., 1993). Skalan består av 25 frågor som besvaras på en skala från 1 (inte alls) till 4 (mycket) totalpoängen beräknas utifrån medelvärdet på dessa.

### ***General self efficacy scale (GSES)***

GSES bedömer styrkan hos en individs tro på sin generella förmåga att hantera nya eller svåra situationer (Schwarzer & Jerusalem, 1995) och har goda psykometriska egenskaper (Schwarzer, Mueller & Greenglass, 1999; Scholz et al., 2002). Skalan har validerats i en svensk population (Löve et al., 2011). Skalan består av 10 items, där SE skattas på en likertskala från 1 (stämmer inte alls) till 4 (stämmer helt och hållet). Resultatet varierar mellan 10 och 40 poäng, och ett högre resultat indikerar högre upplevd generell SE och vice versa.

### ***Self-compassion scale short form (SCS-SF)***

SCS-SF är en kortversion av Self-compassion scale (SCS) som är ett mått på olika komponenter av en individs upplevda självmedkänsla (Neff, 2003) och som har uppvisat goda psykometriska egenskaper (Raes et al., 2011). Självmedkänsla har enligt den här definitionen beskrivits som ett slags förhållningssätt som bland annat innehåller komponenter av vänlighet, en förmåga att se en gemenskap eller allmänmänsklighet i lidande och en förmåga att vara medvetet närvarande (Neff, 2003), Självmedkänsla har visat sig ha ett samband med välmående (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015), minskad grad av depressiva symtom (Krieger et.al 2013) samt låg grad av stressymtom (Homan et. al 2017). Skalan består av 12 items som skattas på en skala från 1-5, där 1= nästan aldrig, 5= nästan alltid. Totalpoäng beräknas utifrån medelvärde, 6 items på skalan har inverterad poängsättning.

## **Deltagare**

### ***Icke klinisk grupp***

Deltagare till den icke kliniska gruppen (n=407) rekryterades via sociala medier. Deltagarna var mellan 18-77 år gamla, M=30.5. Av dessa var 303 kvinnor, 103 män och 1 person som ej angett kön. Av dessa 407 deltagare var 16 stycken sjukskrivna alternativt erhöll sjuk- eller aktivitetsersättning.

## ***Klinisk grupp***

Deltagare till den kliniska gruppen rekryterades i syfte att undersöka GSES-Ks förändringssensivitet/responsivitet samt för jämförelse i skattningar mellan icke-kliniskt och klinisk grupp. 30 personer fyllde i skattningar vid ett tillfälle. Av dessa 30 bestod urvalet av 4 män och 26 kvinnor. Deltagarna var mellan 18-54 år, M=30. Fem av dessa personer var vid deltagandet sjukskrivna. 22 av deltagarna hade genomgått en diagnostisk bedömning rörande uppfyllandet av EIPS/BPS och uppfyllde i genomsnitt 4/9 diagnoskriterier för EIPS/BPS (spann: 0-7 kriterier). Av dessa genomgick 20 deltagare behandling och fyllde även i eftermätningar.

## **Mätmetoder**

Mätmetod i föreliggande studie är självskattningar. Den icke kliniska gruppens svar baseras helt på självskattning som genomförts via webbenkät. Utfallsmått i icke klinisk grupp är självskattade svar på skattningsskalorna HSCL-25, DSHI, DERS-16, BSL-23, GSES, SCS-SF samt GSES-K.

Mätmetod i den kliniska gruppen utgörs dels av ett första urval baserat på ett standardiserat bedömningsförfarande vid enheten och dels på deltagarnas svar i självskattningar. Utfallsmått i klinisk grupp är självskattade svar på GSES-K samt eventuell diskrepans i GSE-K mellan två mättillfällen, före och efter behandlingsintervention som syftar till att öka färdigheter i hantering av emotionella kriser. Vidare undersöks skattningar vid för- och eftermätningar på BSL-23 och DERS-16.

## **Etiska överväganden**

Arbetet faller inom ansökan om godkännande från Etikprövningsnämnden med projekttitel *Svårigheter med känsloreglering, fortsatt utvärdering*, med diarienummer 2018 / 367 som godkändes 2018-10-17.

Deltagare i icke klinisk grupp fick allmän information primärt i sociala medier. Om de visade intresse för deltagande genom att kontakta studieansvariga fick de mer detaljerad information. Samtycke inhämtades online av studieansvarig och deltagandet var anonymt. Deltagare från icke klinisk grupp ersattes med en biobiljett.



Avseende klinisk grupp informerades patienten både muntligt och skriftligt om syftet med studien, hur studien gick till, vem som var ansvarig för forskningen och att deltagande var frivilligt. Patienten kunde ställa frågor under samtalet. Alla potentiella deltagare gavs utförlig och lättförståelig patientinformation. Skriftligt samtycke inhämtades och bevarades inlåst.

Avseende forskningsetiska överväganden finns risk för att patienterna kunde känna sig pressade till att delta utifrån oro att avböjande till deltagande skulle leda till sämre vård. Frivilligheten i deltagandet och att deltagande inte har någon som helst påverkan på vården betonades. Dataintrång är en integritetskränkande risk, men databasen med personnummer skyddas av samma säkerhet som övrigt journalmaterial. Sammanställning av data för statistiska beräkningar gjordes i en fil utan personnummer. Alla analyser gjordes på gruppnivå, ingen enskild patient kan identifieras.

De frågor som besvarades i skattningsformulären var av känslig karaktär. Det finns alltid en risk att deltagare trots information om anonymitet och att data förvarades skyddat kan ha anpassat sina svar utifrån oro att svaren skulle kunna identifieras av obehörig. Denna risk har bedömts vara förhållandevis liten, eller inte i någon betydande grad större än brukligt vid tolkning av svar i självskattningsformulär.

### **Studiedesign och dataanalys**

En visuell analys av normalfördelning genomfördes. Fördelningen avvek från normalitet för några formulär men inte på ett för studien avgörande sätt. Data för klinisk respektive icke-klinisk grupp matades in i SPSS 26 enligt en korrelativ design för frågeställning 1, 2 och 3. Icke-parametriska analyser valdes då förutsättningar för parametriska test ej bedömdes fullständigt uppfyllda utifrån datans fördelning.

För att besvara frågeställning 1 avseende skalans begreppsvaliditet beräknades sambandet mellan GSES-K och övriga administrerade skattningsskalor av relevans med Spearmans rangkorrelation. Detta för att undersöka samband mellan SE att hantera känslomässiga kriser, psykiatriska symptom, generell SE, självmedkänsla och förekomst av självskada.

Avseende förekomst av självskada som mättes med instrumentet DSHI delades den icke kliniska gruppen in i två urvalsgrupper för analys varav den ena bestod av respondenter

som angett någon form av självskada, och den andra av de som rapporterat frånvaro av självskada. De båda urvalsgruppernas svar i GSES-K jämfördes mot varandra, för att undersöka samband mellan SE att hantera känslomässiga kriser och självskadebeteenden. Analysen genomfördes med ett oberoende t-test.

För att vidare undersöka skalans begreppsvaliditet användes ett oberoende t-test där skattningar i den icke-kliniska gruppen jämfördes med skattningarna i den kliniska gruppen.

För att besvara frågeställning 2 avseende skalans reliabilitet undersöktes test-retest reliabiliteten i den icke-kliniska gruppen. Sambandet mellan resultaten vid de två mättillfällena undersöktes med beräkning av intraclass correlation (ICC) med användning av en tvåvägs blandad effektmodell med absolut överensstämmelse. Intern reliabilitet utvärderades med beräkning av Cronbach's alpha.

För att besvara frågeställning 3 avseende skalans förändringssensitivitet användes ett beroende t-test i den kliniska gruppen, där mättillfälle 1 och 2 (före- respektive efter behandling) jämfördes.

Ett p-värde på  $.<05$  användes som gräns för statistisk signifikans och effektstorlek analyserades genom beräkning av Cohen's d.

## **Resultat**

### **Frågeställning 1: Begreppsvaliditet**

Det framkom ett negativt samband mellan mått på ångest, depression självskadebeteenden och svar i GSES-K. Korrelationen var måttlig vid frågor om ångest och depression, och svagt vid frågor om självskadebeteenden (se Tabell 1).

Vidare visade analysen på ett negativt samband mellan svårigheter i emotionsreglering och svar i GSES-K. Korrelationen var måttlig.

Sambandet mellan generell SE respektive självmedkänsla undersöktes med förmåga att hantera känslomässiga kriser. Båda analyserna visade på ett måttligt positivt samband.

**Tabell 1.** Korrelationer mellan GSES-K och skattningsskalor som mäter psykiatriska symtom (HSCL-25, DSHI), svårigheter med emotionsreglering, (DERS, BSL-23), generell självförmåga (GSES) samt self compassion (SCS). Icke klinisk grupp.

	HSCL-25	DSHI	DERS-16	BSL-23	GSE-S	SCS
GSES-K	-.50*	-.28*	-.58*	-.52*	0.81*	0.61*

\*p < 0.01 (2-svansad)

Slutligen framkom en statistiskt säkerställd ( $t(35.03) = 8.67, p < 0,001, d = 1.53$ ) skillnad i medelvärde i skattningar hos personer i icke-klinisk grupp ( $n = 407, M = 2.71, SD = 0.60$ ) och klinisk grupp ( $n = 30, M = 1.86, SD = 0.51$ ).

### Frågeställning 2: Reliabilitet

Den interna reliabiliteten undersöktes och visade sig vara hög ( $\alpha = .92$ ) med inter-item korrelationer från .40 till .67. Alla item uppvisade ett medelhögt samband ( $r = .63-.78$ ) med skalans totalvärde. Att utesluta något item ökade inte skalans interna konsistens märkbart.

Skalans test-retest reliabilitet undersöktes på delar av den icke-kliniska gruppen ( $N = 49$ ), och en god reliabilitet uppvisades,  $ICC = .74$ .

### Frågeställning 3: Förändringssensivitet

Skillnaden i resultaten på GSES-K vid förmätningen ( $N = 20, M = 1.74, SD = 0.44$ ) och eftermätningen ( $N = 20, M = 2.14, SD = 0.48$ ) var signifikanta ( $t(19) = 3.65, p = .002, d = 0.86$ ). Således upptäcktes en statistiskt signifikant skillnad i GSES-K för deltagare före och efter deltagande i behandlingsintervention som syftar till att öka förmåga att hantera känslomässiga kriser.

Skillnaden i resultaten på BSL-23 vid förmätningen (N=20, M=2.37, SD=0.79) och eftermätningen (M=1.80, SD=0.81) var signifikanta  $t(19)=3.57$ ,  $p=0.002$ ,  $d=0.71$

Skillnaden i resultaten på DERS-16 vid förmätningen (N=20, M=61.6, SD=10.62) och eftermätningen (M=58.25, SD=11.01) var ej signifikant  $t(19)=1.23$ ,  $p=0.24$ ,  $d=0.31$ .

## Diskussion

Syftet med föreliggande studie har varit att undersöka självskattningsskalan GSES-K:s psykometriska egenskaper. Om GSES-K uppvisar goda psykometriska egenskaper skulle det innebära förbättrade möjligheter för vården att upptäcka och följa upp behov hos patienter med svårigheter att hantera känslomässiga kriser. Analyser som genomfördes avseende begreppsvaliditet och reliabilitet talar sammantaget för GSES-K som ett valitt instrument som mäter en individs upplevelse av sin förmåga att hantera känslomässiga kriser. Resultaten är i linje med tidigare forskning där SE återkommande gått att finna som ett mått som samvarierar med psykisk hälsa. Utöver det påträffade medelstarka sambandet med direkta mått på psykisk ohälsa framkom även ett måttligt positivt samband med självskattningar i självmedkänsla. Även detta är i linje med tidigare forskningsresultat då självmedkänsla visat sig sammankopplat med välmående och lägre grad av psykisk ohälsa såsom depression och stress.

Måttliga samband påvisades mellan GSES-K och de undersökta måtten HSCL-25, DERS-16, BSL-23, GSE-S och SCS-SF i den hypotetiserade riktningen. Något förvånande påträffades dock endast ett svagt negativt samband mellan GSES-K och DSHI som ger ett mått på förekomst av självskadebeteenden. Ett antagande vore att en stark förmåga att hantera känslomässiga kriser borde samvariera med frånvaro av självskadebeteenden. Resultatet bör dock tolkas med försiktighet då det sannolikt beror på att fördelningen på DSHI är ojämn och att sambandet mellan självskadebeteenden och SE att hantera kriser kan vara komplicerat. Detta kan relateras till fynd (t.ex. Anestis et al. 2013) där man funnit att hög distress tolerance hos vissa personer med BPD tvärtom förknippas med mer allvarliga suicidala handlingar. Analysen i aktuell studie genomfördes genom att separat titta på deltagare som beskrivit förekomst av självskada respektive frånvaron av densamma i den icke kliniska gruppen. Närvaron av självskada kan sannolikt bero på fler integrerande faktorer än låg förmåga att hantera känslomässiga kriser. Exempelvis fann Slabbert et al. (2018) förekomst

av ruminering som en faktor som påverkade sambandet mellan distress tolerance och självskada. I en annan studie (Arens et al. 2014) gick det inte att upptäcka ett direkt samband mellan distress tolerance och självskadebeteenden, dock påträffades ett indirekt samband när ett separat mått på en individs tendens till impulsivitet vid starka negativa känslor vägdes in. Sammantaget har samband mellan självskadebeteenden och distress tolerance undersökts i flertal studier (t.ex. Vorous 2009, Anestis et. al 2012) som konstaterar att samband mellan distress tolerance och självskada finns men att samvariationen är komplicerad och kan begripliggöras utifrån flertal faktorer som ännu ej är fullt kartlagda. Ytterligare en möjlig förklaring till det svaga sambandet kan vara respondenter som rapporterar förhållandevis låg förmåga att hantera känslomässiga kriser, utan förekomst av självskadebeteenden. Sammantaget kunde dock ett samband observeras, om än ett svagt sådant. Fyndet pekar på att det finns ett samband mellan låg förmåga att hantera känslomässiga kriser och närvaron av självskadebeteenden, vilket stämmer med studiens ursprungliga hypotes.

Begreppsvaliditeten bekräftades också i en jämförelse i medelvärde mellan klinisk och icke klinisk grupp där den kliniska gruppens svar visade på en statistiskt signifikant lägre förmåga att hantera känslomässiga kriser än den icke kliniska gruppen.

Avseende test-retest som beräknades i den icke kliniska gruppen uppmättes ICC inom ett tillfredsställande intervall. Även Cronbachs alpha bedöms vara inom ett adekvat intervall, vilket talar för att instrumentets item har en god intern konsistens som troligen mäter samma bakomliggande konstrukt.

Gällande förändringssensivitet påträffades en god förmåga att upptäcka förändring över tid. Deltagarna i kliniska gruppen rapporterade högre förmåga att hantera känslomässiga kriser efter i jämförelse med före behandling. Det gick att notera en statistiskt signifikant skillnad i skattningar i BSL-23 före respektive efter behandling, deltagarna rapporterade minskade symtom på BPS efter deltagande i behandling. Dock upptäcktes ingen statistiskt signifikant skillnad i för- och eftermätningar i DERS. Att en skillnad i skattningar i BSL-23 kunde identifieras är inte förvånande sett till att deltagarna i gruppen bedömts uppfylla flertal kriterier för BPS som BSL-23 avser mäta. Det bör dock nämnas att deltagarna vid mättillfället erhållit en förhållandevis kort behandlingsintervention och att det i denna studie inte inkluderats någon upprepad mätning avseende långsiktiga resultat. På grund av detta bör resultatet tolkas med viss försiktighet då det inte går att dra några slutsatser om pass stabil förändringen varit över tid. Orsak till att ingen förändring kunde upptäckas i DERS efter

behandling är svår att fastställa. Möjligen upptäcker GSES-K vars items efterfrågar respondentens upplevelse av sin SE att hantera känslomässiga kriser begynnande förändring i ett tidigare skede än DERS vars frågor är riktade mot dysreglering. I en liknande studie (Muhomba et al. 2017) upptäcktes en ökad förmåga till känsloreglering i för- och eftermätning med DERS. Dock fick en påtaglig majoritet av deltagarna i studien individuell terapi parallellt med gruppdeltagandet varpå det är möjligt att respondenterna vid tidpunkt för eftermätning i praktiken fått mer interventioner rörande färdigheter att hantera känslomässiga kriser än deltagarna i aktuell studie.

Korrelationen mellan svar i GSES och GSES-K i den icke kliniska gruppen visade på ett måttligt samband (.81) vilket antyder att det modifierade instrumentet i relativt hög utsträckning överlappar med ursprungliga versionen. Överensstämmelsen mellan respondenternas svar mellan den ursprungliga och modifierade versionen väcker frågor kring huruvida GSES-K kan betraktas som ett specifikt mått på just SE att hantera känslomässiga kriser, eller om den ursprungliga versionen med dess bredare mått på SE i princip mäter samma fenomen. I ett sådant scenario skulle man kunna resonera att den ursprungliga versionen GSES fyller samma kliniska funktion som utvecklandet av en ny skala. Korrelationen är dock måttlig i det högre spannet, den är inte fullständigt överlappande, vilket ger ett utrymme för att GSES-K kan mäta ett snarlikt men avskilt psykologiskt fenomen. Möjligen förklaras den relativt höga samstämmigheten snarare enligt Banduras ursprungliga teoretisering; att SE inom ett visst område genom generalisering leder till SE inom ett annat. God SE avseende hantering av känslomässiga kriser kan således vara en del av en god generell SE, utan att dessa nödvändigtvis överensstämmer inom samtliga livets domäner. Tilltro till sin förmåga att hantera livets svåraste stunder kan möjligen vara en så pass grundläggande livsförmåga att den speglas i respondenters tolkning av frågor kring sin generella SE. SE att hantera känslomässig kris kan således överlappa generell SE i hög utsträckning, utan att utgöra precis samma konstrukt.

Oavsett instrumentens grad av överlappning kan det möjligen finnas en klinisk fördel med ett specifikt formulerat mått. Frågor som på ett tydligt sätt speglar det som patienten önskar vård för kan fylla en klinisk funktion och verka både validerande och motiverande i jämförelse med att besvara de mycket allmänna frågor som ställs i den ursprungliga versionen av formuläret.

## **Studiens begränsningar och förslag på framtida forskning**

Till studiens begränsningar hör aspekter gällande urvalsgrupperna, där den icke-kliniska gruppen rekryterades via en studentportal, och den kliniska gruppen bestod i majoritet av kvinnor. Dessa båda aspekter kan påverka generaliserbarheten hos resultaten. Dock behöver inte en ojämn könsfördelning i den kliniska gruppen utgöra något större besvär då en överrepresentation av kvinnor är vanligt i kliniska sammanhang där skalan ämnar att användas. Vidare avbröts rekryteringen inom klinisk verksamhet på grund av utbrott av pandemi av Covid-19 i samhället, vilket ledde till att urvalsgruppen blev mindre än planerat. Detta medför att tolkningar rörande instrumentets förändringssensitivitet bör göras med försiktighet. Vidare studier i klinisk verksamhet med dels fler deltagare och dels urval som ger förutsättningar för ökad generaliserbarhet bör genomföras.

Fortsatta studier för att bekräfta validiteten bör genomföras i syfte att undersöka instrumentets egenskaper att upptäcka individer med behov av ökad SE att hantera känslomässiga kriser. Vidare bör instrumentets förmåga att upptäcka förändring efter behandling genomföras, för att instrumentet ska kunna användas i syfte att utvärdera behandlingsinterventioner som ges i detta syfte.

Eftermätningar i den kliniska gruppen gjordes inte med GSES, detta hade kunnat tillföra kunskap avseende om förändringssensitiviteten i den modifierade versionen skilde sig åt från den ursprungliga. En sådan jämförelse kan med fördel göras i framtida undersökningar.

Syftet med denna studie var inte en behandlingsutvärdering. Dock är det ett intressant fynd att deltagare rapporterade en så pass förbättrad förmåga att hantera känslomässiga kriser efter 8 sessioner i gruppbehandling som bygger på Färdighetsträning enligt DBT. Detta talar för behandlingens kliniska betydelse och studier som undersöker effekten av FTG i psykiatrisk öppenvård för personer som inte uppfyller kriterier för BPD är välkomnat.

Inför fortsatt spridning inom klinisk verksamhet rekommenderas att överväga ett nytt namn på skalan, detta då namnet som används i dagsläget är missvisande och antyder att det fortsatt är ett instrument på generell snarare än specifik SE. Ett förslag på ett nytt möjligen mer rättvisande namn är Självförmåga hantera känslomässiga kriser, SKK.

## **Kliniska implikationer**

Resultaten av föreliggande studie talar för användbarheten av skalan i ett kliniskt sammanhang för att identifiera patienter som vid tidpunkt för vårdsökande kan beskriva relativt milda besvär med distress tolerance, men som riskerar att utveckla mer allvarliga problembeteenden. Skalan kan underlätta att identifiera problemområdet i ett tidigare skede, och således erbjuda riktade behandlingsinsatser mer skyndsamt.

Vidare talar resultaten preliminärt för att instrumentet har förmåga att följa upp förändring i självupplevd förmåga att hantera emotionella kriser före och efter behandling. Således kan instrumentet distribueras för att följa behandlingsframgång eller utebliven sådan, för att utvärdera och skapa en vårdplanering i enlighet med patientens behov.

Slutligen tyder resultaten på att instrumentet kan användas för att utvärdera behandlingar som syftar till att öka individens förmåga att hantera känslomässiga kriser såsom grupper som lär ut krisfärdigheter och att stå ut när det är svårt.

## **Slutsatser**

Syftet med denna undersökning har varit att utvärdera de psykometriska egenskaperna hos en modifierad version av skattningsformuläret GSES, GSE-K. Instrumentet har i de analyser som gjorts uppvisat en god begreppsvaliditet och förväntade samband mellan SE till att hantera kriser och de mått som användes för validitetsprövning har bekräftats. Vidare uppvisar skalan en god reliabilitet och god förmåga att upptäcka förändring över tid. Vid undersökningen av samband mellan SE att hantera känslomässiga kriser och Generell SE framkom en måttlig korrelation, vilket kan väcka frågor kring om den modifierade versionen av skalan mäter något som skiljer sig avsevärt från upplevd generell SE. Värt att notera är dock att det med hjälp av instrumentet har varit möjligt att uppmäta en signifikant skillnad avseende upplevd SE att hantera kriser före och efter behandling trots att det kliniska urvalet varit litet och att deltagarna genomgått en relativt kort behandlingsintervention. Detta pekar på en klinisk användbarhet hos instrumentet, som även kan användas som ett komplement till befintliga mått på svårigheter med emotionsreglering och symptomskattningar som används vid BPD samt skalor som mäter specifika färdigheter inom olika områden.



Sammanfattningsvis visar föreliggande studie på att GSES-K uppvisar goda psykometriska egenskaper och kan användas i klinisk verksamhet för att fylla ett behov som nuvarande skattningsskalor inom området inte fullt täcker.

## Referenslista

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Anestis, M.D., Gratz, K.L., Bagge, C.L., & Tull, M.T. (2012). The interactive role of distress tolerance and borderline personality disorder in suicide attempts among substance users in residential treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(8), 1208–1216. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.04.004>

Anestis, M.D., Knorr, A.C., Tull, M.T., Lavender, J.M., & Gratz, K.L. (2013). The importance of high distress tolerance in the relationship between nonsuicidal self-injury and suicide potential. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. *43*(6), 663-675. <https://doi.org/10.1111/sltb.12048>

Arens, A.M., Gaher R.M., Simons J.S., & Dvorak R.D. (2014). Child maltreatment and deliberate self-harm: A negative binomial hurdle model for explanatory constructs. *Child Maltreatment*, *19*(3-4), 168-177. <https://doi.org/10.1177/1077559514548315>

Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. *11*(3), 191-206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi-org.sll.idm.oclc.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. (2006). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Information Age Publishing.

Barnicot, K., Gonzales, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical therapy for borderline personality disorder. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* *52*, 147-156. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.0060005-7916>

Benight, C. C., Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*. *42*,(10), 1129-1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>.

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Hellner Gumpert, C., & Gratz., K.L. (2015). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess.* *38*(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>

Bjärehed, J., Lundh, L.G. (2008). Deliberate Self-Harm in 14-Year-Old Adolescents: How Frequent Is It, and How Is It Associated with Psychopathology, Relationship Variables, and Styles of Emotional Regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, *37*(1), 26-37. <https://doi.org/10.1080/16506070701778951>

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>

Bohus M, Limberger M, F, Frank U, Chapman A, L, Kühler T, & Stieglitz R., (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40,126-132. <https://doi.org/10.1159/000098493>

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R-D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The hopkins symptom checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Beh science*, 19. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>

Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 128, 280-9. <https://doi:10.1192/bjp.128.3.280>

Ejlertsson, G. (2019). *Statistik för hälsovetenskaperna* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Sedlackova, Z., & Hruby, R. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety disorders - a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*, 10, 1421-1433. <https://doi:10.2147/PPA.S108777>

Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(4). <https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>

Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and Behavioral assessment*, 26. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>

Hallion, L.S., Steinman, S.A., Tollin, D.F. & Diefenbach, D.J. (2018). Psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Front. Psychol*, 9(539). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>

Homan, K.J., & Sirois, F.M. (2017). Self-compassion and physical health: exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol Open*, 4. <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>

IsHak, W. W., Elbau, I., Ashraf, I., Delaloye, S., Khanh, H., Bolotaulo, N.I., Nashawati, R., Cassmassi, B., & Wang, C. (2013). Quality of Life in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 138-150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>

- Keough, M., E., Riccardi, C., J., Timpano, K., R., Mitchell, M.A., & Schmidt, N.B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 27, 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M.G. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*, 44, 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Laposa, J.M., Collymore, K. C., Hawley, L.L., & Rector, N.A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 33, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.003>
- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behavior research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health*, 15, 51–69. <https://doi.org/10.1080/08870440008400288>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 4(136), 576–600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT Skills training manual*. The Guilford Press.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
- Muhomba, M., Chugani, C.D, Uliaszek, A.A, & Kannan, D. (2017) Distress Tolerance Skills for College Students: A Pilot Investigation of a Brief DBT Group Skills Training Program. *Journal of College Student Psychotherapy*, 31(3), 247-256. <https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1294469>
- Neasciu, A.D., Rizvi, S.L., Vitaliano, P.P., Lynch, T.R., & Linehan, M. (2010). The dialectical therapy ways of coping checklist: development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 563-582. <https://doi.org/10.1002/jclp.20685>
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18, 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Scherbaum, C.A., Cohen-Charash Y., & Kern M.J. (2006). Measuring general self-efficacy: a comparison of three measures using item response theory. *Educ Psychol Meas*, 66,1047–63. <https://doi.org/10.1177/0013164406288171>

Scholz, U., Dona, B.G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242–251. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. I J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Red), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (s. 35–37). Nfer-Nelson.

Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the internet: data collection in cyber space. *Anxiety, stress & coping, 12*(2), 145-161. <https://doi.org/10.1080/10615809908248327>

Sheer, V.C. (2014). A meta-synthesis of health-related self-efficacy instrumentation: problems and suggestions. *J Nurs Meas, 22*, 77–93. <https://doi: 10.1891/1061-3749.22.1.77>.

Simons, J.S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale. Development and Validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion 29*(2), 83-101. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

Slabbert, A., Hasking, P., & Boyes, M. (2018). Riding the emotional roller-coaster: the role of distress tolerance in non-suicidal self-injury. *Psychiatry research, 269*, 309-315. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.061>

Vorous, M. A. (2009). The effects of experiential avoidance and distress tolerance on self-harm in individuals diagnosed with borderline personality disorder. *The Sciences and Engineering (70)* 3. 1960.

Vujanovic, A.A., Bonn-Miller, M.O., Potter, C.M., Marshall, E.C., & Zvolensky, M.J. (2011). An Evaluation of the Relation Between Distress Tolerance and Posttraumatic Stress within a Trauma-Exposed Sample. *J Psychopathol Behav Assess. 33*(1), 129-135. <https://doi: 10.1007/s10862-010-9209-2>.

Wolf-Arehult M., & Isaksson M. (2018). Svensk revidering GSES-K. Insitutionen för Neurovetenskap, Uppsala Universitet; Akademiska Sjukhuset.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatric services, 66*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400055>

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Appl Psychol Health Well-Being, 7*, 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

## Bilaga A.

### General Self-Efficacy scale - känslomässiga kriser (GSES-K)

Påståendena nedan handlar om hur du hanterar **känslomässiga kriser** och om du har **effektiva strategier**, det vill säga hjälpsamma strategier som inte leder till negativa konsekvenser. Kryssa det alternativ som bäst stämmer in på Dig.

	Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
1. Jag lyckas alltid hantera känslomässiga kriser om jag bara anstränger mig tillräckligt.				
2. Även om någon motarbetar mig under en känslomässig kris hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.				
3. Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål trots känslomässiga kriser.				
4. I oväntade krissituationer vet jag alltid hur jag ska agera.				
5. Till och med överraskande krissituationer tror jag mig klara av bra och utan att agera destruktivt eller impulsivt.				

6. Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför känslomässiga kriser.				
7. Vad som än händer klarar jag mig alltid och utan att göra något som jag sedan ångrar.				
8. Vilken känslomässig kris jag än ställs inför kan jag hitta en lösning.				
9. Om jag ställs inför nya utmaningar som utlöser starka negativa känslor vet jag hur jag ska ta mig an dem.				
10. När känslomässiga kriser uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft.				

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (35- 37). Windsor, England: NFER-NELSON.

Svensk revidering GSES-K: Wolf-Arehult M & Isaksson M 2018. Institutionen för Neurovetenskap, Uppsala Universitet; Akademiska Sjukhuset. 2018-08-09