

**Förändring av psykiska symptom
hos ungdomar med emotionell
instabilitet efter deltagande i
Dialektisk beteendeterapi**

Kajsa Jung



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Sektionen för psykiatri
Psykoteraeutprogrammet, 2020
Handledare: Annika Lindgren

Stort tack till er ungdomar som gått i behandling på DBT-teamet, som så generöst gett oss förtroende att få ta del av era liv och ynnesten att få jobba tillsammans med er! Tack alla föräldrar och andra viktiga personer som deltagit i behandlingen. Tack terapeuter och kollegor på DBT-teamet för allt fint arbete och för allt jag lärt av er. Tack Camilla Hallek för ditt engagemang och stöd. Tack Sara Korlén för noggrann läsning och Moa Karemyr för tålmodig hjälp med inmatning av data. Och sist men inte minst tack Annika Lindgren för utvecklande och god handledning.

Abstract

Emotional instability personality disorder, EIPS, often debuts in early adolescence and is characterized by difficulties with emotion regulation with self-destructive and impulsive behaviors, relationship difficulties and instability in identity. Comorbidity with several psychiatric disorders and neuropsychiatric disorders are common. The treatment of choice for EIPS is psychotherapy. Dialectical behavior therapy, DBT, is the most studied treatment with good results in treating patients with EIPS. DBT has been modified to treat adolescent, but there are only a few studies of DBT for adolescents. This study therefore aims to contribute with more knowledge about changes in psychic symptoms, symptoms of EIPS and general functioning after treatment with DBT for 104 adolescents in an adolescent outpatient unit in Stockholm. The study also aimed to explore if there were differences in these outcome measures when there was a comorbid diagnosis of Autism or ADHD. After DBT, the adolescents had significant less psychiatric symptoms, less core-symptom of EIPS and a significant higher level of psychosocial functioning. The group with autism had a significantly smaller change of psychosocial functioning over time compared to the group with no neuropsychiatric disorder. Apart from that, there were no significant differences between the group with Autism, ADHD or without neuropsychiatric disorders in change after DBT. The results indicate that adolescents both with and without comorbid autism and ADHD can benefit from DBT.

Keywords: dialectical behavior therapy, emotional instability personality disorder, adolescent psychotherapy, autism, ADHD

Emotionellt instabilt personlighetssyndrom, EIPS, karaktäriseras av ett varaktigt mönster av instabilitet avseende känslor, relationer och självbild och innebär ofta svårigheter med impulsivitet, självskada, suicidalt beteende, kroniska tomhetskänslor, svårigheter att hantera separationer, ilska och paranoida och/eller dissociativa symptom (World Health Organisation, 1992). Problematiken klassificeras i Världshälsoorganisationens diagnossystem, ICD-10 med diagnosen Emotionellt instabil personlighetsstörning (WHO, 1992) vilket motsvarar diagnosen Borderline personlighetssyndrom, BPD i det amerikanska diagnosystemet DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). I denna studie används beteckningen EIPS och när problematik finns men diagnos inte satts används ”drag av EIPS”.

Att leva med EIPS innebär en omfattande påverkan på flera områden i livet, ofta med svårigheter att hantera relationer och att fungera i sammanhang som skola eller arbete (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2010; Skodol et al., 2005). Att uppfylla diagnosen innebär att man löper en ökad risk att dö till följd av suicid samt en ökad risk för tidig död kopplat till livsstilsfaktorer och somatisk sjukdom (Temes, Frankenburg, Fitzmaurice & Zanarini, 2019). Suicidrisken ligger på 10% (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004) vilket innebär en suicidrisk 50 gånger större än i den generella befolkningen (Leichsenring, 2011).

Tidigare har EIPS betraktats som ett livslångt tillstånd, vilket longitudinella studier (Temes & Zanarini, 2018; Gunderson et al., 2011) visat inte helt stämmer då många med EIPS upplever en minskning av symptom i vuxen ålder. De symptom som vanligtvis minskar först är yttre beteenden som t.ex. självskadebeteende och suicidalt beteende medan de mer intrapsykiska symptomen kvarstår i högre grad och avtar mer långsamt. Problematiken kan fluktuera med perioder av större svårigheter och mer välfungerande perioder då diagnosen EIPS kanske inte ens uppfylls (Temes & Zanarini, 2018). Det finns dock en risk för denna patientgrupp att ha omfattande svårigheter över tid, inklusive låg funktionsnivå och som löper

stor risk för allvarliga konsekvenser som för tidig död (Temes et al., 2019; Temes & Zanarini, 2018).

EIPS förekommer hos 1-2% av befolkningen och inom psykiatrisk vård är tillståndet vanligt. Inom öppenvården uppfyller 10% kriterier för diagnosen EIPS och 15-25% av de patienter som vårdas inom heldygnsvård uppfyller diagnosen (Leichsenring et al., 2011; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). Tre fjärdedelar av de som diagnosticeras med tillståndet är kvinnor (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014). Populationsstudier visar dock att den könsfördelningen inte är representativ i befolkningen i stort där könsskillnaderna är mindre (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001; (Zanarini, Horwood, Wolke, Waylen, Fitzmaurice & Gant, 2011).

Individer med EIPS har ofta samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd som affektiva sjukdomar, ångestproblematik, ätstörningar, alkohol- och substansberoende samt somatoforma tillstånd (Zimmerman & Mattia, 1999). Utöver dessa tillstånd finns en relativt stor samsjuklighet med neuropsykiatriska funktionsvariationer (Anckarsäter et al., 2006, Bernardi et al., 2012; Hofvander et al., 2009). En högre samsjuklighet vid EIPS har visat sig innebära en ökad risk för att problematik kvarstår med fortsatt omfattande symptom och låg funktionsnivå (Temes och Zanarini, 2018).

EIPS och AST

Begreppet autismspektrumtillstånd, AST är ett vedertaget begrepp som syftar till att beskriva den grupp av diagnoser som karaktäriseras av nedsatt förmåga till social kommunikation och interaktion samt av begränsade och repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter (APA, 2013). I ICD-10 benämns dessa funktionsvariationer med flera olika diagnoser t.ex. autism i barndomen, atypisk autism, annan desintegrativ störning och Aspergers syndrom (WHO, 1992). I DSM-manualen över psykiatriska sjukdomar och

tillstånd har man gått från att ha flera olika diagnoser i DSM-IV till den mer övergripande diagnosen Autism, med specificerad svårighetsgrad i DSM-5 (APA, 2013). I denna studie används begreppet autismspektrumtillstånd, AST för att beteckna diagnos inom området Autism.

Det finns få större studier som undersökt samsjukligheten mellan EIPS och AST. En svensk studie av 41 kvinnor med EIPS fann att 15% av dessa patienter även uppfyllde kriterierna för AST (Rydén, Rydén & Hetta, 2008). Ytterligare två mindre studier visar att 10-15% av individer med AST även uppfyller kriterierna för EIPS (Anckarsäter et al., 2006; Hofvander et al., 2009). Relationssvårigheter är vanligt förekommande både vid EIPS och AST dock med en kvalitativ skillnad där svårigheterna bottnar i olika typer av problematik. Förutom relationssvårigheter är det inte ovanligt att individer med högfungerande AST kan uppvisa problematik som karaktäriserar EIPS som identitetsförvirring, känslomässig instabilitet, svårigheter att reglera ilska och vid ökad stress uppleva paranoidea och/eller dissociativa symptom (Dell'Osso et al., 2018). Ungdomar med AST löper risk att ha svårigheter med känsloreglering (Joshi et al., 2018) samt en ökad risk för att hamna i ett självska debeteende (Minshawi et al., 2014). Individer med både EIPS och AST tenderar att ha en lägre funktionsnivå (Rydén & Bejerot, 2008; Rydén et al., 2008), mer negativ självbild (Rydén et al., 2008) samt högre grad av suicidala handlingar än gruppen med enbart EIPS (Chabrol & Raynal, 2018; Dell'Osso et al., 2018; Rydén et al., 2008). Dell'Osso och kollegor (2018) pekar också på att det finns en ökad risk för att bli utsatt för potentiellt traumatiska händelser som våld och/eller sexuella övergrepp i gruppen som har EIPS och samtidig AST.

Patienter med AST kan ha svårare att tillgodogöra sig sedvanlig psykoterapeutisk behandling då behandlingen ofta inte tar hänsyn till patientens neuropsykiatriska funktionsvariation (Cooper, Loades & Russell, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Det är inte ovanligt att AST är ett exklusionskriterium vid studier av

behandling av EIPS (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Tørmoen et al, 2014) varvid det är svårt att uttala sig om sedvanlig behandling för EIPS fungerar om samtidig AST förekommer. Kliniska erfarenheter av behandling för ungdomar med drag av EIPS och samtidig AST är att denna grupp kan ha svårt att omsätta behandling i sin egen vardag och att behandlingstiderna kan bli långa utan att större framsteg sker (Lindheim von Bahr et al., 2017). I en pilotstudie (Lindheim von Bahr et al., 2017) adderades ett behandlingstillägg till sedvanlig Dialektisk beteendeterapi, DBT, som vanligtvis behandlar EIPS, för ungdomar med drag av EIPS och diagnosen AST. Syftet var att öka möjligheten för ungdomarna att kunna tillgodogöra sig DBT. Resultaten visade på en signifikant minskning av självskadebeteende och suicidförsök, ökad funktionsnivå samt att ungdomarna i stort var mycket nöjda med behandlingen (Fläcke, 2019).

EIPS och ADHD

ADHD karaktäriseras av svårigheter med att reglera uppmärksamhet och koncentration, att hårbärgera impulser samt kan förekomma med eller utan samtidig hyperaktivitet (APA, 2013). Tillstånden ADHD och EIPS förekommer inte sällan samtidigt. I en stor studie med diagnostiska intervjuer av 34 000 individer med ADHD fann man att samsjuklighet med EIPS någon gång under livet förekom hos drygt 33% av individerna (Bernardi et al., 2012). Liknande siffror förekommer vid en ögonblicksbild där 27% av 372 individer med ADHD i en studie uppfyllde kriterierna för EIPS (Jacob et al., 2007). Hos individer med EIPS uppmättes drygt 38% av individerna uppfylla kriterierna även för ADHD (Ferrer et al., 2010).

Tillstånden EIPS och ADHD har flera likheter: Kriteriemässigt är överlappet främst avseende impulsivitet. I den kliniska vardagen finns det dock fler vanligt förekommande likheter, t.ex. svårigheter med känsloreglering, problembeteenden kopplat till ilska/irritabilitet, instabila relationer (Mouktharian, Mintah, Moran, & Asherson, 2018), samt

att individer med ADHD löper en ökad risk för att utveckla ett självskadebeteende (Allely, 2014).

ADHD och EIPS har diskuterats ligga nära varandra ur ett neurologiskt perspektiv (Petrovic, 2015). Det pågår en diskussion huruvida ADHD och EIPS är spektrum av samma grundproblematik alternativt olika tillstånd med delvis överlappande symptomatologi och om diagnosen ADHD borde kompletteras med ett kriterium avseende emotionell dysreglering (Mouktharian et al., 2018). Då symptomatologi vid EIPS och ADHD till viss del liknar varandra har specifik behandling för EIPS, Dialektisk beteendeterapi även inspirerat till utformningen av behandling vid ADHD. Behandlingen har i sin tur visat på goda resultat (Hesslinger et al, 2002; Hesslinger, Philipsen, Richter, & Ebert, 2004).

Det finns en kvalitativ skillnad i tillstånden då EIPS karaktäriseras av instabilitet i emotioner, relationer och självbild vilket inte behöver förekomma vid ADHD (WHO, 1992). Att tillstånden inte är ett och samma talar även farmakologisk behandling för då centralstimulantia ofta är hjälpsamt för patienter med ADHD men ej verksamt för problematik vid EIPS (Mouktharian et al., 2018). Mouktharian, Mintah, Moran och Asherson (2018) belyser att samsjuklighet mellan ADHD och EIPS ställer särskilda krav på psykoterapeutisk behandling där man behöver ta hänsyn till symptomatologi och funktionsvariation kopplat till båda tillstånden samtidigt.

Behandling vid EIPS

Patienter med EIPS är en grupp som ofta har behov av omfattande vårdinsatser (Bender et al., 2001; Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). Den behandling som är rekommenderad är psykoterapeutisk behandling där befintlig forskning visar på att många patienter har hjälp av riktad psykoterapi vid EIPS (Cristea et al., 2017; Storebø et al., 2020). Trots att gruppen är vanligt förekommande i heldygnsvård har forskning visat att heldygnsvård sällan är hjälpsamt för patientgruppen utan snarare förvärrar symptomatologin (Joiner, 1999; Taiminen, Kallio-

Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen & Helenius, 1998). Det finns ingen farmakologisk behandling som visat på tillfredställande resultat avseende kärnsymptomen (Stoffers et al., 2010). Gemensamt för de behandlingar som visar bättre behandlingsresultat är att de behandlar kärnproblematiken vid EIPS istället för vad som kan tänkas vara mer sekundär problematik som komorbida tillstånd (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2004). Samsjuklighet vid EIPS tenderar även att minska om kärnsymptom vid EIPS minskar (Zanarini et al., 2004).

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi, DBT (Linehan, 1993) är den psykoterapiform som är mest studerad för behandling vid EIPS (Storebø et al., 2020). Sammanställning av studier visar på goda resultat med minskat självskadebeteende, minskade suicidförsök, minskat behov av psykiatrisk akutvård efter behandling (DeCou, Comtois & Landes, 2019), minskade symptom avseende EIPS och ökad psykosocial funktion (Storebø et al., 2020).

DBT har sin grund i kognitiv beteendeterapi som utvecklats och inspirerats av både zenbuddism och dialektisk filosofi vilket genomgående präglar behandlingen. I behandlingen ligger stort fokus på att öka färdigheter att hantera känslor vilket enligt modellen betraktas som grundproblematiken vid EIPS (Linehan, 1993). Det handlar både om att öka medvetenhet om, acceptans av och förmåga att uppleva känslor men också att öka färdigheter att reglera känslor. Genomgående arbetar man med att öka medveten närvaro, öka dialektiska förhållningssätt, öka färdigheter att hantera känslor samt öka relationsfärdigheter. I behandlingsmodellen förklaras uppkomsten av EIPS utifrån den biosociala modellen (Linehan, 1993). Modellen belyser hur en individ med ett biologiskt reaktivt känslsystem som reagerar lätt, starkt och med ihållande känslöpåslag interagerar med en invaliderande omgivning vilket över tid kan leda till instabilitet avseende känslor, relationer och självbild (Linehan, 1993). Behandlingen består av individualterapi, färdighetsträning i grupp samt

möjlighet till telefonkontakt mellan besök för att öka generalisering av färdigheter. I individualterapi arbetar man med funktionella analyser för att öka medvetenhet om skeenden samt att hitta sätt att hantera problematiska situationer, starka känslor och relationssituationer. Man övar i session och mellan sessionerna på förhållningssätt och färdigheter. I färdighetsträningen lär man in och övar på färdigheter i grupp. I behandlingen ingår även att terapeuten deltar i behandlingsteam med andra terapeuter (Linehan, 1993).

DBT för ungdomar

Forskning pekar på att svårigheterna vid EIPS debuterar under ungdomsåren men att man ofta söker psykiatrisk vård först under den senare delen av tonåren (Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001). Longitudinella studier visar på en hur utvecklingen av EIPS vanligtvis sker med en ökning av symptom efter puberteten där symptomen är som mest omfattande i tidig vuxenålder för att sedan minska över tid, en minskning som ofta sker över lång tid (Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Tackett, Balsis, Oltmanns, & Krueger, 2009). Kumulativ prevalens vid 16 års ålder är 1,4% och vid 22 års ålder 3,2% (Johnson, Cohen, Kasen, Skodol & Oldham, 2008). Att identifiera dessa ungdomar tidigt anses viktigt för att kunna erbjuda anpassad behandling så tidigt som möjligt för att bromsa en negativ utveckling och förhindra att problematik kvarstår över tid då det innebär sämre prognos (Kaess et al., 2014). Att uppfylla kriterierna för EIPS och inte få adekvat behandling innebär även en påtagligt förhöjd suicidrisk (Kaess et al., 2014).

Den första manualen för Dialektisk beteendeterapi för ungdomar, DBT-A kom 2007. I manualen har man adderat moduler för familjearbete och anpassat delar av behandlingen för tonåringar (Miller, Rathus & Linehan, 2007; Katz, Fotti & Postl, 2009). En metastudie (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran & Rosenbaum-Asarnow, 2015) av interventioner för att minska självskadebeteende och suicidförsök hos ungdomar visar att DBT kan vara en effektiv metod. Slutsatsen stöds av senare studier som visat att DBT jämfört med vanlig behandling är

effektivt för att minska självskadebeteende och suicidförsök (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014) och minska depressiva symptom (Mehlum et al., 2014). Minskningen av självskadebeteende har visat sig kvarstå vid ettårsuppföljning efter avslutad behandling (Mehlum et al., 2016). Förutom minskat självskadebeteende och minskade suicidförsök visar studier på en minskning av övriga symptom kopplade till EIPS samt en minskning av generella psykiska symptom (Buerger et al., 2019, Courtney & Flament, 2015; Rathus & Miller, 2002; Fleischaker, Böhme, Sixt, Brück, Shneider & Schulz, 2011). En svensk utvärdering av DBT för ungdomar inom Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm, samma enhet som det aktuella examensarbetet har erhållit sina data ifrån, visade på minskade psykiska symptom både avseende kriterier för EIPS men även andra psykiska symptom, minskat självskadebeteende, minskade självmordsförsök och en förhöjd funktionsnivå efter behandling (Hallek, Borg, Kordnejad-Karlsson, Larsson & Rudeberg, 2011). Sammantaget kan man säga att DBT för ungdomar har visat lovande resultat, men underlaget består av relativt få studier. Det saknas även studier avseende hur unga med drag av EIPS och neuropsykiatrisk samsjuklighet kan tillgodogöra sig DBT.

Syfte

Syfte med examensarbetet är att undersöka om det sker en förändring av generella psykiska symptom, kärnsymptom vid EIPS samt funktionsnivå efter behandling med DBT för ungdomar med drag av EIPS.

Frågeställningar

Primär frågeställning är: Sker det någon förändring avseende självskattad psykisk hälsa enligt SCL-90, antal uppfyllda kriterier för Borderline på SCID-II och skattad funktionsnivå enligt CGAS från start till slut av behandling?

Sekundär frågeställning är: Finns det skillnad mellan ungdomar med drag av EIPS utan neuropsykiatrisk diagnos, ungdomar med drag av EIPS och samtidig AST och ungdomar med

drag av EIPS och samtidig ADHD utan AST avseende förändring av självskattad psykisk hälsa enligt SCL-90, antal uppfyllda kriterier för Borderline på SCID-II, skattad funktionsnivå enligt CGAS samt om det finns en skillnad avseende behandlingstid?

Metod

Design

Studien är en kvantitativ arkivstudie baserad på kliniska data kontinuerligt insamlade på DBT-teamet inom Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm. Datainsamlingen ingick i klinikens gängse behandlingsrutiner för kvalitetsutvärdering.

Deltagare

Deltagare i studien var samtliga patienter födda år 1998, 1999 och 2000 som gått i dialektisk beteendeterapi på DBT-teamet minst 40 besök under perioden 2011-2018. Sessionerna inkluderar samtliga besök som registrerats för patienten och inkluderar individualbesök, färdighetsträningsgrupp, föräldrabesök, familjebesök samt färdighetsträningsgrupp för föräldrar. Ställningstagande gjordes att 40 besök var ett minimum för att bedömts deltagit i full behandling. Inklusionskriterier för behandling var ålder mellan 13 och 17 år som uppfyllde minst fyra av nio kriterier för Borderline personlighetssyndrom (APA, 2013). Några få undantag skedde där patienter med färre än fyra uppfyllda diagnoskriterier ändå erbjöds behandling (se tabell 4). Exklusionskriterier var pågående psykosjukdom, anorexia nervosa av den grad att sjukhusvård krävdes, intellektuell funktionsnedsättning, etablerat missbruk samt AST som bedömdes hindrande för att tillgodogöra sig behandling. Alla patienter remitterades till DBT-teamet från barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård.

Behandling

Behandling inleddes med en första orienterande period. Under dessa veckor (vanligtvis fyra-sex veckor) träffade patienten sin behandlare en gång i veckan för att prova på metoden,

öka åtagande för behandling, sätta upp mål och problemlösa eventuella hinder för behandling. Under samma period träffade föräldraterapeuten föräldrar/närstående för orientering i DBT (vanligtvis två-tre tillfällen). Efter orienteringsfasen skrevs behandlingskontrakt och samtliga behandlingskomponenter i DBT startade: individualterapi en timme/vecka, färdighetsträning i grupp 2,5 timmar/vecka, förälder-närståendebesök samt färdighetsträning för föräldrar/närstående vid nio tillfällen à 2,5 timmar samt möjlighet för ungdom och föräldrar/närstående att få telefonsupport mellan besök. Alla behandlare träffades i team tre timmar per vecka för att öka terapeutens färdigheter och åtagande för behandling. Efter en kontraktsperiod (vanligtvis tre månader) utvärderades behandlingen och om ungdomen närmade sig sina mål och själv önskade fortsätta skrevs ett nytt behandlingskontrakt. Syftet är att på så sätt förhindra att patienten går i behandling som inte är hjälpsam under lång tid.

Under perioden genomfördes ett pilotprojekt på DBT-teamet med behandlingstillägg till sedvanlig DBT för ungdomar med drag av EIPS och samtidig AST. Behandlingstillägget innebar en extra startgrupp vid sju tillfällen för ungdomar och föräldrar med syfte att öka medvetenhet om AST, få mer konkret introduktion till färdigheter, förberedas inför sedvanlig färdighetsträningsgrupp samt stöd i hur öva färdigheter och hur förälder kan bidra till det. Utöver startgrupp fanns medvetenhet hos behandlare att anpassa individualterapi utifrån svårigheter inom AST, möjlighet att boka in en extra session i veckan samt att man hade en obligatoriskt samordnad individuell planering, SIP med andra vårdgivare innan behandling (Fläcke, 2019). Sammanlagt sju ungdomar av deltagarna i härvarande studie deltog i pilotstudien.

Behandlare

Deltagarna behandlades av ordinarie terapeuter på DBT-teamet (n=25) varav alla hade en certifierad DBT-utbildning eller under studien gick i DBT-utbildning. Behandlargruppen bestod av 15 psykologer varav sex med psykoterapeutexamen, tre behandlare med

grundläggande psykoterapeututbildning, två socionomer med grundläggande psykoterapeututbildning, två läkare med specialisering i barn- och ungdomspsykiatri, två sjuksköterskor som genomgick psykoterapeututbildning under delar av studien samt en läkare med specialisering i vuxenpsykiatri. De flesta terapeuterna hade mångårig erfarenhet av barn och ungdomspsykiatri och en majoritet av terapeuterna hade arbetat med DBT under många år.

Trohet till metoden

Behandlarna deltog i behandlingsteam varje vecka. I behandlingsteamerna diskuterades terapierna i kollegial handledning. Var tredje vecka skedde handledning med en extern handledare med stor erfarenhet av DBT. I enlighet med DBT (Linehan, 1993) filmades alla sessioner med syfte att stödja handledning och följsamhet till metoden. Vid två-tre tillfällen per termin skattade behandlare en behandlingssession av kollega enligt en adherencemanual (Fruzzetti & Worrall, 2009). Även en utomstående expertskattare skattade metodtroheten återkommande. Inga skattningar finns insamlade i verksamheten avseende metodtroheten. Det typiska för verksamhetens skattningar är att metodtroheten bedöms som hög.

Instrument

Psykliska symptom mättes med *Symptom Check List- 90, SCL-90* (Derogatis, 1977) som innehåller 90 frågor. SCL-90 mäter 9 subskalor avseende somatisering, obsessiv kompulsivitet, interpersonell sensitivitet, depression, ångest, fientlighet/vrede, fobisk ångest, paranoidt tänkande samt psykoticism samt tre globala skalor. Denna studie har utöver delskalorna fokuserat på den globala skalan Global Severity Index (GSI) som visats vara den mest reliabla indikatorn avseende generell psykopatologi och psykiska symptom (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen, 2002). Formuläret fylls i av patienten och avser upplevda symptom den senaste veckan. SCL-90 är en av de symptomskattningsskalor som använts mest i internationella studier och anses ha goda psykometriska egenskaper, med

Alpha = 0.98 (Malling Andersen & Johansson, 1998; Fridell et al., 2002; Dunerfeldt, Elmund & Söderström, 2010). Det är dock ett formulär som skapats för vuxna varvid vissa frågor kan vara svåra att svara på för en ungdom beroende på funktionsnivå. På DBT-teamet skedde ifyllandet av formulär oftast på mottagningen med möjlighet att kunna fråga behandlare på plats om oklarheter kring frågor.

Kriterier för Borderline personlighetsstörningar bedömdes med *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (Borderlinedelen)*, *SCID-II* (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Williams, 1997) vilket är en klinisk semi-strukturerad intervju för att bedöma vilka kriterier för Borderline personlighetssyndrom som patienten uppfyller. För att fastställa en diagnos krävs fem av nio uppfyllda kriterier förutom de generella kriterierna för personlighetssyndrom. De nio kriterierna för Borderline personlighetssyndrom är separationskänslighet, instabila relationer, instabil självbild, impulsivitet, självskadebeteende och/eller suicidalt beteende, instabila känslöpendlingar, kronisk tomhetsupplevelse, ilska och paranoida/dissociativa symptom (APA, 2013). *SCID-II* är ett väl använt instrument för bedömning av personlighetssyndrom och anses ha god reliabilitet och validitet (First et al., 1995; Maffei et al, 1997). Instrumentet har visat på mycket hög interbedömarreliabilitet avseende kriterier för Borderline med ICC= 0.91- 0.95. (Maffei et al, 1997). Någon bedömning av interbedömarreliabiliteten hos medarbetarna på DBT-teamet finns inte.

Funktionsnivå bedömdes med *Children's global assessment scale, CGAS* (Shaffer et al., 1983). Bedömning sker på en skala 0-100 som indikerar en global funktionsnivå den senaste månaden. Tolkningen är att ju högre siffra ju högre funktionsnivå. Bedömningen skattas av professionella inom barnpsykiatrisk verksamhet. Det är ett vanligt förekommande mått och det mått som är mest studerat avseende bedömning av generell funktionsnivå. Interbedömarreliabiliteten bedöms vara måttlig till god med ett värde på ICC=0,41- 0,60

(Haugen, Schorre, & Vandvik, 2004). Någon bedömning av interbedömarreliabiliteten hos medarbetarna på DBT-teamet finns inte.

För patienterna i den aktuella studien insamlades information om ålder, behandlingslängd, biologiskt kön, CGAS samt psykiatriska diagnoser från journalsystemet TAKE CARE. Diagnoserna har ofta satts vid behandlingsstart, dock har diagnoser som satts senare under behandlingen inkluderats i demografiska data för att belysa neuropsykiatrisk och psykiatrisk problematik som utretts och diagnosticerats under behandlingens gång. Om patienten under behandlingstiden hade en specificerad ångestdiagnos som sedermera ändrades till en ospecificerad ångestdiagnos är det den specificerade ångestdiagnosen som rapporterats i studien. Detta för att minska att ångestproblematik betecknas i två diagnoser vilket skulle kunna ge sken av en högre förekomst av ångestdiagnoser. Då data inhämtats från journal bygger kön på biologisk kön enligt folkbokföringen. Individens pronomen och könstillhörighet behöver inte överensstämma med det biologiska kön som i denna studie uppges.

Mätningstillfällen

Patienten fick vid start och vid avslut av behandling frivilligt fylla i formulär för enhetens kvalitetsutvärdering, där SCL-90 ingår. Start av behandling bedömdes ske vid första besöket efter avslutad bedömning och behandlingen bedömdes avslutad vid sista besök på mottagningen i anslutning till den sammanhängande behandlingsperioden, det vill säga inte vid booster-sessioner eller uppföljande besök efter avslutad behandling. Vid bedömning innan behandling genomförde behandlaren en bedömning med SCID-II för Borderline personlighetssyndrom. Bedömning inför behandling skedde gemensamt på teamkonferens med fokus på bedömning av diagnoskriterier avseende EIPS, diagnostik samt samskattning av CGAS. Vid avslut av behandling genomfördes en bedömning med SCID-II för Borderline personlighetssyndrom av en annan behandlare för att minska risk att behandlande behandlare

skattade patienten påverkad av bias. Vid enstaka fall gjorde behandlande behandlare intervjun med SCID-II efter behandlingen om patienten motsatte sig att bli intervjuad av annan behandlare. Samskattning avseende CGAS och diagnostiköverbäggande vid avslut av behandling skedde i behandlingsteam.

Gruppindelning

För att studera om det fanns skillnader kopplat till neuropsykiatrisk diagnos gjordes en gruppindelning. De som räknades in i gruppen AST hade en diagnos enligt ICD-10 koderna F840-849 som beskriver svårigheter inom AST. Till gruppen ADHD räknades de som hade diagnos enligt ICD-10 koderna F900-909 som beskriver svårigheter inom spektrumet aktivitet och uppmärksamhetsstörning samt hyperaktivitet. Hade individen en diagnos inom både AST och ADHD kategoriserades den individen till AST-gruppen. Det för att särskilja gruppen med AST då klinisk erfarenhet pekat på att ungdomar med AST kan ha svårare att ta till sig sedvanlig DBT (Lindheim von Bahr et al., 2017).

Analys

Data analyserades med statistiska analyser i SPSS. För att undersöka skillnader före och efter behandling för hela gruppen användes t-test för upprepade mätningar avseende CGAS och GSI. Vid analys av SCL-90 med delskalor genomfördes en Bonferroni-korrektion för att hålla nere det totala alfa-värdet till 5%. Det innebär att den kritiska gränsen för signifikans för var och en av de tio delskalorna är 0.005. För att mäta skillnader för antal diagnoskriterier för EIPS före och efter behandling användes Wilcoxons test för upprepade mätning. För skillnaden i CGAS och SCL-90 beräknades effektstorlek med Cohens d där skillnaden mellan medelvärden dividerades med den viktade standardavvikelsen från för- och eftermätningen.

Innan någon analys av skillnad i utveckling skedde undersöktes det om det förelåg en initial skillnad mellan gruppen med ADHD, gruppen med AST och gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos vilket testades med envägs ANOVA avseende CGAS och GSI samt

med Kruskal Wallis Test för diagnoskriterier avseende EIPS. Vid jämförelse mellan de tre grupperna avseende behandlingstid användes envägs ANOVA. För att analysera skillnader mellan de tre kliniska grupperna avseende förändring i CGAS och GSI tillämpades 2-faktors ANOVA där den ena faktorn utgjordes av gruppstillhörighet och den andra av tid. För att undersöka eventuella skillnader i förändring av antal diagnoskriterier avseende EIPS mellan de tre olika grupperna beräknades en differensvariabel mellan för- och eftermätning.

Differensen analyserades med Kruskal-Wallis test.

Bortfall

Innan insamlade data analyserades gjordes en bedömning avseende grad av bortfall som accepterades för att inkludera utfallsmåttet. Om en deltagare fyllt i mindre än 80% av frågorna inom en delskala på SCL-90 exkluderades den delskalan för deltagaren. Om en deltagare fyllt i mindre än 90% av samtliga frågor på SCL-90 exkluderades skalan som helhet för deltagaren. Om information om CGAS, antal kriterier för EIPS enligt SCID-II för Borderline personlighetssyndrom inte fanns i journalen i TAKE CARE klassades det som bortfall. Bortfallet hanterades enligt principen "pairwise deletion", vilket innebär att saknade värden utesluts för varje analys vilket medför att n kan variera.

Etiska överväganden

Vid bedömning på DBT-teamet tillfrågades samtliga patienter att fylla i förmätningar samt att vid avslut fylla i eftermätningar. Patienterna informerades om att materialet kan användas för utvärdering av behandlingen. Att fylla i skattningar var frivilligt och det påverkade inte huruvida patienten fick behandling eller några andra konsekvenser. Sammanställning av data har skett oidentifierat. Då examensarbetet är en retroaktiv studie anses ingen ny risk ha uppstått för patienterna i samband med den aktuella studien. Studien har godkänts av Centrum för psykiatrforskning, Barn- och ungdomspsykiatri i Region

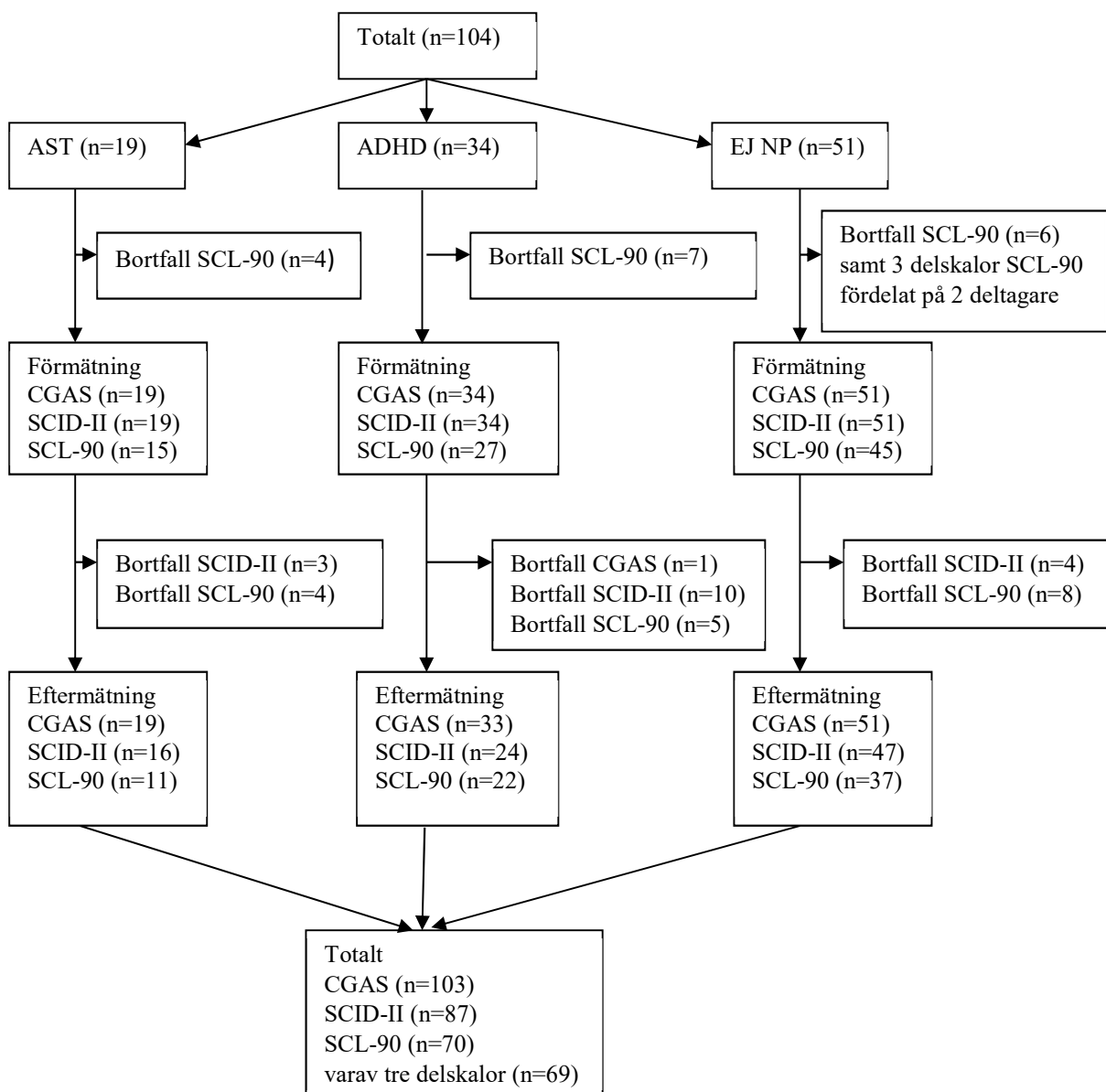
Stockholm, enhetschef på DBT-teamet, sektionschef för BUP specialenheter samt verksamhetschef för BUP Stockholm.

Resultat

Studien omfattar totalt 104 deltagare, se figur 1.

Figur 1

Flödesschema för deltagare med redovisat bortfall



Not. AST = gruppen med diagnos AST, ADHD = gruppen med diagnos ADHD, Ej NP = gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos, CGAS = Child Global Assessment Scale, SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, borderlinedelen, SCL-90 = Symptom Check List- 90. De tre delskalorna på SCL-90 med bortfall var delskala Somatisering, Interpersonell sensitivitet samt Fobisk ångest.

Det finns ett bortfall främst avseende skattningar med SCL-90. Bortfallet bestod främst av att formuläret ej fyllts i överhuvudtaget och endast tre delskalor exkluderades på grund av att deltagaren svarat på mindre än 90% av delskalan. Det finns även ett visst bortfall avseende bedömning av diagnoskriterier för EIPS med SCID-II Borderlinedelen efter behandling.

Patientgruppen hade en stor samsjuklighet med neuropsykiatriska funktionsvariationer och psykiatriska tillstånd som depressiva symptom och olika ångestdiagnoser (se tabell 1). Av patienterna uppfyllde 18% en AST-diagnos och 43% hade en diagnos inom ADHD. Drygt 10% hade både en diagnos avseende AST och ADHD. För samtliga diagnoser se Appendix 1.

Tabell 1

Bakgrundsdata för deltagare vid start

		Totalt		AST		ADHD		Ej NP-diagnos	
		(n=104)		(n=19)		(n=34)		(n=51)	
Kön									
kvinnor	<i>n (%)</i>	100	(96%)	17	(89%)	33	(97%)	50	(98%)
män	<i>n (%)</i>	4	(4%)	2	(11%)	1	(3%)	1	(2%)
Ålder	<i>M (SD)</i>	16,1	(1,0)	15,8	(0,9)	16,0	(1,0)	16,2	(1,0)
Behandlingslängd	<i>M (SD)</i>	17,8	(8,1)	20	(6,6)	19,4	(9,9)	15,9	(7,0)
CGAS	<i>M (SD)</i>	43,8	(5,9)	41,6	(4,7)	45,2	(5,9)	43,8	(6,1)
GSI	<i>M (SD)</i>	2,04	(0,77)	1,95	(0,73)	2,11	(0,71)	2,02	(0,83)
EIPS-kriterier	<i>mdn (Q₁, Q₃)</i>	5	(4, 6)	5	(4, 6)	5	(4, 6)	5	(4, 6)
Diagnoser	<i>n (%)</i>								
ADHD		45	(43%)	11	(58%)	34	(100%)	0	(0%)
Bipolär sjukdom		5	(5%)	1	(5%)	1	(3%)	3	(6%)
Depression/ Dystymi		77	(74%)	13	(68%)	24	(71%)	40	(78%)
Social fobi		22	(21%)	4	(21%)	6	(18%)	12	(24%)
Paniksyndrom		19	(18%)	3	(16%)	4	(12%)	12	(24%)
Generaliserat Ångestsyndrom		19	(18%)	1	(5%)	5	(15%)	13	(25%)
Ångesttillstånd ospecificerat		39	(38%)	6	(32%)	15	(44%)	18	(35%)
PTSD		23	(22%)	3	(16%)	9	(26%)	11	(22%)
Ätstörning		26	(25%)	2	(11%)	11	(32%)	13	(25%)
Antal diagnoser	<i>mdn (Q₁, Q₃)</i>	3	(3, 4,75)	4	(3, 5)	4	(3, 5)	3	(2, 3)

Not. CGAS= Child Global Assessment Scale, GSI= Globalt svårighetsindex (SCL-90), EIPS-kriterier mätt med SCID-II. Behandlingslängd uppges i månader.

Det globala svårighetsindexet, GSI för SCL-90 låg på medelvärdet 2,04 (0,77) vid start vilket är drygt två och en halv standardavvikelse över normvärdet för flickor under 20 år. Det indikerar att deltagarna i studien var en grupp med omfattande psykiska symptom. Skillnaden

blir än större om vi jämför med normer för pojkar under 20 år som generellt skattar mindre påverkan av psykiska symptom än flickor i samma åldersgrupp (Fridell et al., 2002).

Median för uppfyllda diagnoskriterier för EIPS var vid start 5 diagnoskriterier (4,6) vilket indikerar omfattande svårigheter där 5 diagnoskriterier innebär att man uppfyller diagnos EIPS. Medelvärdet för CGAS vid behandlingsstart var 43,8 (5,9) vilket är i den lägre delen av det intervall som beskrivs som ”Måttlig störning av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område, vilket kan orsakas av t.ex. suicidal upptagenhet eller suicidala grubblerier, skolvägran och andra former av ångest, tvångsmässiga ritualer, allvarliga konversionssymtom, täta ångestattacker, ofta förekommande aggressivt eller annat antisocialt beteende med visst bibehållande av meningsfulla sociala relationer”. Deltagarna bestod främst av patienter av kvinnligt kön vilket överensstämmer med hur patientgruppen på den aktuella mottagningen ser ut

Har det skett en förändring avseende psykiska symptom och funktion efter behandling?

Det skedde en signifikant minskning av psykiska symptom under behandling både avseende GSI och samtliga delskalor i SCL-90. Särskilt stora förändringar skedde i delskalorna Interpersonell sensitivitet, Depression och Paranoidt tänkande (se tabell 2).

Tabell 2

Skillnad avseende psykiska symptom och funktionsnivå före och efter behandling

	Före		Efter		Differens start-avslut		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen´s <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Globalt svårighetsindex, GSI	2,04	0,77	1,31	0,84	0,73	0,90	69	6,73	<,001	0,91
Somatisering	1,79	0,87	1,25	0,88	0,54	0,92	68	4,85	<,001	0,62
Obsessiv kompulsivitet	2,22	0,78	1,55	0,92	0,67	0,89	69	6,37	<,001	0,79
Interpersonell sensitivitet	2,22	1,02	1,30	0,92	0,92	0,98	68	7,87	<,001	0,95
Depression	2,58	0,85	1,70	1,09	0,88	1,16	69	6,27	<,001	0,91
Ångest	2,18	0,89	1,46	0,98	0,72	1,06	69	5,66	<,001	0,77
Fientlighet/vrede	1,80	1,17	1,12	1,06	0,68	1,23	69	4,62	<,001	0,61
Fobisk ångest	1,54	1,07	0,99	0,91	0,55	1,00	68	4,55	<,001	0,56
Paranoidt tänkande	1,98	1,05	1,13	0,95	0,85	1,04	69	6,85	<,001	0,85
Psykticism	1,46	0,94	0,87	0,86	0,59	1,01	69	4,88	<,001	0,66
CGAS	43,8	5,9	55,4	10,3	11,5	10,0	103	11,73	<,001	1,43

Not. Psykiska symptom mätt med Symptom Check List- 90, SCL-90 med Globalt svårighetsindex samt nio delskalor. Funktionsnivå mätt med Children´s Global Assessment Scale, CGAS.

**p* < .001, 95% konfidensintervall. Bonferroni, Cohen´s $d = \frac{m_1 - m_2}{sd_{pooled}}$

Deltagarna i studien uppfyllde signifikant färre diagnoskriterier för EIPS efter behandling (mdn_{före}: 5, mdn_{efter}: 2, min-max_{före}: 2-9, min-max_{efter}: 0-7, n= 78, z =-7.223, p<0.001). Det sker en förskjutning avseende antal uppfyllda diagnoskriterier där 91% av deltagarna i den aktuella studien uppfyllde minst fyra kriterier vid behandlingsstart medan det vid avslut var 32% som uppfyller fyra kriterier eller mer (se tabell 4). Sammanlagt 82% av deltagarna i studien uppfyllde färre diagnoskriterier efter behandlingen, 10% uppfyllde lika många kriterier som innan behandling och 8% uppfyllde fler diagnoskriterier efter behandling.

Tabell 4

Antal diagnoskriterier för EIPS före och efter behandling

Antal diagnoskriterier för EIPS	Före (n=87)		Efter (n=87)	
	n	%	n	%
0	0	0	24	28
1	0	0	16	18
2	2	2	15	17
3	6	7	4	5
4	30	35	7	8
5	14	16	9	10
6	18	21	6	7
7	13	15	6	7
8	3	3	0	0
9	1	1	0	0

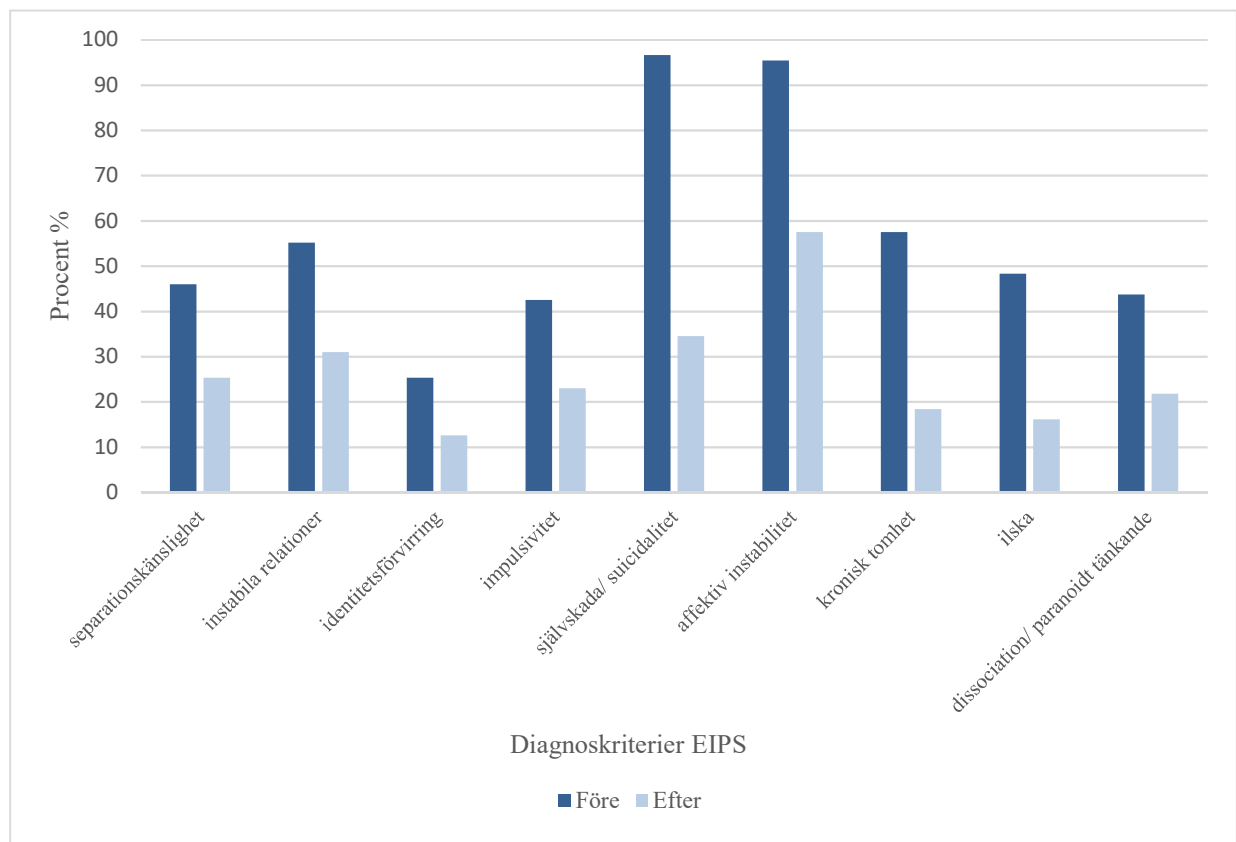
En granskning av vilka kriterier som minskade i störst utsträckning procentuellt visade på att dessa var kronisk tomhet (69%), ilska (67%), självskadebeteende och suicidalitet (64%), se Appendix 2.

Det sker en signifikant ökning av funktionsnivå under behandlingen, (se tabell 2). Medelvärde för skillnaden mellan före och efter behandlingen är 11,5 enheter där 91% av deltagarna har en högre CGAS efter behandling. Vid avslut fanns en större spridning i gruppen avseende CGAS, d.v.s. att gruppen var mindre homogen avseende funktionsnivå efter behandling. Medelvärde efter behandling ligger i mitten av det intervall som beskrivs

som ”Varierande funktionsförmåga med sporadiska svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, sociala områden. Störningen skulle vara uppenbar för dem som träffar barnet i ett dysfunktionellt sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser barnet i andra sammanhang”.

Figur 2

Antal procent av deltagare som uppfyllde diagnoskriterierna för EIPS före och efter behandling



Finns det skillnader mellan grupperna med och utan neuropsykiatrisk diagnos avseende förändring av psykiska symptom och funktion efter DBT?

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan gruppen med diagnos AST, gruppen med diagnos ADHD eller gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos före behandling avseende psykiska symptom eller funktionsnivå ($df= 2/84-2/101-$, $F=2,198-0,124$, ns.). Det var ingen skillnad mellan grupperna avseende diagnoskriterier för EIPS innan behandling (se tabell 1 för deskriptiva data). Vad gäller behandlingssvar fanns dock en signifikant skillnad där

gruppen med AST uppvisade en mindre förändring av CGAS jämfört med gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos. Det fanns ingen skillnad mellan gruppen med ADHD jämfört med gruppen med AST eller gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos. Avseende övriga utfallsmått som förändring av psykiska symptom mätt med SCL-90, antal diagnoskriterier för EIPS mätt med SCID-II för Borderline personlighetsyndrom eller behandlingstid fanns ingen signifikant skillnad mellan de tre grupperna (se tabell 6). Inte heller förelåg någon skillnad vad gäller behandlingstid.

Tabell 6

Skillnader avseende förändring mellan de tre kliniska grupperna

	AST		ADHD		Ej NP		Post hoc		
	före	efter	före	efter	före	Efter	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
CGAS <i>M</i> (<i>SD</i>)	41,6 (4,7)	50,8 (10,4)	45,2 (5,9)	54,8 (10,2)	43,8 (6,1)	57,4 (9,9)	2	3,186	0,04*
GSI <i>M</i> (<i>SD</i>)	1,95 (0,73)	1,4 (0,95)	2,11 (0,71)	1,37 (0,83)	2,02 (0,83)	1,25 (0,83)	2	0,146	<i>ns</i>
Behandlings längd <i>M</i> (<i>SD</i>)	20 (6,6)		19,4 (9,9)		15,9 (7,0)		2	2,783	<i>ns</i>
							Kruskall Wallis H		
Kriterier EIPS Förändring mellan före- efter <i>mdn</i> (<i>Q</i> ₁ , <i>Q</i> ₃)	2 (1,3)		3 (0,4)		3 (2,4)		2	4,583	<i>ns</i>

Not. AST= gruppen med diagnos AST, ADHD= gruppen med diagnos ADHD, Ej NP= gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos. Behandlingslängd anges i enhet månader.

Den signifikanta skillnaden visade på att AST hade en signifikant mindre förändring av CGAS över tid jämfört med gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos. **p* < .001, 95% konfidensintervall. Bonferroni.

Att statistiskt pröva om det förelåg en skillnad mellan de patienter med AST som fått anpassad behandling jämfört med de som fått sedvanlig DBT var inte möjligt p.g.a. det lilla antalet patienter i vardera grupp. Deskriptiva data granskades och det bedömdes att det inte fanns någon tydlig skillnad utifrån deskriptiva data mellan de två grupperna (se Appendix 3). Deskriptiva data för de olika kliniska grupperna presenteras i Appendix 4-5.

Diskussion

Syftet med den aktuella studien var att undersöka om det skedde en förändring av psykiska symptom, diagnoskriterier för EIPS samt funktionsnivå under behandling med DBT för ungdomar. Studien ämnade också undersöka huruvida det var någon skillnad i förändring om patienterna hade en neuropsykiatrisk diagnos som AST eller ADHD eller inte. Det skedde en signifikant minskning av psykiska symptom, minskade symptom avseende EIPS samt en förbättrad funktionsnivå efter behandlingen. Det fanns en signifikant skillnad i förändring där gruppen med AST hade en mindre positiv utveckling av funktionsnivå jämfört med gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos. Förutom denna skillnad fanns inga skillnader mellan grupperna avseende grad av förändring under behandling.

Resultaten i studien stärker tidigare studier av DBT för ungdomar som visat på både minskade generella psykiska symptom (Buerger et al., 2019; Courtney & Flament, 2015; Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002) och minskade symptom avseende EIPS efter behandling (Buerger et al., 2019; Fleischhaker et al., 2011; Rathus & Miller, 2002). Studiens resultat pekar i samma riktning som tidigare utvärdering på samma behandlingsenhet med minskade psykiska symptom, minskade kriterier avseende EIPS och en förhöjd CGAS efter behandling med DBT för ungdomar (Hallek et al., 2011).

De symptom avseende EIPS som visar på störst förändringar i den aktuella studien sker både i yttre beteenden som minskad självskada, suicidalitet och ilska men också mer intrapsykiska symptom som minskad kronisk tomhet, identitetsförvirring, dissociation och paranoida tankegångar. Förutom dessa symptom ses en signifikant minskning avseende generella psykiska symptom som depression, ångest, interpersonell sensitivitet, somatisering, tvångsmässighet och psykotiska tankegångar. Minskning av symptomen vid EIPS innebär god prognos då behandling av kärnsymptomen är det som anses vara det mest effektiva för att få till en varaktig förändring vilket också minskar samtidiga psykiatriska tillstånd (Zanarini et

al., 2004). I den aktuella studien och i tidigare studier av DBT för ungdomar sker således förändring efter DBT över ett brett spektrum av psykiska symptom och problemområden.

Då grunden i DBT bygger på att öka förmåga att hantera känslor kan det tyckas anmärkningsvärt att kriteriet affektiv instabilitet inte uppvisar den största förändringen av de nio kriterierna. Den procentuella utvecklingen avseende affektiv instabilitet i den aktuella studien är 39% till skillnad från förändringar avseende kroniska tomhetsupplevelser på 69%, ilska 67% och självskada/ suicidalitet på 64 % (se Appendix 2). Liknande resultat visar tidigare studier (Buerger et al., 2019; Fleischhaker et al., 2011; Hallek et al., 2015) där många av diagnoskriterier minskar kraftigt över tid men där affektiv instabilitet förändras påtagligt men inte i lika stor utsträckning som övriga symptom. Utifrån den biosociala teorin som DBT bygger på (Linehan, 1993) finns en biologisk sårbarhet med lättväckta starka känslor som är ihållande över tid. Förklaring till att en stor grupp av patienterna uppfyller kriteriet även vid avslut kan vara att dessa ungdomar i sig har ett biologiskt reaktivt känslsystem som är mindre förändringsbart. Däremot visar resultat i studien att många hanterar sin affektiva instabilitet på andra sätt vilket visar sig som minskade självdestruktiva beteenden, minskad impulsivitet, mindre instabila relationer och mindre utagerande ilska. Det sker även förändring med minskad påverkan på måendet med mindre depressiva symptom och mindre ångest vilket kan tänkas hänga ihop med ökade färdigheter att hantera sina känslor och relationer.

Då naturalförloppet vid EIPS innebär en ökning av symptom efter puberteten (Cohen et al., 2005; Tackett et al., 2009) kan studier av ungdomar ses mot bakgrund av en förväntad utveckling där naturalförloppet skulle vara att symptom för EIPS förväntas öka. Den aktuella studien och tidigare studier av DBT för ungdomar (Buerger et al., 2019; Courtney & Flament, 2015; Fleischhaker et al., 2011; Fläcke, 2019; Hallek et al., 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002) visar på resultat som istället visar på en minskning av symptom av

EIPS under samma åldersperiod. Det indikerar att DBT kan vara effektivt för att hindra en negativ utveckling av symptom för många ungdomar. Då långvariga svårigheter inom EIPS innebär sämre prognos (Temes & Zanarini, 2018) kan det tänkas viktigt att ungdomar med drag av EIPS tidigt får möjlighet till riktad behandling för EIPS.

Det sker en signifikant funktionshöjning i gruppen över tid. Vid avslut finns dock en större spridning i gruppen avseende CGAS vilket indikerar att gruppen är mindre homogen avseende funktionsnivå efter behandling. Det indikerar att vissa individer ökat sin funktionsnivå mer drastiskt medan vissa individer har en mindre förändring avseende funktionsnivå. CGAS kan tyckas ligga relativt lågt även vid avslut vilket indikerar att det finns ungdomar i gruppen med fortsatt behov av anpassningar, eventuell fortsatt behandling och stöd. Det finns en omfattande samsjuklighet både med neuropsykiatri och annan psykiatrisk problematik i gruppen vilket kan vara del i förklaringen varför CGAS för vissa ligger fortsatt relativt lågt.

Det kliniska intrycket är att patienter med AST har svårare att tillgodogöra sig behandling (Lindheim von Bahr et al., 2017) vilket denna studie delvis styrker där AST-gruppens förändring av funktionsnivå är mindre jämfört med de utan neuropsykiatrisk diagnos. Då individer med AST har en funktionsvariation som är bestående över tid och ofta innebär behov av anpassningar (Cooper, Loades & Russell, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2016) kan man tänka att det är rimligt att funktionsnivå inte ökar i samma utsträckning som individer utan neuropsykiatrisk funktionsvariation. DBT behandlar primärt svårigheter vid EIPS och inte samtidig neuropsykiatrisk funktionsvariation. Gruppen med ADHD har dock en lika positiv utveckling avseende funktionsnivå som gruppen utan neuropsykiatrisk diagnos vilket kan tänkas påverkas av att DBT som metod jobbar mer uttalat med de svårigheter som ofta är förknippade med svårigheter vid ADHD som t.ex. svårighet

att agera utifrån mer långsiktiga mål med impulsivitet, känslsvängningar och ilska (Linehan, 1993).

Kan man säga att behandlingen inte är lämpad för individer med AST då de har en lägre utveckling avseende funktionsnivå? Författaren till examensarbetet vill svara nej på den frågan. Studien visar på att vissa individer med AST verkar kunna tillgodogöra sig behandling på så sätt att de efter behandling har mindre psykiska symptom och mindre svårigheter avseende EIPS. Det kan tänkas att dessa individers funktionsnivå i stor utsträckning påverkas av sin neuropsykiatriska diagnos vilken är mer beständig över tid (APA, 2013; Socialstyrelsen, 2010). Det är dock viktigt att ha i åtanke att den aktuella studien inte inkluderar alla patienter med AST utan att en bedömning gjorts initialt där individer med låg funktion kopplat till AST och som bedömts inte kunna tillgodogöra sig behandling med DBT exkluderats från behandling och därmed från den aktuella studien. Det kan också tänkas att det finns några patienter med AST som inte upplevt behandling hjälpsam eller där kontrakt inte förnyades kan ha avslutat behandling innan 40 sessioner och därmed inte inkluderats i studien. Det var dock ett fåtal patienter överlag som deltog i mindre än 40 sessioner. Det är också viktigt att poängtera att behandlingen i studien sker med anpassningar för att tillgodose patienter med samtidiga neuropsykiatriska funktionsvariationer så långt det är möjligt inom ramen för DBT och mottagningens förutsättningar. Det finns ett AST-medvetet förhållningssätt samt ett ofta intensivt arbete med föräldrar/ närstående och samverkan med andra viktiga aktörer som Habiliteringen, LSS och skola. Det kan tänkas ge andra resultat om DBT främst ges individuellt utan aktivt arbete med omgivningsfaktorer som familjearbete och utan möjlighet till anpassningar och samverkan vilka är viktiga delar för att stödja individer med AST. Resultaten från den aktuella studien behöver därför tolkas med försiktighet.

De allra flesta ungdomar i studien har positiva förändringar över tid, dock finns det vissa patienter med en fortsatt stor påverkan av psykiska symptom och ett fåtal patienter med

förvärrade symptom. Då AST inte verkar kunna ge förklaring till uteblivna behandlingsresultat kan det tänkas finnas andra riskfaktorer som påverkar utfall och där eventuellt flera riskfaktorer samverkar och minskar möjligheten att tillgodogöra sig behandling. Faktorer som skulle kunna vara riskfaktorer är samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd som ätstörning, svår depression eller obehandlad komplex PTSD. Tonåren är även en period då vissa mer kroniska psykiatriska sjukdomar debuterar som bipolär sjukdom eller symptom kopplat till utveckling av psykossjukdom. Att ha en lägre intellektuell funktion kan också tänkas påverka möjligheten att tillgodogöra sig behandling. En ungdom är också i hög grad beroende av sin hemsituation och relation till omsorgspersoner vilket kan tänkas kunna vara en riskfaktor om det inte fungerar på tillfredställande sätt. Ytterligare en tänkbar riskfaktor är pågående utsatthet som mobbning eller andra typer av social utsatthet eller övergrepp.

Begränsningar

Begränsningar i den aktuella studien är framförallt att den inte är kontrollerad och inte har någon jämförelsegrupp varvid resultat behöver tolkas med försiktighet. Det sker ofta en naturlig minskning av symptom över tid (Zanarini et al., 2004) varvid minskning av symptom skulle kunna tänkas vara del i en naturlig minskning av symptom avseende EIPS och övriga psykiska symptom. Dock undersöker studien individer i tonåren vilket är en fas då kriterier avseende EIPS ofta både debuterar men också brukar öka där det är i vuxen ålder som det är vanligare att symptom klingar av i ett naturalförlopp (Kaess et al., 2014). Studien har ingen uppföljning av resultat och kan därmed inte uttala sig om förändringarna är bestående över tid.

Studien är naturalistisk vilket innebär kliniska anpassningar av innehåll och att omfattning av behandling skiljer sig åt mellan individerna i studien. Studien har inte kontrollerat för antal behandlingstillfällen, behandlingslängd och inte heller omfattning av

behandlingsarbete med föräldrar/närstående. Det innebär att studien kan tänkas ha god extern validitet men är svår att replikera. .

Det finns ett bortfall framförallt avseende självskattad psykisk hälsa efter behandlingen. Anledningar varför skattningar med SCL-90 inte gjorts varierar. I ett par fall står det i journalen att individen inte önskar göra en uppföljande SCID-intervju eller inte vill fylla i utvärderingen. Det kan tänkas vara så att de patienter som haft mindre hjälp av behandlingen är mindre angelägen att delta i utvärdering vilket kan ha påverkat resultatet i studien. Det finns en tendens i datainsamlingen att vissa behandlare inte har samlat in skattningar före och/eller efter behandling vilket kan bero på att man inte tycker att syftet motsvarar insatsen för patienten då SCL-90 är ett omfattande frågebatteri som kan upplevas både påfrestande och tidskrävande att svara på för ungdomarna.

Studien undersöker både patient och terapeutskattningar. Det är en styrka i att få både individens egen upplevelse samt terapeutens kliniska bedömning. Samtidigt finns svårigheter med skattningar och bedömningar som kan påverkas av den mänskliga faktorn, att en terapeut önskar se positiva förändringar och ökad funktion hos sin patient efter behandling samt att en patient vill vara ”en god patient” och skattar ett bättre utfall. För att minska risk för terapeutbias skedde samskattningar av CGAS i behandlingsteamet samt att man som terapeut vanligtvis inte gjorde intervjun med SCID-II med den patient man själv haft i behandling.

Trots metodologiska brister är studien ett viktigt bidrag för att öka kunskap om en grupp som har omfattande svårigheter, ett påtagligt lidande samt löper stora risker kopplat till sin problematik.

Framtida behov

Det finns ett fortsatt behov att med randomiserade kontrollerade studier undersöka effekterna av DBT för ungdomar samt undersöka om ungdomar med neuropsykiatriska funktionsvariationer kan tillgodogöra sig DBT. Det vore önskvärt med mer kunskap kring

vilka patienter som kan tillgodogöra sig DBT och vad som krävs utifrån samtidig neuropsykiatrisk funktion för att kunna tillgodogöra sig behandling. Det är av vikt att ungdomar med drag av EIPS och samtidig AST studeras i behandlingsstudier då behandlingsstudier ofta exkluderar samsjuklighet med AST, dessa patienter är dock relativt vanligt förekommande i den kliniska vardagen. Önskvärt vore också att öka kunskap om de som inte tillgodogör sig sedvanlig DBT och vad de kan behöva för insatser eller anpassningar.

Referenser

- American Psychiatric association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Allely, C. S. (2014). The association of ADHD symptoms to self-harm behaviors: A systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry, 14*(133), 1-13.
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Håkansson, C., Jutblad, S-B., Niklasson, L., Nydén, A., Wentz, E., Westergren, S., Cloninger, C. R., Gillberg, C., & Råstam, M. H. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorder on temperament, character and personality development. *American Journal of Psychiatry, 163*(7), 1239-1244.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., Mcglashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*(2), 295-302.
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention-deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine, 42*(4), 875–87.
- 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 Disorder, 18*(3), 226-239.
- Buerger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., von Auer, K., Parzer, P., & Kaess, M. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of Personality Disorders, 33*(1), 119-134.

- Chabrol, H., & Raynal, P. (2018). The co-occurrence of autistic traits and borderline personality disorder traits is associated to increased suicidal ideation in nonclinical young adults. *Comprehensive Psychiatry* 82, 141-143.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 19(5), 466–486.
- Cooper, K., Loades, M. E., & Russell, A. J. (2018). Adapting Psychological Therapies for Autism – Therapist Experience, Skills and Confidence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 45, 43–50.
- Courtney, D. B., & Flament, M. F. (2015). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with self-injurious thoughts and behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 537-544.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.
- Dell’Osso, L., Cremone, I. M., Carpita, B., Fagiolini, A., Massimetti, G., Bossini, L., Vita, A., Barlati, S., Carmassi, C., & Gesi, C. (2018). Correlates of autistic traits among patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 7-11.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the revised version*. Baltimore: John Hopkins, University School of Medicine.
- Dunerfeldt, M., Elmund, A., & Söderström, B. (2010). *Bedömningsinstrument inom BUP i Stockholm*. Stockholm: Utvecklings- och utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.
- Ferrer, M., Andi3n, O., Matali, J., Valero, S., Navarro, J. A., Ramos-Quiroga, J. A., Torrubia, R., & Casas, M. (2010). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline

- patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 24(6), 812–822.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., Davies, M., Borus, J, Howes, M. J., Kane, J., Harrison, G. P., & Rounsaville, B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R Personality disorders (SCID-II). 2: Multisite test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorder*, 9(2), 92-104.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011) Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3), 1-10.
- Fläcke, M. (2019). *Dialektisk beteendeterapi med behandlingstillägg för ungdomar med och autismspektrumtillstånd: En pilotstudie inom klinisk verksamhet*. (Specialistarbete, Psykologförbundet, Stockholm).
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL-90: Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse, SIS.
- Fruzzetti, A. E., & Worrall, J. M. (2010). DBT terapeutiska- och feedback formulär. Översatt av Borderlineenheten. Hämtad 2020-04-11 från <https://dbtsverige.se/wp-content/uploads/2020/02/Skattning-DBT-Fruzzetti.pdf>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., &

- Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of Borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Hallek, C., Borg, N., Kordnejad-Karlsson, C., Larsson, J-O., & Rudeberg, C. (2011). *Utvärdering av dialektisk beteendeterapi inom Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting: Hur gick det för DBT-projektets patienter? (Delrapport 2)*. Stockholm: Utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.
- Haugen Schorre, B. E., & Vandvik, I. H. (2004). Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry – a review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(5), 273-286.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H., & Ebert, D. (2004). *Psychotherapy in adult ADHD: A workbook*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177-184.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9(35), 1-9.
- Jacob, C., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schäfer, H., Schmidtke, A., Böning, J., & Lesch K-P. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity

- disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 257(6), 309–317.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 410–413.
- Joiner, T. E. (1999). The Clustering and Contagion of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 89–92.
- Joshi, G., Wozniak, J., Fitzgerald, M., Faraone, S., Fried, R., Galdo, M., Furtak, S. L., Conroy, K., Kilcullen, J. R., Belser, A., & Biederman, J. (2018). High risk for severe emotion dysregulation in psychiatrically referred youth with autism spectrum disorder: A controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3101-3115.
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Katz, I. Y., Fotti, S. A., & Postl, L. (2009). Cognitive behavioral therapy and dialectical behavior therapy: Adaptions required to treat adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 95-109.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453– 461.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564.

- Lindheim von Bahr, P., Karlsson, T., Jimson, J., Fläcke, M., Nyblad, L., & Beije, C. (2017). *DBT med behandlingstillägg för ungdomar med emotionell instabilitet och autismspektrumtillstånd*. (Delrapport 1). Stockholm: Utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., & Deborah, D. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorder, 11*(3), 279-84.
- Malling Andersen, S. & Johansson, M. (1998). *SCL-90, Symptom checklist; en svensk normering och standardisering* (Institutionsrapport 3). Lund: Institutionen for tillämpad psykologi, Lunds universitet.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 75*(8), 777-785.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(4), 295-300.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S.,

- Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, The Guilford Press.
- Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Fodstad, J. C., Biebl, S., Morriss, D. H., & McDougle, C. J. (2014). The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 125–136.
- Mouktharian, T. R., Mintah, R. S., Moran, P., & Asherson, P. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/ hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 1-11.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. Hämtad 2020-02-08 från <https://www.nice.org.uk/guidance/CG142>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Rosenbaum-Asarnow, J. (2015). Therapeutic Interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 54(2), 97-107.
- Petrovic, P. (2015) *Känslostormar: Emotionell instabilitet i hjärnan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(2), 146-157.

- Rydén, E. & Bejerot, S. (2008). Autism spectrum disorder in an adult psychiatric population: A naturalistic cross-sectional controlled study. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 13-21.
- Rydén, G., Rydén, E., & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 22-30.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & Mcglashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological medicine*, 35(3), 443-451.
- Stoffers, J., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(6).
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), 1-510.
- Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F., & Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology*, 21(3), 687–713.

- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(2), 211–217.
- Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among borderline patients and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry, 80*(1), 30-36.
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 41*(4), 685-694.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders, 28*(5), 734-50.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorder in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 590-596.
- Tørmoen, A. J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B., & Mehlum, L. (2014). Feasibility of Dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, Adherence and Retention. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 432-444.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry, 161*(11), 2108-2114.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry* 42(2), 144-150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis I comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103-109.
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Gant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607-619.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 245–252.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-8.

Appendix 1

Samtliga diagnoser för deltagarna

Kod	Diagnos	AST (n=19)	ADHD (n=34)	Ej NP (n=51)	Totalt (n=104)
F102	Beroendesyndrom		1		1
F122	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis		1		1
F299	Ospecificerad icke organisk psykos		1		1
F311	Bipolär sjukdom, manisk episod utan psykotiska symptom	1			1
F315	Bipolär sjukdom, svår depressiv episod med psykotiska symptom			1	1
F317	Bipolär sjukdom utan aktuella symptom			1	1
F318	Andra specificerade bipolära sjukdomar		1	1	2
F320	Depression lindrig		1	1	2
F321	Depression medelsvår	1	6	13	20
F322	Depression svår			3	3
F329	Depression ospecificerad	8	9	10	27
F330	Depression recidiverande lindrig			1	1
F331	Depression recidiverande medelsvår		2	5	7
F334	Depression recidiverande utan aktuella symptom		1	2	3
F339	Depression recidiverande ospecificerad	1	1	2	4
F341	Dystymi	3	4	3	10
F400	Agorafobi	1	1	3	5
F401	Social fobi	4	6	12	22
F402	Specifika fobier	2	2	1	5
F410	Paniksyndrom	3	4	12	19
F411	Generaliserat ångestsyndrom	1	5	13	19
F412	Blandade ångest- och depressionstillstånd	4	2	5	11
F413	Andra blandade ångeststillstånd			1	1
F419	Ångeststillstånd ospecificerat	6	15	17	38
F422	Tvångstankar med tvångshandlingar	1		1	2
F429	Tvångssyndrom ospecificerat	1			1
F430	Akut stressreaktion			1	1
F431	Posttraumatiskt stressyndrom	3	9	11	23
F439	Reaktion på svår stress ospecificerad		2	3	5
F447	Blandade dissociativa syndrom			1	1
F448	Andra specificerade dissociativa syndrom		1	1	2
F449	Dissociativt syndrom ospecificerat	2		2	4
F500	Anorexia nervosa			2	2
F501	Atypisk anorexia nervosa		1	1	2
F502	Bulimia nervosa		2	1	3
F509	Ätstörning ospecificerad	2	8	9	19
F519	Icke organisk sömnstörning ospecificerad		1		1

Kod	Diagnos	AST (n=19)	ADHD (n=34)	Ej NP (n=51)	Totalt (n=104)
F603	Emotionellt instabil personlighetsstörning	1	5	5	11
F639	Impulskontrollstörning ospecificerad	1			1
F841	Atypisk autism	2			2
F845	Aspergers syndrom	14			14
F849	Genomgripande utvecklingsstörning ospecificerad	3			3
F900	Aktivitets och uppmärksamhetsstörning	1	7		8
F900X	Aktivitets och uppmärksamhetsstörning UNS		2		2
F900B	ADHD	4	16		20
F900C	ADD	5	5		10
F901	Hyperaktiv beteendestörning		1		1
F909	Hyperaktivitetsstörning ospecificerad	1	3		4
F911	Beteendestörning med aggressivitet och bristande social anpassning		1		1
F913	Trotssyndrom		1		1
F918	Andra specificerade beteendestörningar av utagerande slag		1		1
F930	Separationsångest i barndomen		1	3	4
F949	Störning av social funktion hos barn, ospecificerad			1	1
F952	Kombinerade vokala och multipla motoriska tics		1		1
F988	Andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid		1		1

Not. Diagnoser enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10).

Appendix 2

Diagnoskriterier avseende EIPS före och efter behandling

Diagnoskriterier	Före	Efter	Skillnad före- efter	Procentuell förändring
	%	%	Procentenheter	%
Separationskänslighet	46	25	21	46
Instabila relationer	55	31	24	44
Identitetsförvirring	25	13	12	48
Impulsivitet	43	23	20	47
Självskada/suicidalitet	97	35	62	64
Affektiv instabilitet	95	58	37	39
Kronisk tomhet	58	18	40	69
Ilska	48	16	32	67
Dissociation/ paranoidt tänkande	44	22	22	50

Not. Diagnoskriterier mätt med Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II (Borderlinedelen).

Appendix 3

Utfallsmått före och efter behandling

		DBT med behandlingstillägg <i>n</i> =7		Sedvanlig DBT <i>n</i> =12		
			<i>n</i>		<i>n</i>	
CGAS	före	<i>M (SD)</i>	41,57 (5,62)	7	41,58 (4,31)	12
CGAS	efter	<i>M (SD)</i>	53,43 (13,32)	7	49,33 (8,49)	12
GSI	före	<i>M (SD)</i>	1,98 (1,02)	4	1,93 (0,59)	7
GSI	efter	<i>M (SD)</i>	1,40 (1,05)	4	1,40 (0,97)	7
<i>M(SD)</i>						
Diagnoskriterier EIPS	före	<i>md (Q₁, Q₃)</i>	4 (3,5, 5,5)	6	5 (3,7)	10
Diagnoskriterier EIPS	efter	<i>md (Q₁, Q₃)</i>	2 (1,75, 3,75)	6	1,5 (0, 4,25)	10
Behandlingslängd		<i>M (SD)</i>	21,1 (8,8)	7	19,33 (5,2)	12

Not. CGAS= Child Global Assessment Scale mäter funktionsnivå, GSI= Globalt svårighetsindex på SCL-90 mäter psykiska symptom, Diagnoskriterier för EIPS mätt med SCID-II.

Appendix 4

SCL-90 före och efter behandling indelat på grupp med AST, grupp med ADHD och grupp utan neuropsykiatrisk diagnos

	AST (n=11)				ADHD (n=22)				Ej NP (n=37)			
	före <i>M</i>	<i>SD</i>	efter <i>M</i>	<i>SD</i>	före <i>M</i>	<i>SD</i>	efter <i>M</i>	<i>SD</i>	före <i>M</i>	<i>SD</i>	efter <i>M</i>	<i>SD</i>
GSI, Globalt svårighetsindex	1,95	0,73	1,4	0,95	2,11	0,71	1,37	0,83	2,02	0,83	1,25	0,83
Somatisering	1,66	0,84	1,26	0,91	1,88	0,83	1,36	0,85	1,77	0,92	1,19	0,91
Obsessiv kompulsivitet	2,2	0,81	1,62	1,04	2,25	0,66	1,7	0,75	2,21	0,85	1,44	0,99
Interpersonell sensitivitet	2,09	1,01	1,38	0,89	2,26	1,04	1,34	0,98	2,23	1,03	1,25	0,91
Depression	2,59	0,77	1,75	1,25	2,48	0,82	1,7	1,20	2,63	0,89	1,69	0,99
Ångest	2,06	0,90	1,58	1,01	2,21	0,88	1,56	0,99	2,21	0,92	1,38	0,98
Fientlighet/vrede	1,32	1,01	1,03	1,03	2,09	1,25	1,3	1,09	1,77	1,12	1,05	1,06
Fobisk ångest	2,04	1,27	1,26	1,06	1,39	1,07	0,82	0,83	1,48	1,00	1,01	0,92
Paranoidt tänkande	1,97	0,94	1,31	0,97	2,17	1,07	1,31	0,99	1,87	1,09	0,97	0,92
Psykticism	1,38	0,89	1,05	0,95	1,6	0,87	0,89	0,83	1,4	1,01	0,8	0,86

Not. SCL-90= Symptom Check List.

Appendix 5

Diagnoskriterier för EIPS före och efter behandling indelat på grupp

	AST (n=16)		ADHD (n=24)		Ej NP (n=47)							
	Före		Efter		Före		Efter		Före		Efter	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Separationskänslighet	5	31	4	25	13	54	10	42	22	47	8	17
Instabila relationer	10	63	5	31	18	75	6	25	20	43	12	26
Identitetsförvirring	3	19	1	6	6	25	4	17	13	28	6	13
Impulsivitet	4	25	3	19	12	50	12	50	9	45	5	11
Självskada/ suicidalitet	16	100	8	50	21	88	8	33	47	100	14	30
Affektiv instabilitet	13	88	9	56	24	100	17	71	45	96	24	51
Kronisk tomhet	10	63	3	19	14	58	6	25	26	55	7	15
Ilska	7	44	3	19	15	63	5	21	20	43	6	13
Dissociation/ Paranoidt tänkande	6	38	4	25	7	29	4	17	25	53	11	23

Not. Diagnoskriterier mätt med med Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II (Borderlinedelen).