

Utvärdering av den KBT-baserade gruppinterventionen Känslaskolan på en specialistpsykiatrisk mottagning för unga vuxna

Jennie Billman

Specialistarbete, inriktning klinisk psykologi

Specialistutbildningen för psykologer

Umeå, november 2019

Sammanfattning

Studiens syfte var att utvärdera en ny gruppintervention kallad "Känsloskolan" med avseende på genomförbarhet och symtomförändring för målgruppen unga vuxna inom specialistpsykiatrisk öppenvård. Interventionen har skapats i syfte att möta psykiatrins utmaningar med hög grad av samsjuklighet och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vilket ofta medför behov av anpassning av behandlingsinsatser. Känsloskolan är utformad som en transdiagnostisk, affektfokuserad behandlingsmodell med huvudsaklig grund i KBT-metodik. Dess innehåll har satts samman av material från redan befintliga behandlingsmetoder inom KBT-spektrat som var för sig uppvisat evidens för de psykiatriska tillstånd målgruppen söker för. Yttre form och ansats för gruppträffarna har sin utgångspunkt i gruppmomenten inom Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) och Dialektisk beteendeterapi (DBT). Innehållet har även kompletterats med arbetsmaterial och övningar ur metoderna Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion Focused Therapy (CFT) och Unified Protocol (UP). Studiens resultat baserar sig på data från fyra genomförda gruppomgångar med totalt 22 deltagare med olika psykiatriska diagnoser och visar att interventionen har en relativt god genomförbarhet; 77% av de deltagare som påbörjade gruppen fullföljde interventionen, med en genomsnittlig närvaro på 93% för de nio gruppträffarna. Självskattningar med formulären Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) och Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) gjordes före och efter interventionen för att bedöma graden av psykiatrisk symtombelastning och funktionsnivå respektive grad av alexityma besvär. Dessa visar på både statistiskt och kliniskt signifikanta förbättringar på gruppnivå, både för totalpoäng och för flertalet delskalor. Sammantaget ger studiens resultat stöd för att interventionen är väl anpassad till målgruppens behov och förutsättningar samt stärker antagandet att känsloreglering som transdiagnostiskt fokus är verksamt vad gäller psykiatrisk symtomförbättring och funktionsnivå.

Nyckelord: Transdiagnostisk behandling, KBT, Alexitymi, Känsloreglering, Känsloskola, Affektfokuserad, Unga vuxna

Innehållsförteckning

Inledning	1
Svårigheter vid implementering	1
<i>Uteblivanden och avbruten behandling</i>	<i>1</i>
<i>Samsjuklighet</i>	<i>2</i>
<i>Neuropsykiatriska tillstånd</i>	<i>2</i>
Transdiagnostiska KBT-modeller	3
Känsloreglering som transdiagnostiskt fokus	3
Beröringspunkter med psykodynamiska terapimetoder.....	4
Skillnader i behandlingsmetodik mellan PDT och KBT-terapier	6
Forskningsstöd för klinisk relevans	7
Definitioner av Känsloreglering	7
Metodutveckling inom specialistpsykiatri.....	8
Känslskolan	9
<i>Teoretiska utgångspunkter</i>	<i>9</i>
<i>Interventionens utprovning</i>	<i>10</i>
<i>Interventionens utformning och innehåll</i>	<i>10</i>
Studiens syfte.....	11
Metod.....	12
Studiens design.....	12
Procedur	12
Statistisk analys.....	14
Etiska överväganden	14
Resultat.....	15
Genomförbarhet	15
Symptomförändring	15
Diskussion	17
Metoddiskussion	18
Slutsatser/Rekommendationer	19
Referenser	20
Tillkännagivanden.....	24
Bilaga 1. Beskrivning av innehåll för Känslskolans gruppträffar	
Appendix 1. Deltagarkompendium	

Inledning

I likhet med övriga vården organiseras psykiatrisk vård och behandling utifrån medicinska diagnoser, där vårdgivaren skall erbjuda evidensbaserade behandlingsformer utifrån huvuddiagnos. Kognitiv beteendeterapi (KBT) lyfts särskilt fram i de senaste nationella riktlinjerna för behandling av ångestsyndrom och depression, då metoden har starkt stöd i forskning vid behandling av ett flertal av dessa tillstånd (Socialstyrelsen, 2017). Gällande psykologiska behandlingsmetoder vid självskada och personlighetssyndrom har Nationella Självskadeprojektet utfärdat rekommendationer (2016). Dessa omfattar bl.a. Dialektisk Beteendeterapi (DBT) och Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), två metoder som också tillhör KBT-spektrat.

Svårigheter vid implementering

Att omsätta ny kunskap från forskningsvärlden inom hälso- och sjukvården medför dock utmaningar. Forskning inom området visar på ett glapp mellan framtaget kunskapsstöd så som nationella riktlinjer och implementering av dessa i den kliniska praktiken. Orsakerna till detta glapp tycks återfinnas i flera steg av processen, t.ex. i hur man definierat evidensbegreppet vid framtagandet av riktlinjerna eller i mottagandet ute i berörda verksamheter (Richter Sundberg, 2016). Vad gäller just psykiatrisk verksamhet kan vissa karakteristika hos patientgruppen också försvåra möjligheter att genomföra rekommenderade psykoterapeutiska behandlingar enligt de manualer som används i forskningsstudier.

Uteblivanden och avbruten behandling

Siffror från en brittisk litteraturöversikt rörande uteblivna besök inom den psykiatriska öppenvården visar på att kring 30% av alla bokade öppenvårdsbesök missas av patienten och att uppemot hälften av de patienter som uteblir från tider själva avbryter sin behandlingskontakt. Översikten visar vidare att yngre patienter med lägre socio-ekonomisk status, bristande socialt stöd samt lång väntan mellan remiss och bedömning var faktorer som var associerade med uteblivande (Killaspy, 2006). I en metaanalys gjord av Fernandez, Salem, Swift och Ramtahal (2015) sammanställdes data från 115 behandlingsstudier, rörande orsakerna till avbruten KBT-behandling vid olika typer av psykiatriska tillstånd. Den genomsnittliga andelen patienter som avbrutit pågående behandling uppskattades till 26%.

Författarna konkluderar att faktorer som kan tänkas förebygga avbruten behandling är tillräcklig förberedelsefas för patienten samt noggrann bedömning och matchning kring lämpligt behandlingsformat och stödbehov i relation till aktuell diagnos.

Samsjuklighet

Ytterligare en faktor att ta hänsyn till inom psykiatrisk vård är den höga graden av samsjuklighet mellan olika psykiatriska tillstånd, vilket kan försvåra valet av huvudsaklig behandlingsinriktning i enlighet med nationella riktlinjer. En amerikansk studie som kartlagt förekomsten av samsjuklighet hos 1127 psykiatriska öppenvårdspatienter vad gäller ångest- och affektiva tillstånd visade på att 57% av deltagarna uppfyllde kriterierna för mer än en diagnos. De diagnosgrupper som var associerade med högst grad av samsjuklighet var affektiva tillstånd, Posttraumatiskt Stressyndrom, och Generaliserat ångestsyndrom (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001). Samsjuklighet ses alltså vad gäller förekomst av flera samtidiga axel-I tillstånd, men också mellan personlighetssyndrom och ångest- eller depressionstillstånd. I en amerikansk studie av Zimmerman, Rothschild & Chelminski (2005) där man systematiskt intervjuat 859 psykiatriska öppenvårdspatienter, bedömdes 45,5% av alla deltagare uppfylla de generella kriterierna för något personlighetssyndrom. Majoriteten av dessa uppfyllde kriterierna för mer än ett personlighetssyndrom. Vanligast var fobisk, borderline och tvångsmässig personlighetstyp. Detta kan jämföras med en uppskattad prevalens på 4,4% i normalpopulationen (Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006).

Neuropsykiatriska tillstånd

Neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD och autismspektrumtillstånd (AST) är också vanligt förekommande inom den psykiatriska patientgruppen. Uppskattningar av prevalensen hos psykiatriska öppenvårdspatienter ligger mellan 16–20% för ADHD (Duran, Fistikci, Keyvan, & Bilici, 2013; Adamis et al., 2016) och upp till 10% för AST (Mandell et al., 2012). Neuropsykiatriska tillstånd innebär funktionsnedsättningar rörande olika typer av exekutiva funktioner, exempelvis förmågan att kunna styra sin uppmärksamhet, till planering och överblick, impulskontroll, generalisering, flexibel problemlösning eller perspektivtagande. Psykologisk behandling för dessa personer behöver därför ofta anpassas i någon mån för att kompensera för dessa svårigheter. Psykologiska behandlingsmodeller på KBT- och DBT-grund som riktar sig mot att hantera eller minska kärnsymtomen vid ADHD har bl.a. gjorts av Safren (2017) och Hesslinger (2010). Beskrivningar av hur KBT kan modifieras för vuxna

med Aspergers syndrom har gjorts av Attwood (2004) och Gaus (2019). I samtliga modeller utgår man från sedvanlig KBT-metodik, med ett strukturerat arbetssätt och med hemuppgifter som en central del av behandlingen. En vanlig form av anpassning kan t.ex. gälla utökat yttre stöd och praktisk problemlösning för att kunna genomföra hemuppgifter eller mer repetition och gemensam övning. Gaus (2019) förespråkar även en långsammare behandlingsprocess med en tydligare pedagogisk inriktning än vid sedvanlig KBT. Att öka färdigheter till känsloreglering återkommer som ett inslag i samtliga dessa behandlingsmodeller oavsett om de riktar sig mot ADHD eller mot AST.

Transdiagnostiska KBT-modeller

Ett sätt att möta utmaningen med samsjuklighet har varit att utveckla transdiagnostiska behandlingsmodeller. Denna utveckling inom fältet brukar benämnas ”tredje vågens KBT”. Exempel på detta är Unified Protocol (UP) (Barlow et al., 2013), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014) och Compassion-Focused Therapy (CFT) (Gilbert, 2010). Gemensamt för dessa är att de riktar sig mot att stärka grundläggande psykologiska processer och färdigheter som antas vara centrala vid uppkomst och vidmakthållande av psykisk ohälsa, snarare än att fokusera på specifika diagnoser eller symptom. Exempel på transdiagnostiska processer och färdigheter som lyfts fram är medveten närvaro och acceptans, att medvetandegöra känsloupplevelser, öka självmedkänsla, tydliggörande av värderad riktning och att stärka egen agens i förhållande till handlingar (Mansell, Harwey, Watkins & Shafran, 2009; Seager, Rowley & Ehrenrich-May, 2014).

Känsloreglering som transdiagnostiskt fokus

Inom den tredje vågens KBT-modeller ses även ett annat skifte, från att det primära målet i behandlingen är att uppnå symtomreduktion, till att bekräfta och införliva känslornas meningsskapande och vägledande funktion i tillvaron. Fokus på affekter och känsloreglering återfinns i flera behandlingsmodeller inom KBT-spektrat. I UP ligger t.ex. stor betoning på att medvetandegöra känsloreaktioner och känslostyrda beteenden för senare exponering (Barlow et al., 2013) medan strategier för att öka acceptans och villighet att uppleva inre fenomen så som känslor, är en utmärkande del inom ACT (Hayes et al., 2014). Även DBT, som riktar sig till personer med emotionellt instabilt personlighetssyndrom, räknas till dessa. Kännetecknade

för DBT är dess grund i beteendeterapeutiska principer, där man använder sig av både kedjeanalyser rörande problemsituationer och modellinläring med färdighetsträning i grupp vad gäller medveten närvaro, känsloregleringsstrategier, relationella färdigheter och validering (Kåver & Nilsson, 2002; Linehan, 2015). Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) är en relativt ny gruppbehandling utvecklad för personer med självskadebeteenden, som bygger vidare på interventioner ur DBT och ACT och fokuserar ännu mer renodlat på att stärka förmågan till funktionell känsloreglering via ökad exponering och acceptans för känsloupplevelser (Chapman, Gratz, & Brown, 2006).

Beröringspunkter med psykodynamiska terapimetoder

KBT-fältet har på så vis kommit att närma sig den psykodynamiska terapitraditionen, där fokus på affekter och hur dessa regleras, både intrapsykiskt och i mellanmänskligt samspel, sedan länge varit ett centralt område för utforskande och förändring. Två exempel på terapimetoder på psykodynamisk grund som fokuserar mer specifikt på känsloreglering och som använts för behandling av specialistpsykiatriska tillstånd är Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) och Mentaliseringsbaserad Terapi (MBT).

Huvudfokus inom ISTDP är att medvetandegöra de försvar som klienten använder sig av för att undvika att uppleva starka eller komplexa känslotillstånd. Terapeuten har här en aktiv roll i att uppmärksamma klienten på känslor som väcks i terapirummet och i relationen till terapeuten och att uppmuntra klienten att stanna kvar i den kroppsliga upplevelsen av dessa (Davanloo, 2001). I en metaanalys av Lilliengren, Johansson, Lindqvist, Mechler och Andersson (2016) sammanställdes det aktuella forskningsstödet för ISTDP tillsammans med närliggande behandlingsformer, s.k. Experiential Dynamic Therapies. Metaanalysen omfattade 28 randomiserade-kontrollerade studier med sammanlagt 1782 patienter och visade på god effekt för depression och ångesttillstånd. ISTDP ingår även i Socialstyrelsens rekommendationer för behandling av depression och ångesttillstånd, då inom paraplybegreppet ”strukturerade dynamiska korttidsterapier” (Socialstyrelsen, 2017).

MBT är utformad som en kombinerad terapiform, dvs. den innefattar både individuell terapi och gruppterapi. Dess huvudfokus ligger på att understödja och främja den inre processen *att mentalisera*, en förmåga som under trygga uppväxtförhållanden utvecklas inom anknytningrelationer. Otrygg anknytning och därmed bristfällig utveckling av mentaliseringsförmågan ses här som bakomliggande orsak till personlighetsrelaterade svårigheter. Både individual- och gruppterapi syftar till att stimulera denna förmåga vilket tänks leda till ökad känslomässig reglering och förbättrat interpersonellt fungerande. En central princip inom MBT är att terapeuten inte bör servera färdiga tolkningar eller analyser utan huvudsakligen inta en nyfiken utforskande och ovetande position. Detta i syfte att uppmuntra att klienten själv aktivt ägnar sig åt reflektion och perspektivtagande (Bateman & Fonagy 2016; Karterud & Bateman 2011). Även MBT är en väl beforskad metod som ingår i Nationella självskadeprojektets rekommendationer för behandling av personlighetssyndrom (2016).

En svensk metod inom PDT-traditionen som fokuserar på känsloreglering är Persson och Armelius Affektskola (2003). Liksom i MBT varvas gruppträffar med individuell psykoterapeutisk kontakt, men i denna modell utgörs den senare av s.k. *skriptanalys* i enlighet med Silvan Tomkins teorier. Centralt för scriptanalysen är att ringa in kärnkonflikter i relationer utifrån ett anknytningsperspektiv och att medvetandegöra och utmana personliga affektmönster. Gruppträffarna syftar till att öka deltagarnas affektmedvetenhet. De inleds med ett kortare psykoedukativt avsnitt men är i övrigt processinriktade, dvs. gruppledarnas huvuduppgift är att facilitera erfarenhetsutbyte och gruppdiskussioner. Metoden har utvecklats med primärvårdens patientgrupp i åtanke, då särskilt personer med psykosomatiska besvär samt stress- och smärtrelaterade tillstånd (Persson & Armelius, 2003). Den har i utvärderingar uppvisat effekt för dessa patientgrupper med avseende på minskade fysiska symtom och stresssymptom samt förbättrad funktionsnivå och självbild (Bergdahl, Armelius & Armelius, 2000; Bergdahl, Larsson, Nilsson, Riklund Åhlström & Nyberg, 2005). Vad gäller behandling av psykiatriska tillstånd finns hittills endast ett fåtal pilotstudier. Två av dessa visar på lovande resultat med förbättrad funktionsnivå samt minskade alexityma besvär och psykiska symtom efter deltagande i Affektskolan (Larsson, 2007; Ohlsson, 2010) medan en av studierna visade på oförändrad symtombild efter deltagande (Steen, 2006).

Skillnader i behandlingsmetodik mellan PDT och KBT-terapi

Fokus på affekter och att stärka förmågan till känsloreglering är således ett återkommande tema i flera moderna terapiformer och att använda gruppmoment för att utforska interpersonella teman är ett vanligt inslag inom både KBT- och PDT-traditionerna. Men då de teoretiska utgångspunkterna för psykodynamiska och KBT-inriktade terapier skiljer sig åt så avspeglas även detta i den metodik som används. Ovan nämnda psykodynamiska metoder är primärt principstyrda och processinriktade, dvs. innehållet för sessionerna är inte förutbestämt utan individualterapeut eller gruppleddare utgår ifrån de teman som klienten tar upp för utforskande och analys. Återkommande är också att affekter och reglering av dessa förstås utifrån en objektrelations- eller anknytningsteoretisk grund och att relationen till terapeuten används aktivt för att medvetandegöra och utmana överföringsreaktioner och dysfunktionella relationsmönster (Davanloo, 2001; Bateman & Fonagy 2016; Karterud & Bateman 2011; Persson & Armelius, 2003).

De KBT-inriktade metoder som nämnts ovan vilar istället på en tämligen hög grad av manualisering och struktur för behandlingsinnehållet under sessionerna. Även om undersökande av klientens problem sker med sokratisk frågeteknik och i kollaborativ anda så innehåller KBT-metoder i högre grad instruerande och pedagogiska inslag. Exempelvis ges multifaktoriella förklaringsmodeller gällande uppkomst och vidmakthållande av olika former av psykiska besvär som klienten socialiseras in i via psykoedukation. Klienten ges även konkreta analysverktyg för att öva sig på att beskriva och förstå problemsituationer och händelseförlopp utifrån det inlärningsteoretiska paradigmet. Relationen mellan klient och terapeut ses som en viktig grundförutsättning för förändringsarbete men fokuseras vanligen som en samarbetsrelation snarare än utifrån ett anknytningsperspektiv såsom inom den psykodynamiska traditionen (Öst, 2013). Inom DBT och ERGT läggs också stor tonvikt på praktisk färdighetsträning, dvs. att lära ut konkreta handlingsstrategier som deltagaren får öva på både i grupp och på egen hand mellan träffarna. Detta utifrån antagandet om att felaktig eller utebliven inlärning av adaptiva coping-strategier är en starkt bidragande faktor till beteendeproblem och känslomässig dysreglering för gruppen personer med personlighetssyndrom (Kåver & Nilsson, 2002; Linehan, 2015; Chapman, Gratz, & Brown, 2006).

Forskningsstöd för klinisk relevans

En stor mängd forskning finns redan rörande området känsloreglering och psykisk hälsa. En nylig metaanalys av Özlem Schäfer et al. (2017) omfattande 35 studier visar på samband mellan olika typer av känsloregleringsstrategier och förekomst av ångest- och depressiva besvär hos ungdomar. Användande av adaptiva strategier såsom acceptans visade sig korrelera starkt negativt med psykisk ohälsa, medan maladaptiva strategier så som undvikande och ältande hade starkast positiva korrelationer med psykiatriska symtom. Även Compas et al. (2017) har utforskat och belagt detta samband genom sin metaanalys av 212 studier gällande barn och ungdomar. I en nylig översiktsartikel gjord av Sloan et al. (2017) har författarna gått igenom 67 behandlingsstudier där utfallsmåttin inkluderat både förändring med avseende på känsloreglering och psykisk symtombelastning före och efter en psykologisk behandlingsintervention. För alla inkluderade studier utom två sågs en signifikant skillnad i såväl symtomlindring (ångest, depression, missbruk, ätstörning eller borderline personlighetsyndrom) som förbättrad förmåga till känsloreglering. Författarna lyfter fram känsloreglering som ett mycket lovande transdiagnostiskt konstrukt samt pekar på vikten av metodutveckling av behandlingsmodeller som riktar in sig på just känsloreglering, och då särskilt för de personer som har en psykiatrisk samsjuklighet.

Definitioner av Känsloreglering

Begreppet känsloreglering används som ovan nämnts på olika sätt av olika teoretiker och inom olika psykoterapeutiska skolor. Vad gäller känsloreglering inom KBT-traditionen så återkommer vissa delasppekter i litteraturen och framstår som centrala komponenter för att definiera vad funktionell känsloreglering omfattar i detta sammanhang, samt hur brister i denna förmåga kan adresseras i behandling.

Kognitiv komponent: Avser den inre processen att kunna differentiera mellan, sätta ord på och tolka olika känslotillstånd. I kliniska sammanhang brukar brister i denna förmåga benämnas alexitymi och ett flertal studier pekar på att förekomsten är hög vid många typer av psykiatriska tillstånd (Reuterwall & Walldén, 2009). Psykoedukation och validering kring känslors adaptiva funktioner och uttryck är ett inslag som återkommer i de flesta KBT-modeller (Kåver, 2016).

Upplevelsemässig och fysiologisk komponent: Känsloreglering omfattar också förmågan att tolerera och stanna kvar i de kroppsliga eller upplevelsemässiga förnimmelser som ingår i en känsloupplevelse, utan att varken undvika dem eller bli reaktiv och utagera känslan utan eftertanke. Chapman, Gratz & Brown (2006) lyfter särskilt fram denna aspekt av känsloreglering och att brister i denna förmåga kan ses som en central mekanism vid uppkomst av självskadebeteenden och självdestruktiva handlingar, då kallad "Experiential Avoidance Model".

Beteendekomponent: En annan viktig del för funktionell känsloreglering är att kunna omsätta den adaptiva information som känslorna ger till ändamålsenligt handlande. Vad som är ändamålsenligt i en given situation är en avvägning mellan önskade konsekvenser på kort respektive längre sikt sett till den enskildes värderingar och mål. Inom t.ex. ACT används begreppen värderad riktning och värderade handlingar för att på ett systematiskt sätt tydliggöra individens egna värdesystem och hur detta kan omsättas i handling (Hayes et al., 2014).

Relationell komponent: Slutligen återkommer färdigheter i att kommunicera känslor till sin omgivning på ett tydligt, flexibelt och socialt accepterat sätt som en viktig del i känsloreglering. Bristande färdigheter inom denna domän kan ofta förstås utifrån personens inlärningshistoria och ett anknytningsperspektiv på de strategier som blivit förstärkta. Särskilt inom DBT-metodiken lyfts detta fram som ett eget område för färdighetsträning där balansen mellan sund självhävvelse, att bevara relationer och att uppnå sina mål utforskas (Linehan, 2015).

Metodutveckling inom specialistpsykiatri

Följande studie är en del i det fortlöpande utvecklings- och kvalitetssäkringsarbetet på Mottagning Unga vuxna vid Psykiatriska kliniken vid Norrlands Universitetssjukhus. Mottagningen för unga vuxna (åldrarna 18-25) skapades 2010 som en egen, allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning inom specialistpsykiatri och har som uppdrag att utifrån ett teambaserat arbetssätt utveckla ett behandlingsutbud som möter den unga målgruppens behov och förutsättningar, både sett till individens aktuella diagnoser, livssituation och funktionsnivå. De problem patienterna söker för är huvudsakligen olika former av ångest- och

affektiva tillstånd samt personlighetsrelaterade svårigheter så som relationsproblem, självdestruktiva beteenden och emotionell instabilitet. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är vanligt förekommande. Mottagningens uppdrag är att säkerställa att mottagningens patienter erbjuds tidig bedömning och behandlingsinsatser i enlighet med Psykologförbundets policyprogram (2013) för Evidensbaserad psykologisk praktik.

Mot ovanstående bakgrund har författaren utformat en affektfokuserad, transdiagnostisk gruppintervention på KBT-grund för att behandla unga vuxna med komplex psykiatrisk problematik och där alexityma besvär och svårigheter med funktionell känsloreglering är en faktor som vidmakthåller problematik och symtombild. Förhoppningen är att interventionen i sig kan vara tillräcklig behandlingsinsats för somliga patienter, alternativt utgöra ett första steg för att öka motivation och färdigheter för att kunna gå in i en mer förändringsinriktad eller diagnosspecifik behandling.

Känsloskolan

Teoretiska utgångspunkter

Interventionen, kallad "Känsloskolan", är utformad i enlighet med sedvanlig KBT-metodik där de psykoedukativa inslagen bygger på en teoretisk grund i inlärningspsykologi, affektteori och anknytningsteori (Ramnerö & Törneke, 2013; Sonnby-Borgström, 2012). Genomgående är att gruppledarna uttrycker ett validerande förhållningssätt till känslor och visar på deras funktionella och meningsskapande roll. De yttre ramarna för interventionen lånar sin struktur från liknande gruppmoment inom DBT och ERGT samt i viss mån även från Affektskolan i det att gruppträffarna är tematiskt uppdelade med ett gruppstillfälle för varje grundaffekt. Till skillnad från denna är Känsloskolan inte processinriktad utan innehållet och övningarna har en tydlig utgångspunkt i KBT-metodik såsom användande av situations- och kedjeanalys, att återkommande synliggöra koppling mellan tanke-kropp-beteende samt instruerande färdighetsträning. Övningar och interventioner är valda med utgångspunkt i att täcka in ovan nämnda delaspekter av känsloreglering; kognitiv, upplevelsemässig, beteendemässig och relationell. Upplevelsebaserade övningar och tydliggörande av värderad riktning görs i enlighet med ACT-metodik samt inslag av självmedkänslöövningar utifrån CFT. Samtliga övningar och arbetsmaterial är baserade på vedertagna KBT-interventioner samt färdighetsträning i enlighet med DBT- och ERGT-metodik och finns väl beskrivna i

respektive manualer. Tanken är att behandlare med KBT-kompetens enkelt skall känna igen sig i behandlingsprinciperna och innehållet. Interventionen är således inte avsedd som en ny behandlingsmetod utan som ett försök att integrera och anpassa delar ur redan befintliga metoder på KBT-grund som uppvisat evidens för de olika tillstånd som patientgruppen söker för.

Interventionens utprovning

En testomgång av Känslaskolan genomfördes av författaren under våren 2015. Korrigeringar i innehållet gjordes sedan utifrån feedback från gruppdeltagarna. Exempelvis ändrades den inbördes ordningen på känsloteman och specifika övningar som fungerat bra behölls medan övningar som fungerat mindre bra korrigerades eller lyftes bort. Ett tidigare känslotema kring affekten förvåning plockades helt bort då merparten av deltagarna uttryckte att detta tema varit mindre givande pga. affektens neutrala natur. Utifrån deltagarnas önskemål omfördelades tidsåtgången för olika moment något, framförallt för att ge utökad tid till gemensam diskussion och erfarenhetsutbyte. Antalet deltagare minskades också från åtta till sex vid gruppstart. Därefter har innehåll och upplägg följt samma manual.

Interventionens utformning och innehåll

Interventionen omfattar totalt nio träffar med två-timmars sessioner. Gruppen hålls veckovis och träffarnas teman följer en given ordningsföljd. Vid den första gruppträffen introduceras grundläggande begrepp rörande affekter och känsloreglering utifrån ett biologiskt, utvecklingspsykologiskt och inlärningspsykologiskt perspektiv. Introduktion och rational för kommande övningar och färdighetsträning ges också. Gruppträff 2-9 är tematiskt uppdelade enligt följande; Rädsla, Ledsenhet, Ilska, Skam, Avsky/avsmak, Intresse, Glädje samt Känslor och Relationer. Dessa träffar följer en tredelad struktur; först ett kortare psykoedukativt avsnitt med utgångspunkt i affektteori med fokus på det aktuella temat. Därefter följer övning i situationsanalys, dvs. individuell kartläggning med fokus på hur kognitioner, kroppsliga reaktioner och handlingsimpulser samspelar i en känsloupplevelse. Deltagare får först reflektera på egen hand och därefter sker en runda med gemensam reflektion och erfarenhetsutbyte kring detta. Träffarna avslutas sedan med ett tredje avsnitt som fokuserar på upplevelsebaserade övningar och praktisk färdighetsträning kopplat till reglering av den aktuella känslan och att uttrycka den i samspel med andra. Vid den nionde och avslutande

gruppträffen är det inte en grundaffekt som står i fokus utan istället introduceras begrepp som anknytning, relationsmönster och hur erfarenheter spelar in i hur vi lär oss reglera och uttrycka känslor tillsammans med andra. Färdighetsträningen för denna träff inriktas på att repetera färdigheter och inventera strategier för att utmana inlärd relationsmönster och öva på att göra på nya sätt. Formen för färdighetsträningen varierar mellan guidande övningar, rollspel, reflekterande team eller erfarenhetsutbyte inom gruppen. Innehållet kan till viss del ses som principstyrt snarare än strikt manualiserat. Exempelvis kan begrepp som självmedkänsla, medveten närvaro, acceptans eller exponering illustreras och övas praktiskt på en mängd olika sätt. I denna kontext har materialet utformats för att passa målgruppen unga vuxna. Då många av mottagningens patienter uttrycker stark oro och blygsel inför att tala i grupp så används genomgående talar-rundor för att fördela ordet samt att psykoedukativa inslag och övningar ofta har en ingång med humor i syfte att lätta upp samtalsklimatet något. En annan anpassning som gjorts utifrån målgruppens förutsättningar är att hemuppgifter är frivilliga, huvudbetoningen ligger istället på att genomföra färdighetsträning och upplevelsebaserade övningar tillsammans på gruppträffarna. Att interventionen är förhållandevis kort är med hänsyn till de praktiska livsomständigheterna för målgruppen unga vuxna, som ofta är föränderliga så väl psykosocialt som vad gäller sysselsättning. Förhoppningen var att det skulle underlätta för deltagarna att fullfölja sitt deltagande i Känslskolan. En mer detaljerad beskrivning av gruppträffarnas innehåll finns redovisad i bilaga 1. De psykoedukativa delarna har sammanfattats i ett kompendium till deltagarna, tillsammans med färdigheter och övningar vi använt oss av på gruppträffarna (se appendix 1).

Studiens syfte

Denna studie syftar till att utvärdera den KBT-baserade gruppinterventionen Känslskolan för patientgruppen unga vuxna inom specialistpsykiatri. Frågeställningar som studien önskar besvara är hur god interventionens genomförbarhet är med avseende på närvaro och fullföljande av behandlingsinsatsen samt huruvida förändring uppnås med avseende på psykiatrisk symtomtyngd, funktionsnivå och alexityma svårigheter.

Metod

Studiens design

Studien genomfördes vid en specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning för unga vuxna och omfattar totalt fyra genomförda gruppomgångar. Dessa hölls terminsvis under hösten 2015, våren 2016, hösten 2016, samt våren 2017. En naturalistisk studiedesign med inomgruppsjämförelse användes för utvärdering av interventionen, där fortlöpande datainsamling skedde i anslutning till de individuella intakesamtal och utvärderingssamtal som hölls veckorna innan gruppstart och efter avslutad grupp. För de deltagare som valde att avbryta sitt deltagande i gruppen genomfördes individuella uppföljningssamtal tillsammans med gruppledarna för att fånga upp anledningar till detta samt att upprätta en ny behandlingsplan inom mottagningen.

Procedur

Studiens deltagare

Samtliga deltagare i grupperna var patienter på mottagning unga vuxna och inom åldersspannet 18-25 år. Flertalet hade andra pågående behandlingsinsatser, vanligen läkemedelsbehandling och i vissa fall individuell samtalskontakt av stödjande, uppföljande eller samordnande karaktär. Deltagare informerades om gruppbehandlingen i samband med behandlingsplanering med psykolog eller läkare eller via patientens samordnare på mottagningen. Intresserade kallades för ett individuellt intakesamtal med gruppledare för att få information samt för att bedöma behov och förutsättningar att delta. Inklusionskriterier för deltagande i Känsloskolan var att deltagaren kunde formulera ett eget syfte och önskan med att delta, var villig att samspela i grupp samt på förhand kunde göra ett åtagande att delta på samtliga gruppträffar. Exklusionskriterier var akut kris eller -suicidrisk, aktivt missbruk samt akuta psykotiska eller maniska tillstånd. Sammanlagt påbörjade 22 personer interventionen, varav fem män och 17 kvinnor. Bland deltagarna sågs en blandad bild vad gällde psykiatriska diagnoser. Vanligast förekommande axel-I-diagnoser var Depressionstillstånd (10), Generaliserat eller Ospecificerat ångestillstånd (5), Social fobi (3), PTSD (3), Paniksyndrom (1) och Bipolärt syndrom (1). Tre av deltagarna hade diagnos Personlighetssyndrom av någon typ och tio av deltagarna hade någon form av neuropsykiatrisk diagnos så som ADHD eller AST. Hälften av deltagarna hade diagnosticerats med två eller fler samtidiga psykiatriska diagnoser.

Gruppledare

Författaren, som är leg. klinisk psykolog med flerårig erfarenhet av psykologisk behandling inom specialistpsykiatri, deltog som gruppledare för samtliga fyra grupper tillsammans med en steg 1-utbildad kurator i teamet.

Mått på genomförbarhet

Detaljerade uppgifter om deltagarnas närvaro på gruppträffarna registrerades och sammanställdes i efterhand. I de fall deltagare haft mer än tre frånvarotillfällen avbröts deltagandet och räknades därmed som icke-fullföljd behandling.

Utfallsmått för symtomförändring

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), ursprungligen utvecklad av Bagby, Parker and & Taylor (1994a), är ett självskattningsformulär som används för att bedöma förekomst och grad av alexitymi, dvs. svårigheter att identifiera och beskriva känslor och att skapa mening av känsloupplevelser. TAS-20 består av 20 påståenden, indelade i tre subskalor; Svårigheter att identifiera känslor (SIK), Svårigheter att beskriva känslor till andra (SBK) samt Externt orienterat tänkande (EOT). Påståenden skattas utifrån en femgradig skala, där 1 = instämmer helt och 5 = instämmer inte alls. Den totala poängen summeras för samtliga påståenden och sträcker sig mellan 20-100. För bedömning av svårighetsgrad föreslår Bagby et al. (1994a) att totalpoäng under ≤ 51 räknas som subklinisk nivå, värden mellan 52-60 ligger inom gränsområdet för alexitymi och att totalpoäng ≥ 61 kan anses som ett cut-offvärde för klar indikation på alexitymi. En valideringsstudie genomförd av samma forskargrupp (Bagby et al., 1994b) baserad på icke-kliniska och kliniska grupper från Canada och USA visar på god intern konsistens för skalan ($\alpha=0.81$) och tillfredställande test-retest reliabilitet ($\rho=.77$). Skalan har översatts till svenska och en valideringsstudie av den senaste översättningen gjord av Simonsson-Sarnecki et al. (2000) visar även den på god intern konsistens ($\alpha=0.83$).

För att mäta förändring med avseende på psykiatriska symtom och funktionsnivå användes självskattningsskalan *CORE-OM* (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure). Skalan är utvecklad i England i syfte att utvärdera psykologisk behandling i

kliniska miljöer och är väl använd både i forskning och kliniska utvärderingar där den visat sig ha god förmåga att diskriminera mellan en icke-klinisk och klinisk population (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall & Twigg, 2005). Skalan består av 34 påståenden och omfattar fyra huvudkategorier; Problem/symtom (depression, ångest, fysiska problem, trauma), Fungerande (vardagsfungerande, fungerande i nära relationer, socialt fungerande), Välbefinnande (självkänsla, framtidstro) samt Risk (för sig själv, för andra). Påståenden skattas på en femgradig skala från 0-4 där 0 = Aldrig och 4 = Nästan hela tiden, med tidsangivelsen under den senaste veckan. Åtta items är omvänt formulerade. Totalpoäng erhålls genom medelvärdesberäkning för samtliga items, alternativt de items som omfattas för respektive delskala (Elfström & Carlsson, 2008). Skalan finns översatt till svenska och resultaten från en svensk valideringsstudie av Elfström et al. (2013) visar på hög överensstämmelse med den ursprungliga, engelska normgruppen, dvs. skalan uppvisar en hög intern konsistens ($\alpha=0.93$), samt tillfredställande test-retest reliabilitet ($\rho=0.85$). För denna studie har medelvärden från den icke-kliniska normgruppen från den svenska valideringsstudien av Elfström et al. (2013) använts som referensvärden, för jämförelse med resultaten från studiens för- och eftermätning. Dessa redovisas även nedan (Figur 1) tillsammans med studiens resultat.

Tabell 1. Referensvärden; CORE-OM poäng för den icke-kliniska, svenska normgruppen ($n=229$) (Elfström et al, 2013).

<u>Icke-klinisk normgrupp</u>		
Delskala	M	SD
Välbefinnande	1.15	0.75
Problem/symtom	1.15	0.71
Fungerande	0.94	0.60
Risker	0.14	0.32
Totalt exkl risker	1.06	0.60
Totalt inkl risker	0.90	0.52

Statistisk analys

För statistiska analyser användes dataprogrammet SPSS Statistics, version 18 (SPSS, 2009). Symtomförändring på gruppnivå analyserades via Paired samples T-test, signifikansnivå ($p \leq 0.05$) samt kontrollanalys med det icke-parametriska testet Wilcoxon.

Etiska överväganden

Studien genomfördes som en del i verksamhetens fortlöpande kvalitetssäkringsarbete, med godkännande från klinikens verksamhetschef. Vid studiens genomförande har hänsyn tagits till de forskningsetiska riktlinjer som anges av Vetenskapsrådet (2002). Samtliga deltagare

informerades vid inledande bedömningssamtal att både deltagandet i gruppen och ifyllande av skattningsmaterial var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sitt deltagande eller återta sina skattningar utan att behöva motivera detta. De informerades om att materialet skulle komma att användas för utvärdering av behandlingen. Bakgrundsdata som kan knytas till enskilda personer har uteslutits för att säkerställa deltagarnas konfidentialitet.

Resultat

Genomförbarhet

Sjutton deltagare av totalt 22 fullföljde hela behandlingen, dvs. 77 %. För dessa låg närvaron på gruppträffarna på 93 %, dvs. deltagarna som fullföljde behandlingen deltog i genomsnitt på 8,4 av totalt 9 träffar.

Bortfall

Med hänsyn till att urvalet är litet och för att skydda deltagarnas anonymitet försvåras mer ingående analys av vilka som ej fullföljde interventionen. Anledningar till avhopp som deltagarna själva angav var bl.a. låg motivation, förändrade livsomständigheter eller pågående missbruk. Dessa aktualiserades för förnyad behandlingsplanering och lotsades vidare till andra behandlingsinsatser inom mottagningen.

Symptomförändring

I tabellen nedan presenteras symtomskattningar enligt TAS-20 före och efter intervention.

Tabell 2. Förändringar i TAS-20 poäng för deltagare före och efter Känsloskolan (n=17).

	Före Känsloskolan		Efter Känsloskolan		Skillnad före-efter		
Delskala	M	SD	M	SD	M	50% CI	p
Identifiera	22.82	3.88	18.41	4.56	4.41	(3.70, 5.12)	.001
Beskriva	17.12	2.85	14.65	3.81	2.47	(1.88, 3.07)	.011
Externt orienterat tänkande	18.59	5.46	16.88	3.98	1.71	(1.12, 2.29)	.063
Totalpoäng	58.35*	7.86	49.94*	8.21	8.41	(7.35, 9.48)	<.000

M= Medelvärde, SD= Standardavvikelse, CI= konfidensintervall

*Referensvärden TAS-20; Totalpoäng under ≤51 räknas som subklinisk nivå, värden mellan 52-60 ligger inom gränsområdet för alexitymi och totalpoäng ≥61 är angiven som cut-offvärde för klar indikation på alexitymi.

Jämförelse av medelvärden för TAS-20 före och efter deltagande i Känslskolan visar på en signifikant minskning av alexityma symtom. Delskalorna som rör förmåga att identifiera respektive beskriva känslor uppvisar en signifikant förbättring, medan skillnaden för delskalan externt orienterat tänkande inte uppnår statistisk signifikans. I relation till kliniska cut-offvärden låg deltagarnas skattningar innan gruppstart inom gränsvärdet för alexitymi och efter avslutad grupp på en subklinisk nivå.

I Tabell 3 presenteras de symtomskattningar som genomfördes med CORE-OM.

Tabell 3. Förändringar i CORE-OM poäng för deltagare före och efter Känslskolan (n=17).

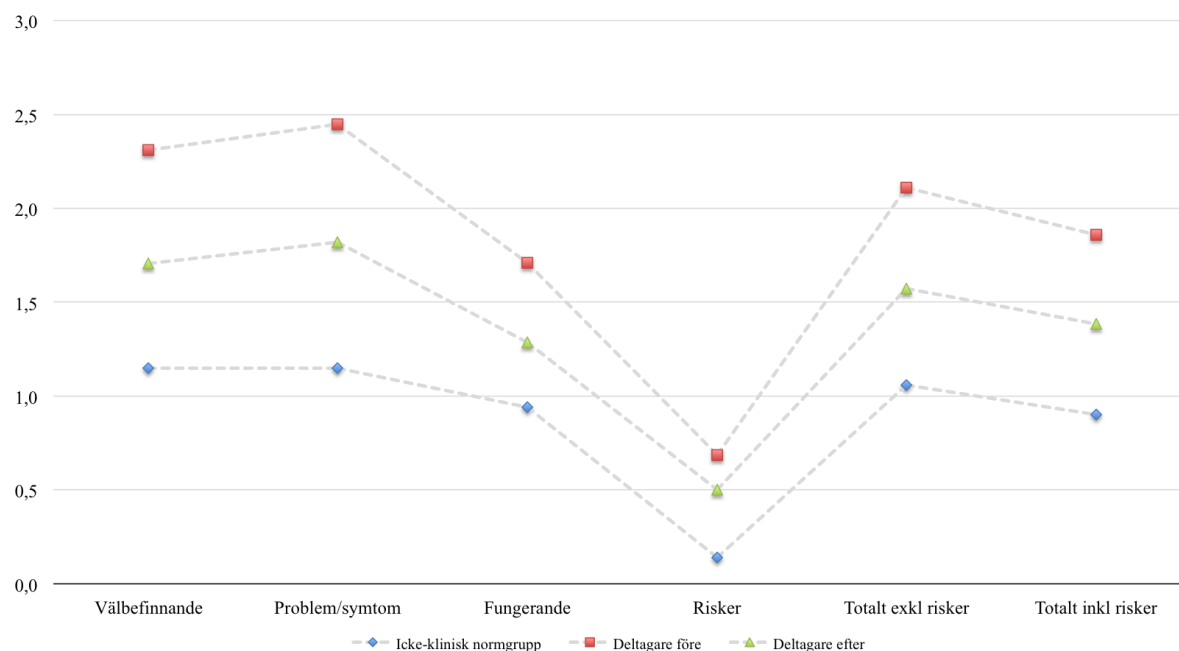
	Före Känslskolan		Efter Känslskolan		Skillnad före-efter		
Delskala	M	SD	M	SD	M	50% CI	p
Välbefinnande	2.31	0.72	1.71	0.95	0.60	(.50, .70)	.001
Problem/symtom	2.45	0.59	1.82	0.80	0.63	(.54, .72)	<.000
Fungerande	1.71	0.50	1.28	0.61	0.43	(.34, .51)	.003
Risker	0.69	0.78	0.50	0.58	0.19	(.11, .26)	.117
Totalt exkl risker	2.11	0.50	1.57	0.64	0.54	(.46, .61)	<.000
Totalt inkl risker	1.86	0.49	1.38	0.62	0.48	(.41, .54)	<.000

M= Medelvärde, SD= Standardavvikelse, CI= konfidensintervall

Jämförelse av medelvärden för CORE-OM före och efter deltagande i Känslskolan visar att den sammanvägda problemtyngden minskat och att deltagarna skattar ett ökat välbefinnande, minskade symtom och förbättrat fungerande. Skillnaderna är signifikanta för samtliga delskalor utom risker.

I figur 1 illustreras grafiskt undersökningsgruppens skattningar i relation till en icke- klinisk referensgrupp.

Figur 1. Deltagarnas medelvärden för respektive delskala i CORE-OM vid för- och eftermätning jämfört med referensvärden för icke-klinisk normgrupp (Elfström et al. 2013).



Figuren visar att undersökningsgruppen låg klart över referensgruppen på samtliga delskalor innan gruppstart men att de närmade sig en icke-klinisk nivå efter avslutad behandling.

Diskussion

Studiens resultat tyder på att genomförbarheten för interventionen är god i den aktuella kontexten. Andelen som avbröt sitt deltagande ligger något under den nivå som presenterats i tidigare studier (Killaspy, 2006; Fernandez et al., 2015). Detta tolkas som att de avvägningar och anpassningar som gjorts vad gäller omfattning, kravnivå och innehåll tycks matcha målgruppens behov och förutsättningar. Resultatet bör också ställas i relation till att interventionen genomfördes inom en specialistpsykiatrisk verksamhet med patienter med hög grad av samsjuklighet. Vad gäller interventionens huvudsakliga fokusområde, att stärka förmågor till adaptiv känsloreglering, visar självskattning rörande alexityma symtom och svårigheter både på en statistiskt och kliniskt signifikant förändring där denna förhållandevis korta intervention medfört förbättringar av deltagarnas besvär från klinisk till subklinisk nivå. I linje med tidigare forskning (Compas et al., 2017; Sloan et al., 2017; Özlem Schäfer et al., 2017) ses även en parallell förbättring med avseende på psykiska symtom och funktionsnivå i

relationer och vardagsliv, vilket ytterligare styrker att känsloreglering är ett relevant område för transdiagnostisk behandling av psykiatriska besvär. Trots signifikanta förbättringar bör dock behandlingseffektens storlek tolkas med försiktighet innan den prövats i ett större material.

Metoddiskussion

Då detta är en pilotstudie som gjorts inom ramen för verksamhetens kvalitetssäkringsarbete och det saknas kontrollgrupp, medför det uppenbara begränsningar för bedömningen av resultatens validitet. Utöver de inslag som utgör själva behandlingsinterventionen innebär deltagande i en gruppbehandling exponering för externa eller ospecifika faktorer som kan tänkas påverka deltagarna och ha betydelse för behandlingsutfallet, exempelvis förväntanseffekter, regelbunden social samvaro och en återkommande rutin under veckan (Öst, 2016). Hur stor del av den uppmätta effekten som kan tillskrivas den aktuella interventionen kan således inte uppskattas utan jämförelse med en grupp som får sedvanlig behandling. En annan viktig aspekt och möjlig bias är att författaren själv är upphovsmakare till interventionen och sedan utfört både interventionen och utvärderingen. I utprövningsfasen bedömdes dock detta som nödvändigt då interventionens innehåll och upplägg förutsätter att gruppleadare är väl förtrogna med både KBT-behandling och har en bred teoretisk kunskapsbas eftersom en del av innehållet är principstyrt snarare än strikt manualiserat.

Förutsatt att den interna validiteten kan säkras medför studiens naturalistiska design även styrkor. En sådan är inklusionskriterierna, som medvetet hållits vida i syfte att urvalet av deltagare skulle motsvara den specialistpsykiatriska öppenvårdens målgrupp – med hög grad av samsjuklighet och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt andra parallellt pågående behandlingsinsatser såsom tex. läkemedelsbehandling eller individuella stödsamtal.

Vad gäller den statistiska analysen valdes Paired samples t-test, i syfte att möjliggöra för jämförelser med icke-klinisk normgrupp och cutoff-värden. Detta då referensvärden för de båda skattningsskalorna är beräknade utifrån medelvärden. Då studiens deltagarantal var något lägre än önskvärt för en sådan analys, utfördes även kontrollanalys med det icke-parametriska testet Wilcoxon. Denna visade på samma resultat som Paired samples T-test,

med undantag för subskalan EOT ur TAS-20 där en signifikant skillnad återfanns med Wilcoxon men inte via t-test.

Slutsatser/Rekommendationer

Studiens resultat styrker idén om känsloreglering som ett viktigt transdiagnostiskt fokusområde för psykiatrins målgrupp. Den visar även på vikten av att specialiserad psykiatri behöver anpassa behandlingsmetoder efter patientgruppens förutsättningar för att öka möjligheten att fullfölja interventioner och att tillgodogöra sig behandlingsinnehållet. Med anpassningar tycks flertalet patienter kunna fullfölja och tillgodogöra sig behandlingsinnehållet vid även en förhållandevis avgränsad psykoterapeutisk intervention. Sammantaget ses lovande resultat för den aktuella gruppinterventionen Känslaskolan och dess tänkta funktion som en grundläggande behandlingsinsats som kan passa för många patienter inom den specialistpsykiatriska öppenvården. För somliga är interventionen sannolikt inte tillräcklig utan behöver kompletteras med möjlighet till fördjupning, repetition och mängdträning av de färdigheter som ingår, något som långtidsuppföljningar skulle kunna ge mer information om.

En viktig vidareutveckling vore att få möjlighet att utvärdera interventionen i en större undersökningsgrupp och mot en kontrollgrupp. Det vore då även värdefullt att lägga till långtidsuppföljning samt att andra gruppledare genomförde interventionen. För en uppföljande studie vore det även intressant att titta på andra typer av utfallsmått än självskattning - tex. undersöka om interventionen minskar efterföljande behov av ytterligare psykiatriska behandlingsinsatser.

Referenser

- Adamis, D., O'Neill, D., Mulligan, O., O'Mahony, E., Murthy, S., McCarthy, G. & McNicholas, F. (2016). Prevalence of ADHD in adult psychiatric outpatient clinics in Sligo/Leitrim Area, Ireland. *European Psychiatry*, 33, 445-446.
- Attwood, T. (2004). *Exploring Feelings. Cognitive Behavior Therapy to Manage Anxiety*. Future Horizons Incorporated.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry*, 186, 239– 246
- Barlow, D. H., Ellard, K. K, Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2013a). *Unified Protocol. Diagnosöverskridande psykologisk behandling. Terapeutmanual*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders; A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bergdahl, J., Armelius, K. & Armelius, B.-Å. (2000). *Affect-based treatment and outcome for a group of psychosomatic patients*. Umeå: DAPS No 85, Institutionen för Psykologi, Umeå Universitet.
- Bergdahl, J., Larsson, A., Nilsson, L-G., Riklund Åhlström, K. & Nyberg, L. (2005). Treatment of chronic stress in employees: Subjective, cognitive and neural correlates. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(5), 395-402.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 585-599.

- Chapman, A. L., Gratz, K. L. & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British journal of psychiatry*, 188, 423-31
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H, Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E. & Thigpen, J. C. (2017). Coping, Emotion regulation and Psychopathology in Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis and Narrative Review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991
- Davanloo, Habib (2001) *Intensive short-term dynamic psychotherapy : selected papers of Habib Davanloo*. Chichester: Wiley.
- Duran, Ş., Fistikci, N, Keyvan, A. & Bilici, M. (2013). Prevalence and comorbidity of adult ADHD in psychiatric outpatient admissions. *European Psychiatry*, 28, 1.
- Elfström, M. L., Evans C, Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M. & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 447-455.
- Elfström, M. L. & Carlsson, S. G. (2008). *CORE-OM, svensk version: Preliminär manual*. Hämtad från: https://www.fbanken.se/files/246/CORE-manual_version_1_2.pdf
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mcgrath, G., Mellor-Clark, J. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51– 60.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. & Ramtahal, N. (2015). Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy: Magnitude, Timing, and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122.
- Gaus, V. L. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy with adult Asperger syndrome*, second edition. Guilford publications.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: distinctive features*. Hove, New York: Routledge.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44, 2099-2112.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *ACT i teori och tillämpning: vägen till psykologisk flexibilitet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hesslinger, B., Philipsen, A. & Richter, H. (2010). *Psykoterapi för vuxna med ADHD: en arbetsbok*. Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Mentaliseringsbaserad terapi, manual och bedömningsskala*. Stockholm: Liber.
- Killaspy, H., Psychiatric out-patient services: Origins and future (2006). *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 309–319.
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling: En grundbok i kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning : Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur & kultur.
- Larsson, L. (2007). "Innan var det evig vinter. Nu är det lite vår." Utvärdering av Känslskola vid en psykiatrisk klinik; en pilotstudie. Umeå: Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Lindqvist, K., Mechler, J., & Andersson, G. (2016). Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy*, 53(1), 90-104.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2. ed.). New York: The Guilford Press.
- Mandell, D. S., Lawer, L. J., Branch, K., Brodtkin, E. S., Healey, K., Witalec, R., Johnson, D. N. & Gur, R. E. (2012). Prevalence and correlates of autism in a state psychiatric hospital. *Autism*, 16(6), 557–567.
- Mansell W., Harwey A., Watkins E., & Shafran R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 23(1), 6-19.
- Nationella Självskadeprojektet (2016). *Rekommendationer för vård vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri* (andra upplagan). Rapport hämtad från Nationella självskadeprojektets hemsida. <http://nationellasjalfvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2015/12/Rekommendationer-Sj%C3%A4lvskadebeteende-rev-2016.pdf>
- Ohlsson, H. (2010). Känslskola; utvärdering av psykologisk behandling av patienter med psykiatrisk problematik. Umeå: Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet.

Persson, L. E., & Armelius, B. Å. (2003). *Affektintegrering. Manual till affektskola och skriptananlys*. Umeå: Institutionen för psykologi, Umeå universitet.

Psykologförbundet (2013) Policyprogram för Evidensbaserad psykologisk praktik. Hämtat 2019-10-30 från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/forbundet-tycker/policydokument/evidensbaserad-psykologisk-praktik.pdf>

Ramnerö, J. & Törneke, N. (2013). *Beteendets ABC – en introduktion till behavioristisk psykoterapi* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Reuterwall, C. & Walldén, M. (2009). *Alexitymi och psykiatriska symtombilder*. Psykologexamensuppsats. Stockholms Universitet. Psykologiska Institutionen. Hämtad från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:220379/FULLTEXT01.pdf>

Richter Sundberg, L. (2016). *Mind the Gap: Exploring evidence-based policymaking for improved preventive and mental health services in the Swedish health System*. Avhandling för doktorsexamen, Umeå Universitet, 2016.

Safren, S. A. (2017). *Mastering Your Adult ADHD; A Cognitive-Behavioral Treatment Program, Therapist Guide*. Oxford University Press Inc.

Seager, I., Rowley, A. & Ehrenreich-May, J. (2014). Targeting Common Factors Across Anxiety and Depression Using the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(1), 67-83.

Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L-G., Törestad, B., Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (2000). A Swedish Translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the Factor Structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 25-30.

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.002

Socialstyrelsen (2017). *Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Rapport hämtad från Socialstyrelsens hemsida. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Sonnby-Borgström, M. (2012). *Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster: ett bio-psyko-socialt perspektiv* (2., rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.

Steen, E. (2006). Hur något onödigt ont blir meningsfullt. En utvärdering av en Affektskola på Täby psykiatriska öppenvårdsmottagning. Rapport (55), november 2006. Stockholms läns sjukvårdsområde.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 219-227.

Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV Personality Disorders i Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918 .

Öst, L-G. (2016). *Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Öst, L-G. (2013). KBT inom psykiatrin (2. (reviderad och utökad) uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Özlem Schäfer, J., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B. & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth Adolescence*, 46, 261-276.

Tillkännagivanden

Först och främst vill jag tacka min co-terapeut Linda Forsell Lindberg för ett samspelt och tryggt gruppleaderskap med stor dos humor, värme och skärpa. Och så klart alla modiga gruppdeltagare som skrattat, gråtit, utforskat och lekt tillsammans med oss. Jag vill också rikta ett stort tack till professor Ellinor Salander Renberg för tålmodig och uppmuntrande handledning under arbetet med rapporten.

