Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen[1]

Lars-Gunnar Lundh
Institutionen för psykologi
Lunds universitet
1 oktober 2012
Uppdaterad 14 juni 2013

Sammanfattning

Syftet med denna forskningsöversikt var att göra en sammanställning av behandlingsstudier där effekter studerats på självskadebeteende, för att analysera vad forskningen visar om olika behandlingsmetoder effekter i detta avseende. En litteratursökning gjordes i syfte att hitta behandlingsstudier där en majoritet av patienterna uppvisade självskadebeteende innan behandlingen inleddes, och där effekterna studerades på deras självskadebeteende, antingen i form av specifika mått på icke-suicidalt självskadebeteende, eller mer övergripande mått på självskadebeteende (där det inte görs någon differentiering mellan icke-suicidala och suicidala självskadebeteenden). De flesta behandlingsstudierna handlar om patienter med borderline-personlighetsstörning, medan ett mindre antal studier handlar om ungdomar med självskadebeteende utan att begränsas av diagnos. Den behandlingsform som studerats mest är dialektisk beteendeterapi (DBT), men ett antal studier finns också av mentaliseringsbaserad terapi (MBT) och andra former av psykodynamisk terapi, olika varianter av kognitiv beteendeterapi, samt några olika varianter av gruppterapi. Vad gäller patienter med borderline-personlighetsstörning finns det evidens för att vissa typer av långtidsterapi (främst DBT och MBT) ger god effekt på självskadebeteende – däremot finns det ännu ingen evidens för att några specifika komponenter i dessa terapier svarar för dessa effekter. Vad gäller kortare typer av behandlingsinsatser är Gratz Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) en lovande modell som är specifikt fokuserad på självskadebeteende och som inte begränsas enbart till patienter med borderline-diagnos. ERGT har visat god effekt som tilläggsbehandling för patienter som redan har någon form av individuell samtalskontakt. En jämförelse av de olika terapiformer som gett effekt visar att de skiljer sig mycket åt i teori och metod, men att de har vissa gemensamma drag. Till dessa gemensamma faktorer, som kan antas vara väsentliga vid behandling av patienter med självskadebeteende, hör: (1) En tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för patienten. (2) Ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande förhållningssätt. (3) Ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering. (4) Strategier för att motverka risken för iatrogena effekter inom vården, som bedöms vara betydande med denna patientgrupp.

---

[1] Jag vill tacka professor Margda Waern, Göteborgs universitet, för värdefulla kommentarer till en tidigare version av denna forskningsöversikt.

INNEHÅLL

Sammanfattning 1
Inledning 3
Begreppet självskadebeteende 3
Begreppet evidens 7
Rapportens disposition 8
1. Dialektisk beteendeterapi (DBT) 9
1.1. RCT-studier som jämför DBT med standardbehandling 13
Linehan-gruppens första studie (1991, 1993) 13
Den holländska studien (2003, 2005) 14
Den australiensiska studien (2010) 16
Sammanfattning: DBT jämfört med standardbehandling 17
1.2. RCT-studier som jämför DBT med andra terapiformer 18
Klientcentrerad stödterapi (2000) 18
Comprehensive Validation Therapy (2002) 19
"Expertterapeuter" (2006, 2008, 2012) 20
"General psychiatric management" (2009, 2012) 22
Sammanfattning: DBT jämfört med andra terapiformer 25
1.3. Metaanalys 25
1.4. Kvasiexperimentella studier av DBT för självskadande ungdomar 26
1.5. Sammanfattning: DBT och självskadebeteende 27
2. Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) 30
2.1. Ett dagavdelningsprogram (1999, 2001, 2008) 33
2.2. Ett öppenvårdsprogram (2009) 35
2.3. Den holländska kohortstudien 38
2.4. MBT-A för ungdomar (2012) 39
2.5. Sammanfattning: MBT och självskadebeteende 40
3. Andra långtidsterapier 42
3.1. Schema-fokuserad terapi (2006) 42
3.2. KBT för personlighetsstörningar (CBT-PD; 2006, 2010) 44
3.3. Överföringsfokuserad terapi 45
3.4. Sammanfattning 46
4. Kognitiv beteendeterapi (KBT) 47
4.1. Kognitiv-analytisk terapi för ungdomar med borderline-drag (2008) 47
4.2. Problemlösningsterapi 48
4.3. STEPPS (2008) 49
4.4. Manual-Assisted Cognitive Therapy (MACT; 1999, 2003. 2006) 49
4.5. KBT för självskadebeteende – den holländska studien (2007) 51
4.6. The "Cutting Down" Programme – en okontrollerad pilotstudie (2011) 52
4.7. Sammanfattning: kognitiv beteendeterapi och självskadebeteende 52
5. Emotion regulation group therapy (ERGT; 2006, 2011) 54
5.1. Pilotstudie: jämförelse med standardbehandling (2006) 55
5.2. Replikationsstudie utan kontrollgrupp (2011) 56
5.3. En större RCT-studie 57
5.4. Sammanfattning: ERGT och självskadebeteende 58
6. "Developmental group therapy" för ungdomar med självskadebeteende 59
6.1. En första pilotstudie: jämförelse med standardbehandling (2001) 59
6.2. Den australiensiska replikationsstudien (2009) 60
6.3. En större RCT-studie (2011) 60
7. Öppenvårdsbehandling jämfört med inneliggande behandling 61
7. Sammanfattande slutsatser 64
Referenser 72

INLEDNING

Syftet med följande rapport är att ställa samman befintlig publicerad forskning om effekter på självskadebeteende vid psykologisk behandling. Jag har därför sökt efter behandlingsstudier där (a) majoriteten av patienterna uppvisar självskadebeteende, och där (b) självskadebeteende ingår som utfallsmått. Det innebär att behandlingen inte har behövt vara fokuserad på just självskadebeteende; det har varit tillräckligt att majoriteten av patienterna rapporterar självskadebeteende och att författarna inkluderat *mått på förekomsten av självskadebeteende före och efter behandling* för att studien ska ha inkluderats.

Jag har valt att inkludera studier som använder mått på självskadebeteende även om dessa inte skiljer ut icke-suicidala beteenden från suicidförsök. Det gäller bland annat de studier som använder mått på *parasuicidalitet*. Begreppet ”parasuicid” används bl.a. av Marsha Linehan i de flesta av hennes behandlingsstudier, och hon beskriver det på följande sätt:

> In 1977, Kreitman introduced the term “parasuicide” as a label for (1) nonfatal, intentional self-injurious behavior resulting in tissue damage, illness, or risk for death; or (2) any ingestion of drugs or other substances not prescribed or in excess of prescription with clear intent to cause bodily harm or death. Parasuicide, as defined by Kreitman, includes both actual suicide attempts and self-injuries (including self-mutilation and self-inflicted burns) with little or no intent to cause death. (Linehan, 1993, s. 13-14)

Att inkludera dessa studier kan ifrågasättas, eftersom effekter på parasuicidalitet inte med nödvändighet implicerar några förändringar i icke-suicidalt självskadebeteende – det kanske enbart rör sig förändringar ifråga om självmordsförsök. Anledningen till att jag ändå valt att inkludera dessa studier är att vi i annat fall riskerar att missa forskning av stort potentiellt värde för behandling av självskadebeteende. Eftersom forskningen på detta område fortfarande är ganska begränsad kan det vara värt att hellre ha ett för stort än ett för litet fångstnät. Samtidigt är det emellertid viktigt att vara försiktig när det gäller de slutsatser som kan dras från studier som inte specifikt skiljer ut icke-suicidala självskadebeteenden.

Begreppet självskadebeteende

I den internationella forskningen kring självskadebeteende laborerar olika forskargrupper med olika definitioner och avgränsningar av detta beteende. Två huvudtraditioner kan urskiljas: (1) En huvudsakligen europeisk tradition som representeras bl.a. av Hawton och hans medarbetare, som använder begreppet *deliberate self-harm* med en vid definition, och inte skiljer mellan suicidala och icke-suicidala former av självskadebeteende. (2) En huvudsakligen amerikansk tradition, som representeras av forskare som Nock, Klonsky, och Muehlenkamp, vilka klart skiljer mellan icke-suicidalt självskadebeteende (*non-suicidal self-injury*, NSSI) och suicidala former av

självskadebeteende. I linje med den senare traditionen finns nu också ett förslag till ny diagnos i DSM-5 under beteckningen *Non-Suicidal Self-Injury*.

Hawtons definition av *deliberate self-harm* liknar begreppet *parasuicide* på det sättet att det inte görs någon åtskillnad mellan icke-suicidala och suicidala självskadebeteenden:

> Deliberate self-harm ranges from behaviours with no suicidal intent (but with the intent to communicate distress or relieve tension) through to suicide. (Hawton & James, 2005, s. 891)

Hawton föredrar emellertid begreppet *deliberate self-harm* framför begreppet *parasuicide* eftersom det är mer neutralt ifråga om motiv och avsikt, och eftersom det på ett tydligare sätt inkluderar även icke-suicidala intentioner:

> The term deliberate self-harm is preferred to "attempted suicide" or "parasuicide" because the range of motives or reasons for this behaviour includes several non-suicidal intentions. Although adolescents who self-harm may claim they want to die, the motivation in many is more to do with an expression of distress and desire for escape from troubling situations. Even when death is the outcome of self-harming behaviour, this may not have been intended. Most self-harm in adolescents inflicts little actual harm and does not come to the attention of medical services. Self-cutting is involved in many such cases and appears to serve the purpose of reducing tension or of self-punishment. By contrast, self-poisoning makes up about 90% of cases referred to hospital. The substances involved are usually readily available in the home or can be bought over the counter and include non-opiate analgesics—such as paracetamol and aspirin—and psychotropic agents. Self-harm by more dangerous methods, such as attempted hanging, may be associated with considerable suicidal intent. (Hawton & James, 2005, s. 891)

Hawton och James beskriver här både (a) en variation i *motiv* och *avsikter*, från icke-suicidala till suicidala intentioner, och (b) en variation i hur *livshotande* det faktiska *beteendet* är. Det finns utan tvekan en samvariation mellan grad av suicidal avsikt och faktiskt beteende, eftersom vissa beteenden (t.ex. att hänga sig eller skjuta sig) i större utsträckning riskerar att leda till döden än andra (som t.ex. att skära sig eller dunka huvudet i väggen). Men sambandet mellan beteende och avsikt är ingalunda entydigt, och överdoseringar kan t.ex. göras både med suicidala och icke-suicidala avsikter.

Framför allt inom den nyare amerikanska forskningen på området har man velat skilja ut icke-suicidala beteenden från självmordsförsök på ett tydligare sätt än vad t.ex. Linehan och Hawton gör. Ett exempel är Gratz (2001), som visserligen fortsätter att använda termen "deliberate self-harm", men i en mer avgränsad betydelse, definierat som:

> the deliberate, direct destruction or alteration of body tissue without conscious suicidal intent, but resulting in injury severe enough for tissue damage to occur (Gratz, 2001, s. 253)

Ett ännu tydligare steg i denna riktning tas av andra amerikanska forskare som Klonsky (2007) och Nock (2009) genom att de helt lämnar termen ”deliberate self-harm” och övergår till att tala om ”*non-suicidal self-injury*” (NSSI). I linje med detta tänkande finns nu också ett förslag till ny diagnos i DSM-5 under beteckningen *Non-Suicidal Self-Injury*. I det aktuella förslaget för DSM-5 ingår t.ex. följande avgränsning som ett första diagnoskriterium:

> In the last year, the individual has, on 5 or more days, engaged in intentional self-inflicted damage to the surface of his or her body, of a sort likely to induce bleeding or bruising or pain (e.g., cutting, burning, stabbing, hitting, excessive rubbing), for purposes not socially sanctioned (e.g., body piercing, tattooing, etc.), but performed with the expectation that the injury will lead to only minor or moderate physical harm. The behavior is not a common one, such as picking at a scab or nail biting. (American Psychiatric Association, 2012)

Att notera här är att självskadebeteendet begränsas till självförvållade skador på *kroppsytan* (”the surface of his or her body”), såsom att skära sig, bränna sig, slå sig själv så att det blir blåmärken eller att man börjar blöda, etc. Avsiktliga överdoser av läkemedel eller narkotika (”self-poisoning”) räknas däremot inte in. Samtidigt är förgiftning den vanligaste formen av självtillfogad skada som behandlas inom sjukvården, och svarar t.ex. för upp emot 90% av de fall som läggs in på sjukhus i Storbritannien (Hawton & James, 2005). En komplikation här är alltså att avgränsningen av NSSI till ”damage to the surface of the body” exkluderar överdoseringar, även när dessa *inte* syftar till självmord. NSSI-begreppet innebär alltså inte bara en avgränsning utifrån avsikt (avsikten ska inte vara suicidal), utan också utifrån beteendets topografi: Beteenden betecknas som NSSI enbart när individen tillfogar kroppens *yttre* (”the surface of his or her body”) en skada.

Dock finns en viss variation även bland de forskare som omfattar NSSI-begreppet. Klonsky (2007) använder till exempel en något vidare definition av NSSI – ”the intentional, direct injuring of body tissue without suicidal intent”. Här talas det alltså mer generellt om kroppsvävnad, och inte bara om kroppens yttre. Detta återspeglar sig också i att det instrument som Klonsky utvecklat för att mäta NSSI (Inventory of Statements About Self-Injury, ISAS) inkluderar en fråga om individen har ”svalt farliga ämnen”. I detta avseende skiljer sig ISAS från andra instrument för att mäta NSSI, som t.ex. Gratz (2001) Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) och Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker och Kelleys (2007) Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM). Inte i något av dessa finns några frågor som explicit berör förgiftningar, överdoseringar eller sväljning av farliga ämnen.

En del forskare ifrågasätter att det går att på ett enkelt sätt skilja mellan icke-suicidalt självskadebeteende och suicidförsök. Det har t.ex. ifrågasatts om förekomsten av en suicidal intention verkligen är en fråga om antingen/eller, och kanske mer är att se som ”a multidimensional variable, characterized by different degrees of intensity/severity” (De Leo, 2011, s. 235). Vidare finns det forskning som visar att en stor andel av de personer som ägnar sig åt icke-suicidala självskadebeteenden också har tankar kring självmord under samma period, och att icke-suicidalt självskadebeteende är en viktig riskfaktor för självmord. Relevant i sammanhanget är också resultat redovisade av Hawton (2011, citerade av De Leo,

2011) som visar att individer som skär sig själva (som är det kanske vanligaste exemplet på ett icke-suicidalt självskadebeteende) löper större risk för att begå självmord än individer som överdoserar (vilket inte räknas in i kategorin icke-suicidala självskadebeteenden). De Leo (2011) ifrågasätter också det kloka i att skapa en ny diagnos för icke-suicidalt självskadebeteende med tanke på att det handlar om en ganska heterogen grupp individer som kan behöver olika bemötande:

> the problems associated with assigning a diagnostic label to any behavior (even pathological behavior in need of specialized treatment) lies in the increasing public assumption of the homogeneity of persons exhibiting said behaviors (an assumption I have already questioned above) and the stability of the phenomenon. (s. 236)

En ytterligare komplikation i forskningen kring självskadebeteende är att resultaten kan bli olika beroende på hur man undersöker förekomsten av självskadebeteende, och vilka frågor som ställs. Forskningen kring självskadebeteende visar en stor variation i hur vanligt förekommande beteendet är, och detta beror inte enbart på faktiska skillnader i förekomst mellan olika grupper, kulturer, etc., utan också på hur man mäter självskadebeteende – dvs. vilka frågor man ställer. Om det mäts med en enda fråga (av typ ”Har du någon gång skadat dig själv?”) får man betydligt lägre siffror beträffande förekomst än om man uttryckligen frågar efter en rad specifika självskadebeteenden med hjälp av frågeformulär av checklistetyp (Muehlenkamp, Claes, Havertemp, & Plener, 2012). Ju fler olika exempel på självskadebeteenden man frågar efter, desto högre procentsiffror tenderar man att få beträffande förekomsten av självskadebeteende.

Prevalens av självskadebeteende i Sverige. I en svensk studie (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013) användes både enfrågemetoden (som gav en prevalens av 17.4%) och checklistemetoden (som gav en livstidsprevalens av 41.6%). I samma studie gjordes också ett försök att uppskatta förekomsten av icke-suicidalt självskadebeteende enligt de föreslagna diagnoskriterierna i DSM-5; prevalensen blev då 5.4%.

Detta innebär att det inte enbart är den *explicita definitionen* av självskadebeteende som är viktig här – även den *empiriska avgränsning* (operationalisering) av begreppet självskadebeteende som görs beroende på vilket mätinstrument man använder kommer att ha betydelse för forskningsresultaten. Avsaknaden av konsensus inte bara kring begreppets explicita definition utan även kring dess operationalisering utgör alltså ett problem när det gäller att jämföra olika forskningsresultat inom detta område.

För att inte riskera att missa någon potentiellt värdefull behandlingsforskning inom detta område har jag valt en vid definition av begreppet, och haft ambitionen att inkludera all behandlingsforskning där man studerat effekter på självskadebeteende, oavsett hur detta definierats eller avgränsats. Här inkluderas alltså inte bara forskning där man undersökt effekter på *NSSI*, utan även undersökningar där man studerat effekter på *deliberate self-harm* i en vidare bemärkelse, och även *parasuicidalt beteende* – det enda kravet har varit att utfallsmåtten *inkluderar* icke-suicidala självskadebeteenden.

Begreppet evidens

Syftet med forskningsöversikten är att dra slutsatser om vad det finns för *evidens* för att olika behandlingsmetoder har effekt på självskadebeteende. Olika forskningsdesigner är olika kraftfulla när det gäller möjligheten att dra slutsatser om en behandlingsforms effektivitet. Den typ av studier som möjliggör de starkaste slutsatserna om effekter är de som har en experimentell design som innehåller som ett minimum följande element: förmätning, eftermätning, jämförelse med kontrollgrupp, samt randomisering mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Dessa kallas RCT-studier (RCT = randomized controlled trials).

RCT-studier anses generellt ligga högst i den s.k. *evidenshierarkin*. Därnäst kommer i tur och ordning (se Tabell 1): kvasiexperimentella studier (studier med för- och eftermätning samt kontrollgrupp men utan randomisering), kohort-studier (studier med för- och eftermätning av en konsekutiv serie patienter, men utan kontrollgrupp), retrospektiva studier (studier med enbart eftermätning, men ingen förmätning), samt klinisk erfarenhet (i avsaknad av forskningsdesign).

Fokus kommer här att läggas på RCT-studier, eftersom det är enbart i sådana studier man egentligen kan säga att man studerat *effekter* av en behandlingsmetod. Studier med annan design kommer enbart att beskrivas i den utsträckning de bedöms innehålla något nytt i relation till existerande RCT-studier – t.ex. att de tillämpat en behandlingsmodell på en ny klientgrupp – och därmed kan vara av intresse för hypotesgenerering.

Tabell 1. Evidenshierarkin, ordnad utifrån förekomsten av olika designelement som ger studierna olika metodologisk styrka.

	Förmätning	Eftermätning	Kontrollgrupp	Randomisering
RCT-studier	X	X	X	X
Kvasiexperimentella studier	X	X	X	
Kohortstudier	X	X		
Retrospektiva studier		X		
Klinisk erfarenhet				

Även inom gruppen RCT-studier finns en stor variation i metodologiskt upplägg, som har avgörande betydelse för vilka slutsatser som kan dras. Dit hör t.ex. vilken typ av kontrollgrupp som används, och vad den kontrollerar för. Den allra svagaste typen av kontrollgrupp är en väntelistegrupp, som inte får någon behandling alls – om patienter som fått en viss behandling visar bättre resultat än patienter som stått på väntelista, säger detta inte nödvändigtvis något om effekterna av just denna specifika behandlingsmetod; effekterna kan bero på det faktum att man överhuvudtaget fått behandling, och de förväntningar, upplevelser

av empatiskt bemötande från terapeutens sida, mm som varit förknippade med behandlingen. Vad denna design kan visa är enbart att behandlingen överträffar den spontana återhämtning som sker utan behandling.

En typ av kontrollgrupp som är mycket vanlig vid effektstudier av långvariga behandlingar (t.ex. för patienter med borderline-personlighetsstörning) är s.k. standardbehandling (engelska ”Treatment As Usual”, TAU). Att en ny behandlingsform ger bättre effekter än sedvanlig standardbehandling kan givetvis ha stor praktisk betydelse. Men samtidigt är det svårt att dra några mer specifika slutsatser om behandlingsmetodens effektivitet utifrån denna typ av forskningsresultat. Dels kan standardbehandling se mycket olika ut, beroende på hur förhållandena ser ut inom den vårdverksamhet där forskningen bedrivs – det är alltså inte alltid man vet vad det är man egentligen kontrollerar för. Och dels säger denna typ av forskningsresultat ingenting om huruvida det är *specifika behandlingskomponenter* i den terapi som studerats som gett effekt, eller om det är faktorer som denna behandling har *gemensam med en mängd andra terapiformer* som är det viktiga.

Den starkaste kontrollgruppen är en jämförelsegrupp av patienter som behandlats med en annan väl specificerad terapiform. En RCT-studie som jämför två olika terapiformer, som båda är väl beskrivna och kontrollerade ifråga om teori och metod, så att man kan säga vilka faktorer som är specifika respektive gemensamma för dessa behandlingsformer, ökar möjligheten att dra mer specifika slutsatser om betydelsen av vissa behandlingskomponenter.

Rapportens disposition

En sammanställning av detta slag kan organiseras på olika sätt: t.ex. utifrån patientgrupp, eller behandlingsmodell, eller utifrån forskningsdesign. Här har sammanställningen organiserats utifrån olika behandlingsmodeller (dialektisk beteendeterapi, mentaliseringsbaserad terapi, kognitiv beteendeterapi, etc.), med forskningsdesigner och patientgrupper som underordnade rubriker.

1. DIALEKTISK BETEENDETERAPI (DBT)

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en terapiform som utvecklats av Linehan (1993) specifikt för suicidnära kvinnor med borderline-diagnos. DBT innehåller en kombination av *individuell terapi* en gång i veckan, *färdighetsträning* en gång i veckan, och möjlighet till *telefonkontakt* i krissituationer mellan sessionerna. En väsentlig komponent i DBT-modellen är också *konsultationsteamet* som tillämpar DBT-principer i handledningen av terapeuterna. Linehan framhåller att eftersom det kan upplevas som mycket stressfyllt att arbeta med denna patientgrupp (bl.a. på grund av deras självskadebeteende) finns det en risk att terapeuten drabbas av en känsla av att vara inkompetent, ineffektiv och hjälplös, vilket riskerar att gå ut över patienterna på olika sätt som riskerar att skada dem ytterligare. Här spelar konsultationsteamet en central roll som stöd för terapeuten när det gäller att upprätthålla den terapeutiska relationen och balansen i denna.

Teori och metod. Själva kärnan i borderline-problematiken är, enligt Linehan (1993), en form av emotionell dysreglering som utvecklats som ett resultat av en interaktion mellan en invaliderande hemmiljö och en delvis biologiskt betingad emotionell sårbarhet. Linehan (1993) ser parasuicidalt beteende som maladaptiva försök att lösa problem med överväldigande, okontrollerbara, intensivt smärtsamma känslor. Självmordsförsök och annat självskadande beteende kan fungera som känsloreglering på flera olika sätt. Att ta en överdos kan t.ex. leda till en lång sömn, vilket kan vara ett sätt att fly från smärta eller göra sig mindre emotionellt sårbar. Borderline-patienter som skär sig själva eller bränner sig själva rapporterar ofta en betydande ångestreduktion, och kan beskriva känslor av avslappning, lättnad och lugn efter att ha ägnat sig åt självskadande beteende i någon form. En annan typ av funktion har att göra med de effekter det parasuicidala beteendet har på omgivningen, t ex i form av att patienten får hjälp, uppmärksamhet och omsorg, eller blir inlagd på sjukhus. Oftast är båda dessa typer av funktioner inblandade i borderline-personers parasuicidala beteende. En viktig del av DBT handlar följaktligen om att hjälpa patienten att utveckla nya och mer effektiva sätt att hantera smärtsamma känslor – samtidigt läggs det stor vikt vid att terapeuten har ett validerande förhållningssätt, som kontrast mot den invaliderande omgivning patienten levt i.

DBT är en form av kognitiv beteendeterapi som använder sig av alla de traditionella beteendeterapeutiska och kognitiva metoderna: beteendeanalys (framför allt s.k. *kedjeanalys* av självskadeepisoder), problemlösning, färdighetsträning (färdighetsträningen sker i grupp och innehåller fyra moduler, med fokus på *mindfulness*, *emotionsreglering*, *interpersonella relationer*, och ”*distress tolerance*”), exponering, ”contingency management”, och kognitiva tekniker. Linehan är dock mer beteendeterapeut än kognitiv terapeut, och beteendeperspektivet dominerar över det kognitiva perspektivet både vad gäller teori och metod. Samtidigt har Linehan bidragit till att förnya beteendeterapin genom att föra in ett fokus på *acceptans* och *validering* som ett komplement till det fokus på förändring som utmärker traditionell KBT, samt metoder influerade från österländskt tänkande (mindfulness), dialektisk filosofi, och en ökad betoning av processer i terapirelationen.

Individualterapin är till stor del fokuserad på beteendeanalys av problematiska händelser och situationer som uppstått mellan terapisessionerna, som t.ex. kedjeanalys av

självskadeepisoder, och på problemlösning med hjälp av de färdigheter som klienten lärt sig i färdighetsträningen. Kedjeanalysen innebär att terapeuten leder klienten genom en mycket detaljerad analys av händelsekedjan ifråga, där man försöker kartlägga förloppet så noggrant som möjligt. Terapeuten analyserar, som Linehan (1993a, s 181) uttrycker det. ”ofta på ett för patienten plågsamt detaljerat sätt” vad som ledde fram till självskadebeteendet. Mycket av det terapeutiska arbetet i DBT består av sådana analyser av konkreta exempel på beteenden. Denna analys görs mycket detaljerat, med noggrann uppmärksamhet på tankar, känslor och beteenden. Terapeutens roll är här att vara ett slags naiv iakttagare som inte tar något för givet utan frågar om allt. Ett viktigt led i analysen är att söka efter felande länkar i kedjan — t ex tankar eller antaganden som gör att en viss händelse mynnar ut i en viss känsloreaktion. Efter ett antal sådana kedjeanalyser kan terapeuten börja se mönster i klientens beteende, i form av funktionella samband mellan situationer, tankar, känslor, beteenden och konsekvenser. Samtidigt analyserar man också var någonstans i händelsekedjan som klienten skulle kunna agera annorlunda, och vad det finns för alternativa beteenden. En kedjeanalys kan visa på möjligheterna till olika vägval vid olika punkter i händelsekedjan. Terapeuten uppmuntrar här till ”brain storming” i syfte att hitta alternativa lösningar. I början bör terapeuten bidra till att generera alternativa lösningar, men så småningom måsta patienten ta över denna funktion. Man gör också upp en plan för återfallsprevention.

Det kan vara mycket obehag förknippat med denna typ av beteendeanalyser. Det kan t.ex. vara så att patienten skäms för sitt beteende och därför inte vill prata om det. Men det finns också en risk att hon känner att hennes emotionella lidande blir invaliderat av den mycket faktainriktade analysen, i kombination med terapeutens ståndpunkt att det fanns andra alternativa beteenden tillgängliga i situationen. Terapeuten bör därför, i enlighet med DBT-modellen, på ett inkännande sätt validera de negativa känslor som uppkommer hos patienten i samband med sådana beteendeanalyser, och samtidigt hålla fast vid genomförandet av beteendeanalysen. Här behöver en god DBT-terapeut, enligt Linehan, kunna kombinera en ”orubblig centrering” med en ”inkännande flexibilitet”.

En av terapeutens första uppgifter i DBT är att hjälpa patienten att omdefiniera sitt självskadebeteende som ett misslyckat försök till problemlösning. Detta innebär att patientens upplevelse av den outhärdliga situationen före självskadeepisoden blir validerad, samtidigt som man också skapar utrymme för att diskutera andra mer konstruktiva problemlösningar. Var i händelsekedjan skulle det vara möjligt att handla annorlunda?

Begreppet validering spelar en central roll inom DBT. Validering innebär att på ett entydigt sätt förmedla till patienten att hennes känslor, tankar och beteenden är begripliga och förståeliga i sitt sammanhang. Enligt Linehan (1993) innehåller detta tre led: (1) Empatiskt lyssnande och observerande. (2) Icke-värderande spegling av patientens tankar, känslor och beteenden, med en öppen inställning till om terapeuten uppfattat dessa på ett riktigt sätt. (3) Bekräftelse av det adekvata (begripliga, ”logiska”) i patientens känslor, tankar och beteenden. De två första stegen finns beskrivna inom en mängd andra terapiriktningar. Det tredje steget är, menar Linehan, däremot specifikt utmärkande för DBT. Terapeuten i DBT är inte bara empatisk och ger empatisk spegling, utan söker också aktivt efter det adekvata, begripliga, ”logiska” i patientens tankar, känslor och beteenden, och validerar detta. Allt beteende är

adekvat i någon mening, och det är en viktig uppgift för terapeuten att hitta detta. Som hon uttrycker det: ”Även om bara en liten del av reaktionen är adekvat, söker terapeuten upp denna lilla del och ger respons på den” (Linehan, 1993, s 223-224).

Valideringsdelen av DBT är dock enbart ”halva” DBT. Som termen ”dialektisk” antyder, handlar DBT-metodiken om att förena motsatser. Terapeuten behöver kunna balansera motsatta förhållningssätt: att dels vara empatisk, stödjande (”nurturing”) och validerande, och dels också vara förändringsinriktad, orubbligt centrerad (visa ”unwavering centeredness”) och välvilligt krävande (”benevolent demanding”). Som Linehan (1993, s. 112) uttrycker det: ”The dialectical position here is to push the patient forward with one hand while supporting her with the other hand.” I metoden ingår även att växla mellan två motsatta sätt att kommunicera: dels en reciprok kommunikationsstil karakteriserad av ömsesidighet, varmt engagemang och äkthet, och dels en ”irreverent” kommunikationsstil som innefattar ett betydande mått av konfrontation. Ett ytterligare exempel på den icke-accepterande delen av DBT är det kontrakt som görs upp med patienten, och som bl.a. innehåller regeln att om patienten missar fyra terapisessioner i rad så får hon inte gå kvar i terapin.

Ett väsentligt inslag i DBT är att patienten har möjlighet till telefonkontakt med sin terapeut mellan sessionerna. Telefonkontakt används, enligt Linehan (1993, s 188-189) av flera olika skäl. För det första innebär telefonsamtalen en möjlighet att förstärka mer konstruktiva hjälpsökande beteenden hos patienten. För en patient som har svårt för att be om hjälp på ett direkt sätt, och i stället använder självskadebeteenden som ”rop på hjälp”, kan detta fungera som ett tillfälle till inlärning av nya former av hjälpsökande. För det andra används telefonkontakten till att ge patienten hjälp med tillämpningen av de nya färdigheter som han eller hon tagit del av vid färdighetsträningen. Linehan framhåller vikten av att terapeuten kan ställa upp och vara till hjälp just vid de tillfällen då patienten behöver tillämpa de nya färdigheterna i praktiken. Den effektivaste formen av inlärning är den som sker i själva problemsituationen. För det tredje används telefonkontakten i samband med att det uppstår konflikter eller kriser i terapirelationen, som t ex när patienten har reagerat negativt emotionellt på något som hände under den senaste terapisessionen. Det kan då vara för länge att vänta med att ta upp det till nästa terapisession. Möjligheten att ringa terapeuten innebär en chans att förstärka det emotionella bandet mellan terapeut och patient och skapar också en jämnare maktfördelning mellan dem. En viktig aspekt av telefonkontakten är också den s.k. 24-timmarsregeln, som innebär att terapeuten inte tar emot några telefonsamtal från klienten under de närmaste 24 timmarna efter ett suicidförsök. Syftet med denna regel är att betona vikten av att klienten ringer terapeuten *innan* hon gör något drastiskt.

Den första fasen av DBT beräknas ta cirka ett år, och syftar primärt till att lära individen att hantera sina problem på ett mer konstruktivt sätt, dvs. att använda nya färdigheter i stället för det gamla självdestruktiva beteendet. Det är enbart effekter av denna första fas av terapin som studerats i forskningssammanhang. Därutöver beskriver Linehan (1993) två ytterligare faser av DBT, en andra fas som handlar om bearbetning av traumatiska händelser, och en tredje och avslutande fas som fokuserar på utvecklingen av individuella livsmål och självrespekt; effekter av dessa är dock inte studerade i forskningen.

Empirisk forskning. Det finns åtminstone tio RCT-studier av DBT. Tre av dessa har dock exkluderats från denna översikt, i enlighet med kriterierna på s. 3. Det gäller dels två små studier där förekomsten av självskadebeteende redan före behandlingsstarten var relativt låg. Den ena är en studie av kvinnor med borderline-diagnos i kombination med missbruksproblematik (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter, & Comtois, 1999), där författarna rapporterar att: ”For parasuicide episodes, the base rate was low at pre-treatment, and both groups quickly reached the floor.” (s. 289). Den andra är en liten studie från North Carolina (Koons et al., 2001), där enbart 40% av patienterna rapporterade självskadebeteende innan behandlingens inleddes. Den tredje studien är en i och för sig intressant studie av patienter med borderline-diagnos (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007) där DBT jämfördes med psykodynamisk överföringsfokuserad terapi samt stödterapi, och där författarna visserligen mätte effekter på *suicidalitet* (och inte fann någon skillnad mellan DBT och överföringsfokuserad terapi på detta mått), men inte rapporterar något mått på självskadebeteende.

Kvar blir då sju RCT-studier. Tre av dessa är genomförda av gruppen kring terapiformens upphovskvinna, Marsha Linehan; en första studie som studerade effekter av DBT för kvinnor med borderline-diagnos (Linehan, Armstrong, Allman, & Heard, 1991), en mindre studie av DBT för kvinnor med borderline-diagnos i kombination med missbruksproblematik (Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Shaw-Welch, Heagerty, & Kivlahan, 2002), och en tredje studie som jämför DBT med psykodynamiskt eller eklektiskt inriktade ”expertterapeuter”, dvs. terapeuter som nominerats som extra skickliga i att arbeta med patienter med borderline-problematik (Linehan et al., 2006). I de två första av dessa studier jämfördes DBT med standardbehandling (Treatment as Usual, TAU), medan DBT i de två senare jämfördes med mer sofistikerade kontrollgrupper. Till alla tre av dessa studier finns uppföljningar 1-2 år efter behandlingens avslutande.

Förutom dessa tre studier av Linehan-gruppen finns också fyra RCT-studier gjorda av oberoende forskargrupper där självskadebeteende ingår bland utfallsmåtten: En studie från Philadelphia av en modifierad version av DBT (Turner, 2000), en holländsk studie (Verheul et al., 2003), en stor kanadensisk studie (McMain, Links, Gnam, Guimond, Cardish, Kormann, & Streiner, 2009), och en australiensisk studie (Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010). De holländska och australiensiska studierna jämförde DBT med standardbehandling, medan Philadelphia-studien jämförde DBT med klientcenterad stödterapi, och den kanadensiska studien jämförde DBT med en variant av psykodynamisk terapi. Till två av dessa studier finns uppföljningsstudier. Den holländska studien följdes upp efter 6 månader (van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & van den Brink 2005), och den kanadensiska upp till 2 år efter behandlingens avslutande (McMain, Guimond, Streiner, Cardish, & Links, 2012).

I nedanstående sammanställning presenteras först jämförelserna mellan DBT och standardbehandling, och därefter jämförelser med andra terapiformer.

1.1. RCT-studier som jämför DBT med standardbehandling

Linehan-gruppens första studie (1991, 1993)

Linehan et al. (1991) genomförde den första RCT-studien av DBT. Den behandling som testades var ett år av individuell DBT i kombination med färdighetsträning i grupp; i behandlingsmodellen ingick också möjligheter till telefonkontakt mellan sessionerna, samt konsultationsteam för DBT-terapeuterna. Linehan, Heard och Armstrong (1993) rapporterar resultaten av uppföljning 6 månader respektive 1 år efter behandlingens avslutande.

Undersökningsdeltagare. Deltagarna var 44 kvinnliga patienter i åldern 18-45 år som uppfyllde kriterier för borderline-personlighetsstörning enligt DSM-III-R. I inklusionskriterierna ingick också att de haft åtminstone två episoder av parasuicidalt beteende under de senaste 5 åren, varav en under de senaste 8 veckorna. De fick inte uppfylla diagnoskriterierna för schizofreni, bipolär störning, substansberoende eller mental utvecklingsstörning. Patienterna matchades med avseende på antalet parasuicidalt episoder, antal inläggningar inom psykiatrin, samt god respektive dålig prognos, och randomiserades sedan antingen till DBT (N = 22) eller standardbehandling (Treatment as Usual, TAU; N = 22).

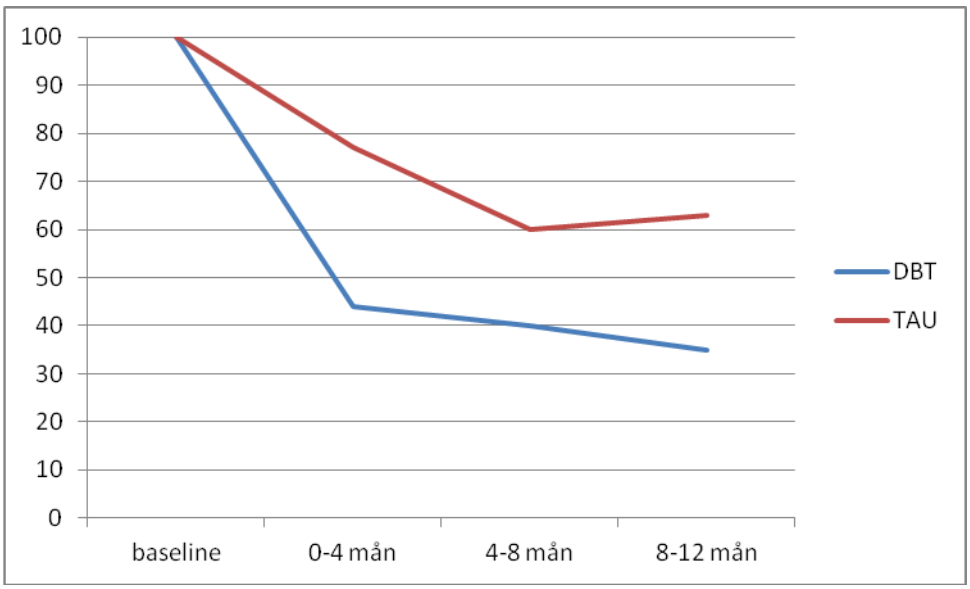
Kontrollgruppen. De patienter som randomiserades till standardbehandling fick möjlighet att välja mellan ett antal olika behandlingsmodeller; 13 patienter gick i individuell psykoterapi. DBT-gruppen hade dock signifikant fler terapitimmar än kontrollgruppen både ifråga om individualterapi och gruppterapi.

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes med en semistrukturerad intervju, the Parasuicide History Interview (PHI). Parasuicidalt beteende definieras av Linehan et al. (1991) som ”any intentional, acute self-injurious behavior with or without suicidal intent, including both suicide attempts and self-mutilative behaviors” (s. 1060). Ingen separat redovisning gjordes av dessa olika former av självskadebeteende, utan vad som redovisas är dels antal parasuicidala handlingar, och dels den procentuella andelen av patienter som utfört parasuicidala handlingar. Mätningar gjordes före behandling, samt efter 4, 8 och 12 månaders behandling.

Resultat. Linehan et al. (1991) sammanfattar de viktigaste resultaten på följande sätt: (1) Förekomsten av parasuicidala beteenden och den medicinska risken med dessa minskade signifikant mer i DBT-gruppen än i kontrollgruppen. (2) Avhoppen var betydligt färre i DBT gruppen (16.7%) än i kontrollgruppen (50%); i dessa siffror ingår dock att en av patienterna i DBT-gruppen suiciderade. (3) Antalet sjukhusinläggningar var betydligt färre för DBT-gruppen. (4) Dessa skillnader till förmån för DBT uppnåddes trots att DBT inte hade bättre effekter än kontrollgruppen med avseende på depression, hopplöshet, självmordstankar eller skäl för att leva.

Resultatet visade att antalet parasuicidala handlingar var signifikant lägre i DBT-gruppen än i kontrollgruppen under alla mätperioder efter behandlingsstarten. Även andelen

patienter med parasuicidala beteenden var signifikant lägre i DBT-gruppen än i kontrollgruppen under perioderna 0-4 månader och 8-12 månader in i behandlingen (se Figur 1).



Figur 1. Andelen patienter med parasuicidala beteenden i DBT och i kontrollgruppen.

Uppföljning. Linehan et al. (1993) genomförde uppföljning med 39 av de 44 kvinnor som ingick i den ursprungliga behandlingsstudien. Vid 6-månadersuppföljningen uppvisade DBT-gruppen färre parasuicidala episoder än kontrollgruppen (0,10 jämfört med 2.10 episoder per patient), men vid 1-årsuppföljningen fanns det inte längre någon signifikant skillnad mellan grupperna i detta avseende (0,72 jämfört med 1.06 episoder per patient). Författarna diskuterar detta i termer av att 1 års behandling förmodligen är för kort tid för att uppnå långsiktigt hållbar förändring med denna patientgrupp.

Några av bristerna med denna studie är att den inte kontrollerar för icke-specifika faktorer som t.ex. antalet terapitimmar, och att den inte använde sig av någon intent-to-treat-analys. Resultaten var dock mycket positiva, eftersom det för första gången visades att psykoterapi kan ha goda effekter med denna ansett svåra patientgrupp.

Den holländska studien (2003, 2005)

2003 publicerade de holländska forskarna Verheul et al. (2003) den första RCT-studien av DBT som gjorts utanför Nordamerika. Patienterna fick 12 månaders behandling. En uppföljningsstudie publicerades av Bosch et al. (2005).

Undersökningsdeltagare. Deltagarna var 58 kvinnliga patienter som uppfyllde kriterier för borderline-personlighetsstörning enligt DSM-IV; det var dock inte nödvändigt att de uppvisat parasuicidalt beteende under den senaste tiden. Exklusionskriterier var psykos och bipolär störning, och de fick inte lida av svår kognitiv funktionsnedsättning. De randomiserades till antingen DBT (N = 27) eller standardbehandling (TAU; N = 31).

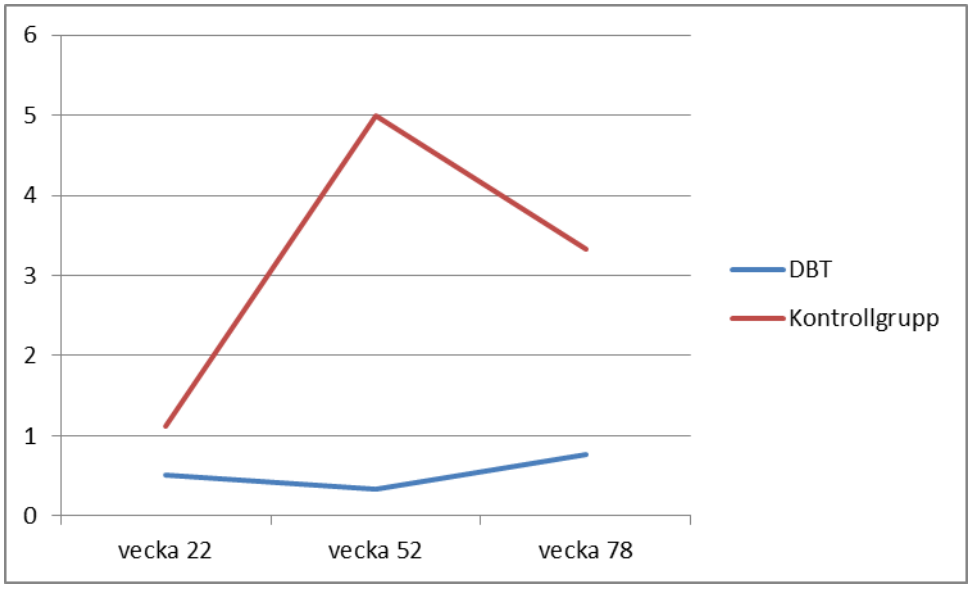
Kontrollgruppen. De patienter som randomiserades till TAU-behandlingen fick fortsatt behandling inom ramen för den psykiatriska verksamhet eller missbruksenhet som de blivit remitterade från. Detta innebar att de allmänt fick högst två sessioner per månad med en psykolog, psykiater eller socialarbetare.

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende (”self-mutilation”) mättes med en modifierad form av the Lifetime Parasuicide Count (LPC; Comtois & Linehan, 1999) vid baseline, 22 veckor efter randomisering, 52 veckor efter randomisering, och efter 78 veckor (dvs. 6 månader efter behandlingens avslutande). LPC ger information om frekvens och medicinsk behandling av självskadande beteenden som att skära sig, bränna sig, dunka huvudet och sticka sig. Vid baseline-mätningen frågades efter livstidsprevalens av självskadebeteenden, medan det vid de tre fortsatta mätningarna frågades efter antal självskadebeteenden under den senaste 3-månadersperioden. Av deltagarna hade 93% ägnat sig åt icke-suicidalt självskadebeteende (”self-mutilation”) innan behandlingen påbörjades.

Resultat. Verheul et al. (2003) sammanfattar de viktigaste resultaten på följande sätt: (1) Antalet avhopp var betydligt färre i DBT-gruppen (37%) än i kontrollgruppen (77%). (2) DBT resulterade i en signifikant större minskning av självskadebeteenden. (3) Denna skillnad i behandlingsutfallet kunde inte förklaras av skillnader i den farmakologiska behandlingen. (4) Minskningen av självskadebeteende var betydligt mer framträdande bland patienter med omfattande självskadebeteende.

Det genomsnittliga antalet tidigare självskadeepisoder vid baseline rapporterades till 48.9 (SD 117.1) i DBT-gruppen och 78.2 (SD 257.5) i kontrollgruppen. Resultaten visade signifikant färre episoder av självskadebeteende i DBT-gruppen än i kontrollgruppen under och efter behandling. Vid mätningen vecka 52 rapporterade 57% av patienterna i kontrollgruppen att de skadat sig själva under den gångna 6-månadersperioden, jämfört med 35% i DBT-gruppen, vilket var en statistiskt signifikant skillnad.

Uppföljning. Van den Bosch et al. (2005) genomförde uppföljning 6 månader efter terapins avslutande, och fann att effekterna i fråga om självskadebeteende stod sig. Figur 2 visar det uppskattade antalet episoder av självskadebeteende per patient (medianen) i DBT-gruppen och kontrollgruppen vid tre mättillfällen: 22 veckor in i behandlingen, vid behandlingens avslutande och vid 6-månadersuppföljningen. Som framgår av figuren beror skillnaderna mellan grupperna under behandlingstiden i första hand på att självskadebeteendet ökade i kontrollgruppen snarare än att det minskade i DBT-gruppen. (En svaghet med studien är dock att det inte gjordes någon motsvarande mätning vid baseline av förekomsten av självskadebeteende under den närmast föregående 3-månadersperioden – i stället frågades det om livstidsprevalens av självskadebeteende vid detta tillfälle, vilket gör att det inte går att säga om självskadebeteendet minskade under den första behandlingstiden jämfört med innan behandlingen påbörjades.)



Figur 2. Antal självskadeepisoder (medianen) under den senaste 3-månadersperioden, mätt 22 veckor in i behandlingen, vid behandlingens avslutande (vecka 52) och vid uppföljning (vecka 78).

Den australiensiska studien (2010)

Carter et al. (2010) studerade effekterna av en modifierad variant av DBT. Den främsta skillnaden mot Linehans ursprungsmodell var att patienterna inte hade tillgång till telefonkontakt med sina terapeuter. En ytterligare skillnad var att studien enbart sträckte sig över 6 månader (mot ett år i de flesta andra studier).

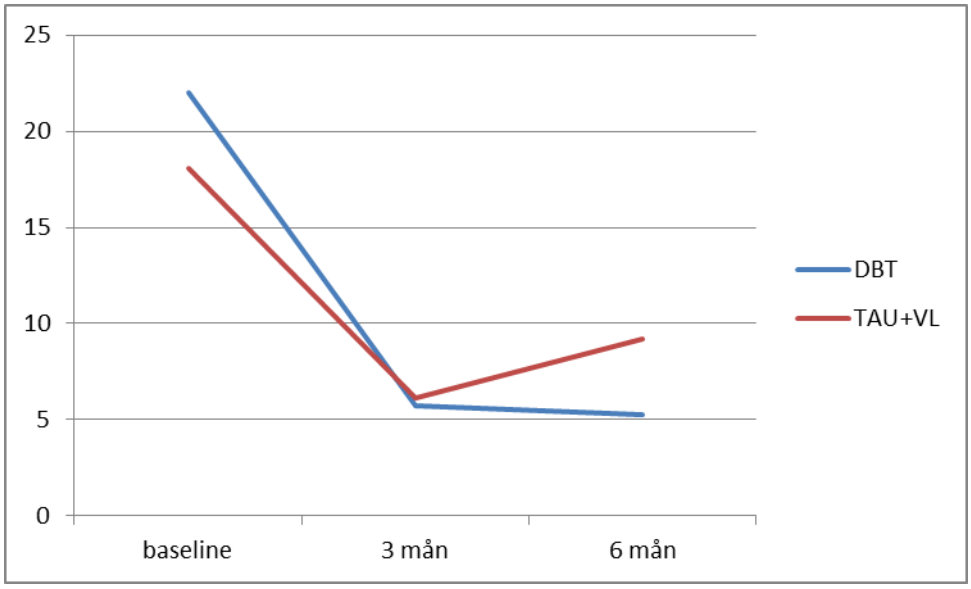
Undersökningsdeltagare. Deltagarna var 73 kvinnor med borderline-diagnos i åldern 18-65 år. Samtliga hade en bakgrund med multipla episoder av självskadebeteende, varav minst tre episoder under det senaste året. Exklusionskriterier var schizofreni, bipolär störning, antisocialt beteende, utvecklingsstörning och handikappande organiska skador.

Kontrollgruppen. Kontrollbetingelsen beskrivs som en kombination av standardbehandling och väntelista (TAU+VL). Dvs. patienterna i kontrollgruppen stod på väntelista för att få genomgå DBT, och under denna väntetid genomgick de sedvanlig behandling.

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes med the Lifetime Parasuicide Count (LPC; Comtois & Linehan, 1999) och the Parasuicide History Interview (PHI-2)

Resultat. Resultatet visade att båda grupperna förbättrades under 6-månadersperioden, men inga signifikanta skillnader mellan grupperna vare sig på självskadebeteende eller på andra primära utfallsmått – däremot uppvisade DBT-gruppen större förbättring i fråga om livskvalitet och antal dagar som de var sängliggande. Andelen patienter som skadade sig själva under den 6 månader långa behandlingstiden var 75% i DBT-gruppen och 67% i kontrollgruppen. Figur 3 visar det genomsnittliga antalet rapporterade självskadeepisoder

under tre 3-månadersperioder: vid behandlingsstarten (baseline), efter 3 månaders behandling, och vid behandlingens avslutande (6 månader).



Figur 3. Genomsnittligt antal självskadeepisoder under de senaste tre månaderna vid baseline, samt efter 3 månaders behandling och 6 månaders behandling.

Författarna diskuterar möjligheten att eftermätningen kanske gjordes för tidigt – efter 6 månader – men påpekar att effekterna i Linehans första studie kunde ses redan innan 6 månaders behandling, vilket skulle tala emot denna förklaring.

Sammanfattning: DBT jämfört med standardbehandling

Skillnaderna mellan DBT och standardbehandling i utfall på självskadebeteende är inte helt entydiga. Enbart i två av de tre studierna, Linehan-studien och den holländska studien, fanns det signifikanta effekter till förmån för DBT, och inte i någon av studierna var effekterna helt övertygande. I Linehan- studien visade DBT bättre effekt på parasuicidalt beteende vid eftermätningen och även vid 6-månadersuppföljningen, men vid 1-årsuppföljningen fanns det inte längre några signifikanta skillnader. Och i den holländska studien berodde skillnaderna mellan grupperna vid eftermätning och 6-månadersuppföljning mer på att självskadebeteendet ökade i kontrollgruppen än på att det minskade i DBT-gruppen.

En svaghet med dessa studier är att de använder en typ av kontrollgrupp (jämförelse med standardbehandling, s.k. ”Treatment as Usual”) som gör det svårt att dra slutsatser om i vilken mån de uppmätta effekterna verkligen beror på DBT. Dels är det oklart vad kontrollgruppen egentligen fått för behandling, och dels har patienterna i kontrollgrupperna fått betydligt mindre terapi än patienterna i DBT-betingelsen. Effektskillnader till förmån för DBT behöver alltså inte bero på DBT i sig utan kan också tänkas bero på att DBT-patienterna fått *mer* terapi, eller på att de fått en behandling som i högre utsträckning innehåller de allmänna basala terapifaktorer (”common factors”) som av vissa psykoterapiforskare (t.ex.

Frank, 1974; Wampold, 2001) ses som de viktigaste vid psykoterapi: (1) en tydlig rational varmed terapeuten förmedlar en stark tro på den aktuella behandlingsmodellen, (2) en tydlig behandlingsstruktur med en procedur som patienterna motiveras att gå igenom, samt (3) skapandet av en terapeutisk samarbetsallians i arbetet enligt denna behandlingsmodell.

1.2. RCT-studier som jämför DBT med andra terapiformer

För att kunna dra slutsatser om mer specifika effekter av DBT krävs en jämförelse med en kontrollgrupp som ges en trovärdig behandling av ungefär samma omfång och intensitet, och som är likvärdig med DBT med avseende på ”common factors”. Fyra jämförande studier med mer kraftfulla kontrollgrupper av detta slag har hittills publicerats: I den första (Turner, 2000) jämfördes en modifierad version av DBT med klientcentrerad stödterapi. I den andra (Linehan et al., 2002) jämfördes DBT med ”Comprehensive validation therapy” (som innehåller acceptansdelen av DBT, men inte dess mer beteendeterapeutiska delar) i kombination med Anonyma Narkomaners 12-stegsmodell; eftersom båda grupperna i denna studie fick acceptans/valideringsdelen av DBT kan resultaten kasta ljus över om den förändringsinriktade beteendeterapeutiska delen av DBT tillför något till behandlingseffekterna. I en tredje studie (Linehan et al., 2006) jämfördes DBT med terapi utförd av icke-beteendeterapeutiskt inriktade ”expert-terapeuter”– en sådan design avser att kontrollera för terapeutisk kompetens, och möjliggör slutsatser om själva DBT-metodiken tillför något till behandlingseffekterna utöver allmän terapeutisk skicklighet. Och i den fjärde studien (McMain et al., 2009) jämfördes DBT med en psykodynamisk modell som benämndes ”General psychiatric management”, eftersom behandlingen i huvudsak utfördes av psykiater, och utöver den psykodynamiska terapin även innehöll ”case management” och farmakologisk behandling. Gemensamt för jämförelsebetingelserna i alla fyra studierna är att de inte innehåller något som liknar den beteendeterapeutiska delen av DBT.

Klientcentrerad stödterapi (2000)

Turner (2000) publicerade en liten studie där 24 patienter med borderline-personlighetsstörning randomiserats till 1 års behandling antingen med en modifierad form av DBT eller med stödterapi på klientcentrerad grund. Modifikationerna av DBT bestod dels i att (1) psykodynamiska tekniker inkorporerades i behandlingen som led i en konceptualisering av patienternas relationsscheman, och dels i att (2) det inte ingick någon separat grupp för färdighetsträning utan att färdigheter i stället tränades i individualterapin. Det senare gjordes i syfte att konstanthålla antalet terapitimmar för båda behandlingsbetingelserna. Fyra terapeuter ingick i studien, och samma terapeuter bedrev båda typerna av terapier. Terapeuterna var inte primärt utbildade i DBT utan hade tidigare arbetat med klientcentrerad terapi, psykodynamisk terapi och familjeterapi.

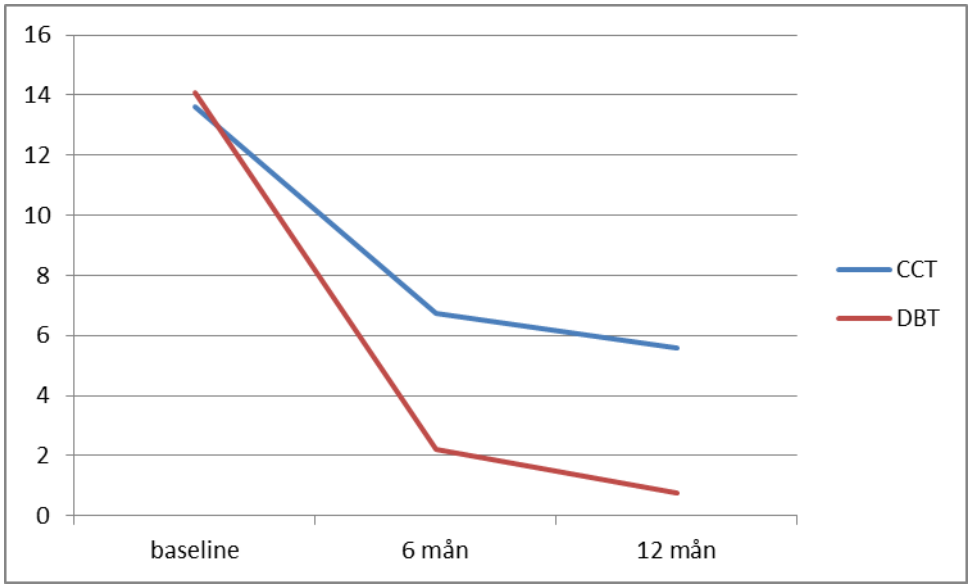
Exklusionskriterier var schizofreni, schizoaffektiv störning, bipolär störning, organisk hjärnskada och mental retardation. Undersökningsdeltagarna var 19 kvinnor och 5 män i

åldern 18 till 27 år, som alla hade en historia av självskadeepisoder. Fyra av de 12 patienterna i DBT-betingelsen och 6 av de 12 i den klientcentrerade terapin avbröt sin behandling; samtliga patienter deltog dock vid alla tre mättillfällena (vid baseline, samt efter 6 månader och efter 12 månader), och ingick i resultatanalysen.

Kontrollgruppen. Den behandling som kontrollgruppen gavs beskrivs som en form av stödterapi som byggde på Carkhuffs modell för klientcentrerad terapi, där terapeutens roll primärt var att erbjuda empatisk förståelse i kombination med en stödjande atmosfär för individuation. Ingen strukturerad agenda användes.

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes på veckobasis med hjälp av dagboksdata från patienterna.

Resultat. Båda grupperna förbättrades på de flesta mått, men DBT-gruppen uppvisade signifikant större effekter. Detta gällde även antalet självskadeepisoder (där ingen differentiering görs mellan suicidala och icke-suicidala handlingar). Figur 4 visar förändringen i antalet självskadeepisoder för de båda grupperna.



Figur 4. Antalet självskadeepisoder i DBT-gruppen och i den grupp som fick klientcentrerad stödterapi (CCT).

Turner (2000) noterar också att patienternas skattning av den terapeutiska alliansen uppvisade ett signifikant samband med behandlingsutfallet, samt att en av terapeuterna fick bättre resultat med den klientcentrerade stödterapin, medan de tre andra fick bättre resultat med DBT.

Comprehensive Validation Therapy i kombination med 12-stegsmodellen (2002)

Linehan et al. (2002) genomförde en liten studie för att undersöka om en 1-årig behandling med DBT var effektivt för opiatberoende kvinnor med borderline-diagnos.

Deltagarna var 23 patienter i åldern 18-45 år. En innovation med denna studie var att kontrollgruppen fick en manualiserad behandling som motsvarade acceptans-delen av DBT (Comprehensive Validation Therapy; CVT) i kombination med ett 12-stegsprogram. Patienterna randomiserades till DBT (N = 11) eller CVT+12S (N = 12).

Kontrollgruppen. CVT+12S beskrivs som en manualiserad behandling som innehåller de viktigaste acceptansbaserade strategier som används i DBT (som värme, empati, validering, äkthet och self-disclosure) i kombination med deltagande i Anonyma Narkomaners 12-stegsprogram . Den senare komponenten lades till för att se till att även kontrollgruppen fick en gruppterapi som i omfång motsvarade den färdighetsträning i grupp som ingår i DBT. Terapin i CVT beskrivs som icke-styrande (”non-directive”) och förbjöd användningen av KBT-inriktade förändringstekniker, men behöll möjligheter till krisintervention. Syftet med denna design var att konstanthålla ett antal viktiga faktorer: användningen av en manualiserad terapi, mängden terapi, en akademisk behandlingsmiljö, terapeuterfarenhet och engagemang, samt allmänna faktorer gemensamma för icke-beteendeinriktade standardbehandlingar för opiatmissbrukare.

En skillnad mellan denna kontrollbetingelse och den klientcenterade terapi som användes i Turners (2000) studie är att medan den förra beskrivs som ”ostrukturerad” så var CVT+12S en manualiserad behandling med en klar struktur.

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes, liksom i de föregående Linehan-studierna, med the Parasuicide History Interview (PHI). Mätningar gjordes före behandling, samt efter 4, 8 och 12 månaders behandling, och 4 månader efter behandlingens avslutande. Majoriteten av undersökningsgruppen (65%) rapporterade åtminstone en självskadeepisod innan behandlingen påbörjades.

Resultat. Linehan et al. (2002) sammanfattar de viktigaste resultaten på följande sätt: (1) Både grupperna uppvisade god effekt när det gäller minskad opiatanvändning, och effekterna vidmakthölls vid 4 månaders uppföljning. (2) Avhoppen var betydligt *fler* i DBT gruppen (36%) än i kontrollgruppen (0%). (3) Båda grupperna uppvisade likvärdiga förbättringar ifråga om global anpassning. (4) Patienterna i DBT-gruppen var mer sanningsenliga i sin rapportering av opiatanvändning (jämfört med urinprov).

Det fanns inga skillnader mellan grupperna med avseende på parasuicidalt beteende. Författarna skriver: ”The incidence of parasuicidal behavior during the treatment year was low (17.4% of subjects), and did not significantly differ by treatment condition” (p. 22). Ingen information ges om förekomsten av självskadebeteende innan behandlingens påbörjan, annat än att det inte fanns någon skillnad i detta avseende mellan grupperna, vilket gör det svårt att tolka dessa resultat.

”Expertterapeuter” med psykodynamisk eller eklektisk inriktning (2006, 2008, 2012)

I denna studie (Linehan et al., 2006) jämfördes ett års DBT-behandling med behandling av terapeuter som nominerats som ”experter” på behandling med svåra klienter. I studien

ingick också en uppföljning ett år efter behandlingens avslutande. Syftet var att kontrollera för en del icke-specifika behandlingsfaktorer, i synnerhet terapeutens kompetens.

Undersökningsdeltagare. Deltagarna var 101 kvinnor i åldern 18-45 år med borderline-diagnos samt förekomst av självmordsförsök eller självskadebeteende. Exklusionskriterier var bl.a. schizofreni, schizoaffektiv störning, bipolär störning, annan psykos eller mental utvecklingsstörning. 52 av deltagarna randomiserades till DBT, och 49 till kontrollbetingelsen.

Kontrollgruppen. Kontrollgruppen fick behandling av ”expertterapeuter” som nominerats av chefspersoner inom psykiatrin och mentalhälsovården i Seattle eftersom de bedömdes vara särskilt skickliga att bedriva terapi med svåra klienter. Inriktningen på terapin kontrollerades inte på annat sätt än att det inte ingick några beteendeterapeuter. De 25 terapeuter som bedrev behandling i kontrollgruppen beskrev sig själva antingen som ”eklektiska icke-beteendeinriktade” eller ”främst psykodynamiskt inriktade”. Behandlingens innehåll kontrollerades dock inte, utan det lämnades åt terapeuterna att utforma själva i enlighet med vad de bedömde vara lämpligt i varje enskilt fall, men med ett minimum av en terapisession per vecka. De fick handledning av utbildningsledare vid Seattle Psychoanalytical Society and Institute.

I många avseenden liknar detta Treatment as Usual (standardbehandling): forskarna hade t.ex. ingen kontroll av hur behandlingen genomfördes – en viktig skillnad är dock den kontroll av terapeuternas kompetens som gjordes i och med nomineringsförfarandet. Samtidigt skildes sig antalet terapisessioner signifikant mellan grupperna: DBT-patienterna fick signifikant fler timmar individualterapi, och kontrollgruppen fick inte heller någon gruppterapi medan DBT-patienterna fick sedvanlig färdighetsträning i grupp.

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes med en semistrukturerad intervju, the Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006).

Resultat. Linehan et al. (2006) sammanfattar de viktigaste resultaten på följande sätt: (1) DBT var effektivare än expertterapeuterna i fråga om reduktion av suicidförsök. (2) Avhoppen var betydligt färre i DBT gruppen (25%) än i jämförelsegruppen (59%). (3) Antalet sjukhusinläggningar var betydligt färre för DBT-gruppen. Däremot fanns det ingen signifikant skillnad i fråga om icke-suicidalt självskadebeteende. Resultaten visade en signifikant och likvärdig minskning av självskadebeteende i båda grupperna, dock med en icke-signifikant fördel för DBT-gruppen (effektstorlek 0.47). Det genomsnittliga antalet självskadeepisoder under behandlingens gång var 6.4 för DBT-gruppen och 16.8 för expertterapigruppen. Medianen var däremot densamma för båda grupperna ([3.0) dvs. skillnaden mellan grupperna bestod i att kontrollgruppen innehöll fler individer med mycket självskadebeteende.

Ett flertal artiklar med kompletterande analyser av resultaten i denna studie har publicerats. I en studie fann Harned et al. (2008) att DBT hade signifikant bättre effekt i fråga om alkohol- och drogmissbruk. Av mer direkt intresse i det aktuella sammanhanget är dock de amalyser med Benjamins (1974) Structural Analysis of Social Behavior som Bedics, Atkins,

Comtois och Linehan (2012) gjort av förändringar i självbilden hos patienterna, och som visade att patienterna i DBT förändrade sin självbild i mer positiv riktning än patienterna i kontrollgruppen, på så sätt att de blev mer självbekräftande och utvecklade mer omsorg om sig själva, samt minskade sin benägenhet att attackera sig själva.

Av klart intresse i detta sammanhang är också de samband som Bedics et al., 2012) rapporterar mellan terapirelationen och utfallet på självskadebeteende. I DBT-betingelsen fanns ett signifikant samband mellan patientens upplevelse av positiva känslor (värme och omsorg) från terapeutens sida och lägre självskadebeteende; analyserna visade också att upplevelsen av positiva känslor från terapeutens sida föregick utvecklingen av mer positiva känslor hos patienten gentemot sig själv (Bedics et al., 2012a). Intressant är att detta inte var fallet i kontrollgruppen, vilket tyder på att dessa effekter har specifikt att göra med det terapeutiska förhållningssättet i DBT.

”General psychiatric management” utifrån Gundersons psykodynamiska modell (2009, 2012)

Detta är den största behandlingsstudien som hittills genomförts av patienter med borderline-diagnos. Studien genomfördes i Toronto, Kanada under åren 2003-2006. Patienterna randomiserades till att genomgå 1 års behandling antingen med DBT eller ”General Psychiatric Management” (GPM). Själva RCT-studien publicerades av McMain et al. (2009), och resultaten av en 2-årsuppföljning publicerades av McMain et al. (2012).

Undersökningsdeltagare. Deltagarna var180 patienter (165 kvinnor och 15 män) mellan 18 och 60 år i Toronto, Kanada, som diagnosticerats med Borderline-personlighetsstörning, och som varit med om minst 2 självmordsförsök eller icke-suicidala självskadeepisoder under de senaste 5 åren, av vilka minst en ägt rum under de senaste 3 månaderna. I exklusionskriterierna ingick aktuellt substansberoende, psykos, bipolär 1-störning, delirium, demens, mental retardation, samt allvarliga fysiska sjukdomstillstånd.

Kontrollgruppen. Patienterna i jämförelsegruppen genomgick en manualiserad behandling som utvecklats specifikt för denna studie och som kallades “General Psychiatric Management” (GPM). Den beskrivs som en kombination av psykodynamisk terapi, case management och farmakologisk behandling, och inkluderade 1 timme individuell psykoterapi varje vecka, 90 minuter handledning för terapeuterna – vilket till mängden var mindre än för DBT (som inkluderade 1 timme individuell terapi varje vecka, 2 timmar färdighetsträning i grupp varje vecka, 2 timmar telefon-coaching per vecka, samt 2 timmar i konsultationsteam för terapeuterna). Den psykodynamiska modellen, som hämtats från Gunderson (2001), betonar relationella aspekter av patientens problematik samt störda anknytningsmönster och förbättrad emotionsreglering i relationer. Case management-strategier integrerades i de individuella terapisessionerna.

Likheter och skillnader. McMain et al. (2009) beskriver likheter och skillnader mellan DBT och den psykodynamiska terapin: Till likheterna hör att båda terapibetingelserna har

fokus på här-och nu, och på emotion, samt betonar vikten av empati och validering. En tydlig skillnad är dock att medan DBT innehåller ett fokus på självskadebeteende och suicidalt beteende (bl.a. i form av kedjeanalyser av självskadeepisoder), beskrivs den psykodynamiska terapin som att ”focus is expanded away from self-harm and suicidal behaviors” (s. 1367). En ytterligare skillnad är att DBT innehåller en mängd beteendeterapeutiska strategier (färdighetsträning, exponering, contingency management, etc.) samt även dialektiska strategier och ”irreverent kommunikation”, som saknas i den psykodynamiska terapin; i den senare används i gengäld ”active attention to signs of negative transference” (s. 1367). En viss skillnad beskrivs också med avseende på användningen av medicinering: medan patienterna i DBT uppmuntrades att förlita sig på ”skills over pills” och minskad medicinering var ett mål i behandlingen, uppmanades patienter i den psykodynamiska terapin att använda medicinering parallellt med den psykologiska behandlingen

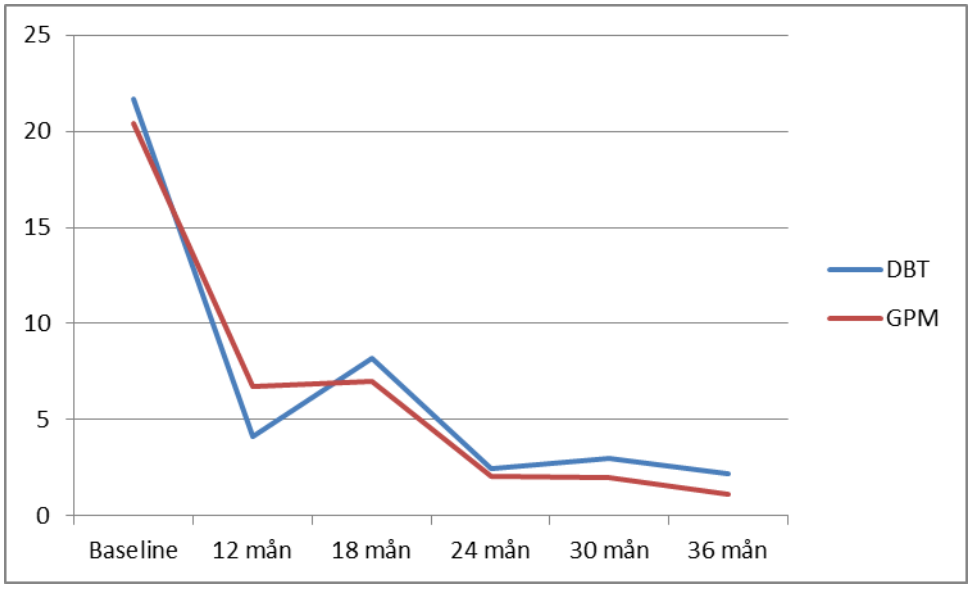
Tjugofem terapeuter ingick i studien, alla med ett minimum av 2 år klinisk erfarenhet varav 1 år av arbete med borderline-patienter, samt relativt jämfördelade mellan behandlingsbetingelserna ifråga om utbildning: 11 terapeuter var psykiatrer (3 i DBT och 8 i GPM), 5 var disputerade psykologer (4 i DBT och 1 i GPM), 6 var psykologer på master-nivå (5 i DBT och 1 i GPM), medan 3 var sjuksköterskor (1 i DBT och 2 i GPM).

Behandlingen avslutades efter ett år, men tre patienter i den psykodynamiska betingelsen fick behandling i ytterligare 3, 14, respektive 24 månader, för att inte riskera negativa effekter av att avsluta terapin. För att gardera sig mot möjligheten av att detta kunnat påverka resultaten, genomfördes resultatanalyser både med och utan dessa tre patienter.

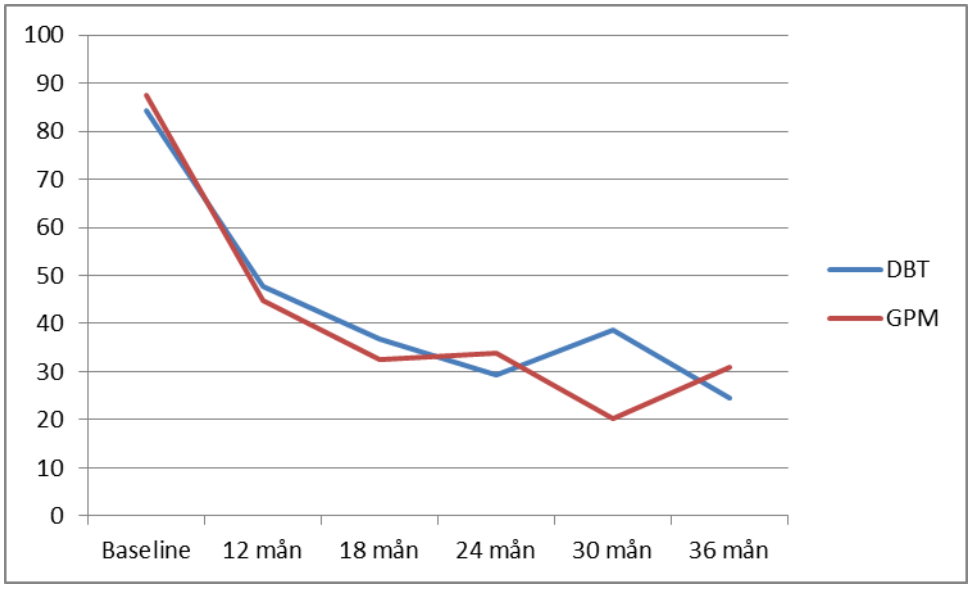
Mätning av självskadebeteende. De primära utfallsmåtten var frekvens och svårighetsgrad av suicidala och icke-suicidala självskadebeteenden, såsom det framgick av the Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan et al., 2006).

Resultat. Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna vare sig på de primära utfallsmåtten (suicidala och icke-suicidala självskadebeteenden) eller de sekundära utfallsmåtten (psykiatriska symptom, ilska, depression, interpersonellt fungerande, etc.), vare sig vid eftermätningen eller vid 2-årsuppföljningen. Grupperna skilde sig inte heller åt i andelen patienter som avbröt behandlingen: 39% i DBT och 38% i den psykodynamiska gruppen. Inga skillnader sågs heller vid 2-årsuppföljningen. Patienterna fortsatte att förbättras under uppföljningstiden på ett flertal mått (t.ex. interpersonellt fungerande, ilska, depression och livskvalitet), men fortfarande vid 2-årsuppföljningen uppvisade de nedsatt arbetsfunktion och fortsatt beroende av psykiatrisk behandling.

Figur 5 visar det genomsnittliga antalet rapporterade icke-suicidala självskadebeteenden i de båda behandlingsbetingelserna från baseline till 2-årsuppföljningen (36 månader efter behandlingsstart). Figur 6 visar den procentuella andelen patienter med icke-suicidala självskadebeteenden i de båda behandlingsgrupperna under samma tidsrymd. Som framgår av figurerna sker en brant minskning av NSSI under behandlingstiden, som sedan i princip håller i sig under hela uppföljningsperioden.



Figur 5. Genomsnittligt antal rapporterade icke-suicidala självskadebeteenden i DBT och i General Psychiatric Management (GPM).



Figur 6. Procentuell andel patienter med icke-suicidala självskadebeteenden i DBT och i General Psychiatric Management (GPM).

Författarna framhåller att denna studie är en av de första som jämför två manualiserade terapiformer som båda utvecklats specifikt för borderline-patienter och där behandlingen genomförts av terapeuter specialutbildade i dessa terapiformer. De drar slutsatsen att resultaten är konsistenta med existerande evidens att terapiformer som utvecklats specifikt för en viss typ av psykisk störning tenderar att ge likvärdiga resultat. De framkastar också hypotesen att de likartade effekterna kan bero på att båda terapiformerna innehåller vissa grundläggande processer av betydelse för borderline-behandling, som fokus på emotion och emotionsreglering, samt på att motverka eskaleringen av suicidala kriser.

Sammanfattning: DBT jämfört med andra terapiformer

Det är svårt att dra generella slutsatser på basis av endast fyra studier där DBT jämförts med andra terapiformer. I enbart en av dessa fyra studier (Turner, 2000) gav DBT signifikant bättre effekt än kontrollgruppen, och i detta fall rörde det sig inte om någon renodlad DBT-behandling, utan om en modifierad variant med psykodynamiska inslag och utan färdighetsträning i grupp. Intressant i detta sammanhang är dock att jämförelsebetingelsen (klientcentrerad stödterapi) var i avsaknad av strukturerad agenda.

Vad som möjligtvis kan sägas är att resultaten pekar i en viss riktning, och gör det möjligt att generera ett antal *hypoteser*: (1) Effekterna av DBT går inte att reducera till de effekter som kan uppnås med ostrukturerad stödterapi utförd av professionella terapeuter (eftersom en modifierad form av DBT gav bättre resultat än klientcentrerad stödterapi). (2) Effekterna av DBT går heller inte att reducera enbart till förekomsten av terapeutisk skicklighet, oberoende av terapiform (eftersom jämförelsen med de psykodynamiskt och eklektiskt inriktade expertterapeuterna [på de flesta mått, dock inte med avseende på icke-suicidalt självskadebeteende] utföll till DBT:s fördel). (3) Acceptans- och valideringsdelen av DBT är viktigare än den beteendeterapeutiska delen av DBT för dess förmåga att hålla patienterna kvar i behandling, (eftersom Comprehensive Validation Therapy ledde till signifikant färre avhopp än DBT i jämförelsen dem emellan). (3) DBT tillhör en grupp av långtidsterapier som ger likvärdiga resultat i arbetet med patienter med borderline-personlighetsstörning, antingen därför att de innehåller vissa allmänna basala terapifaktorer i lika hög utsträckning (som t.ex. en klar behandlingsstruktur och ett emotionellt validerande förhållningssätt), eller också därför att de innehåller likartade metodfaktorer till exempel med fokus på emotionsreglering eller krisintervention (eftersom DBT och General Psychiatric Management gav likvärdiga resultat). Dessa hypoteser behöver testas i fortsatt forskning.

1.3. Metaanalys: DBT vid borderline-personlighetsstörning

Av de sju kontrollerade studier som beskrivits ovan hade DBT signifikant bättre effekter än kontrollgruppen enbart i tre. I två ytterligare studier fanns dock en tendens till att DBT gav bättre effekt än kontrollgruppen. Ett sätt att få en övergripande bild av DBT:s effektivitet på självskadeteende hos borderline-patienter är att göra en metaanalys av de gjorda studierna, för att se hur starka de genomsnittliga effekterna är och i fall de är statistiskt signifikanta.

Kliem, Kröger och Kosfelder (2010) gjorde en sådan metaanalys av effekterna av DBT på suicidalt eller icke-suicidalt självskadebeteende hos patienter med borderline-personlighetsstörning. Deras litteratursökning täcker studier publicerade till och med oktober 2009. De fann 75 empiriska studier av DBT; av dessa uppfyllde 16 studier inklusionskriterierna, varav 8 hade en RCT-design, medan de övriga åtta hade en kvasiexperimentell design. De åtta RCT-studierna i denna metaanalys överlappar till stor del med de sju RCT-studier som redovisats ovan. Kliem et al. (2010) exkluderade dock Turners (2000) jämförelse mellan DBT och klientcentrerad stödterapi, eftersom DBT-behandlingen i detta fall innehöll psykodynamiska inslag samt saknade färdighetsträning i grupp, och därmed

inte ansågs uppfylla kraven på vad som är att betrakta som ren DBT. Den australiensiska studien av Carter et al. (2010) fanns inte att tillgå när de gjorde sin metaanalys, och inkluderades därför inte. I gengäld inkluderade de tre studier som exkluderats i den här sammanställningen, antingen därför att färre än 50% av patienterna uppvisade självskadebeteende innan behandlingen startades (Koons et al., 2000; Linehan et al., 1999) eller på grund av att man enbart mätte suicidalitet och inte icke-suicidala former av självskadebeteende (Clarkin et al., 2007).

Kliem et al. beräknade effektstorlekar (Hedges *g*) både på globala utfallsmått och specifikt beträffande suicidförsök/självskadebeteenden, samt även på andelen avhopp från terapin. När de enbart räknade in RCT-studierna var effekterna (i jämförelse med kontrollgruppen) på suicidförsök/självskadebeteende 0.23 (vilket inte var en statistiskt signifikant effekt); om de räknade in även de kvasiexperimentella studierna fann de en svag, men statistiskt signifikant effekt för DBT (0.37). När de exkluderade jämförelserna med andra borderline-specifika behandlingar (de psykodynamiska modeller som studerades av Clarkin et al. [2007] och McMain et al. [2009]) så blev effekten medelstark (0.60 respektive 0.56). Mönstret på de globala effektmåtten var ungefär likadant. Däremot fann de ingen effekt (0.03) i fråga om andelen avhopp från behandlingen. Vid en analys av långtidseffekterna på globala utfallsmått fann de en svag negativ effekt efter behandlingens avslutande – dvs. det skedde en viss försämring hos DBT-patienterna mellan eftermätning och uppföljning. De drar slutsatsen att DBT är effektivare än standardbehandling, men att det ännu inte finns någon evidens för att DBT är effektivare än andra borderline-specifika behandlingar – dvs. terapiformer som utvecklats specifikt för gruppen borderline-patienter.

1.4. Kvasiexperimentella studier av DBT för självskadande ungdomar

Kvasiexperimentella studier skiljer sig från experimentella studier genom avsaknad av randomisering. Dvs behandlingsgruppen jämförs med en kontrollgrupp, men fördelningen av patienter på dessa grupper görs inte genom randomisering. Det finns ett flertal kvasiexperimentella studier av DBT med borderline-patienter som studerar utfall på självskadebeteende (t.ex. Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Friedrich, Gunia, & Huppertz, 2003; Pasieczny & Connor, 2011; Prendergast & McCausland, 2007).). Kvasiexperimentella studier av DBT vid borderline-personlighetsstörning är av mindre intresse här, eftersom det (som framgått ovan) finns så pass många studier med starkare experimentell design (dvs. RCT-studier) att tillgå. Däremot finns det i dagsläget inga publicerade RCT-studier av DBT för ungdomar med självskadebeteende – här kan det därför vara av intresse att redovisa studier med kvasiexperimentell design.

Rathus och Miller (2002) utvecklade en kortare modifierad variant av DBT för ungdomar, som kombinerar 12 veckors individualterapi med färdighetsträning i grupp – en skillnad mot traditionell DBT är att även familjemedlemmar deltar i färdighetsträningen (som kallas ”multifamily skills training”). De genomförde en kvasiexperimentell studie med depressiva suicidala ungdomar i 15-16-årsåldern, där de jämförde denna behandlingsmodell

med en kontrollgrupp som fick en kombination av 12 veckors psykodynamisk stödterapi och familjeterapi. Resultaten visade att DBT-gruppen hade signifikant färre avhopp från terapin, men det fanns inga skillnader mellan grupperna ifråga om antal suicidförsök. Ingen mätning gjordes av icke-suicidala självskadebeteenden.

Katz, Cox, Gunasekara och Miller (2004) genomförde en andra kvasiexperimentell studie av denna modifierade variant av DBT med ungdomar i åldern 14-17 år, och här mätte man även förekomsten av icke-suicidala självskadebeteenden. Två olika behandlingsenheter jämfördes; en som använde DBT-programmet, och en annan som använde standardbehandling i form av en traditionell psykodynamiskt orienterad krisbehandling. Båda behandlingsgrupperna visade signifikanta förbättringar på depression, hopplöshet och självmordstankar, men skilde sig inte åt signifikant (även om effektstorlekarna var större för DBT-gruppen). Självskadebeteende mättes med Linehans Lifetime Parasuicide Count (LPC) före behandling och vid uppföljning ett år efter behandlingens avslutande; båda grupperna hade minskat sitt självskadebeteende, men skilde sig inte åt (inomgrupps-effektstorleken för DBT var $d = 0.63$, medan den var $d = 0.73$ för kontrollgruppen).

Utöver dessa kvasiexperimentella studier finns det också ett antal studier utan kontrollgrupp där man noterat en reduktion av självskadebeteende efter en DBT-behandling med självskadande ungdomar (t.ex. Fleischhaker, Böhme, Sixt, Brück, Schneider, & Schulz, 2011; James, Taylor, Winmill, & Alfoadari, 2008). Avsaknaden av kontrollgrupp gör dock att det inte går att dra några slutsatser av dessa studier med avseende på effekter av DBT.

Groves, Backer, vand den Bosch och Miller (2012) gjorde en översikt över studier av DBT med ungdomar och fann sammanlagt 12 studier av varierande kvalitet publicerade under åren 1997-2008. Inga av dessa hade dock en RCT-design, och de fann inga andra studier med kvasiexperimentell design än de som rapporterats ovan. De skriver dock att det pågår åtminstone två RCT-studier av DBT för ungdomar: en norsk studie under ledning av Lars Mehlum i Oslo, och en i Nya Zealand under ledning av Emily Cooney.

Sammanfattningsvis kan noteras att det i dagsläget inte finns någon evidens för att en modifierad version av DBT har effekt på självskadebeteende hos ungdomar.

1.5. Sammanfattning: DBT och självskadebeteende

DBT är den första terapiform som visat övertygande goda resultat vid behandlingen av patienter med borderline-personlighetsstörning, och den betraktas ofta som ett genombrott i behandlingen av denna patientgrupp. Det är dock fortfarande oklart i vilken mån dessa resultat beror på faktorer som är *specifika för just DBT-modellen* (som t.ex. en detaljerad kedjeanalys av självskadeepisoder, eller färdighetsträning i grupp), eller om de beror på mer generella faktorer som DBT delar med andra former av psykoterapi.

Som framgått ovan utfaller jämförelserna mellan DBT och olika kontrollbetingelser vad gäller självskadebeteende generellt till DBT:s fördel, även om detta bara slog igenom i tre av sju studier i form av signifikant bättre effekter. Ser man närmare på dessa tre studier så är

resultaten inte helt imponerande. I Linehans första studie var effekten inte längre signifikant vid 1-årsuppföljningen; i den holländska studien (Verheul et al., 2003) berodde effekten mer på att kontrollgruppen försämrades under behandlingens gång än på att DBT-gruppen förbättrades, och i Turners (2000) studie var det en modifierad variant av DBT som visade sig ge bättre effekt än klientcentrerad terapi. Det bör dock noteras att i två ytterligare studier uppvisade DBT en icke-signifikant tendens till bättre resultat än kontrollgruppen: den australienska studien (Carter et al., 2010) och jämförelsen med expertterapeuter (Linehan et al., 2006). Till sist bör det noteras att DBT inte i någon av jämförelserna fått sämre effekt på självskadebeteende än någon annan behandling. Sammantaget tyder alltså resultaten på att DBT har relativt god effekt på självskadebeteende, även om det, vilket framgår även av Kliem et al.:s (2010) metaanalys, inte rör sig om några imponerande effektstorlekar.

Att notera är dock att signifikanta effekter enbart uppnåtts i samband med DBT-behandlingar som varat i 12 månader; ingen av de studier där DBT-behandlingen enbart varade i sex månader eller mindre (Carter et al., 2010; Katz et al., 2004) visade signifikant bättre effekter på självskadebeteende för DBT än för kontrollgruppen.

Sammantaget visar detta att DBT innehåller verksamma komponenter, men inte nödvändigtvis att det är de specifika DBT-komponenterna som ger effekt – resultaten är också förenliga med möjligheten att DBT tillhör en grupp av terapiformer som innehåller vissa *gemensamma* terapikomponenter och att det är dessa som är verksamma. Möjliga sådana faktorer är t.ex. en tydlig struktur (DBT gav bättre effekt än klientcentrerad terapi utan strukturerad agenda), betoning av empati och validering, ett fokus på emotion och emotionsreglering, samt tydliga riktlinjer för hantering av suicidala kriser, och systematisk handledning/konsultationsteam för terapeuterna.

För att visa att mer specifika DBT-komponenter är verksamma krävs jämförelser med andra terapiformer som kontrollerar för olika typer av gemensamma faktorer. Det finns i dagsläget fyra olika studier som försökt göra detta, på litet olika sätt: en jämförelse med klientcentrerad stödterapi (Turner, 2000), en med Comprehensive Validation Therapy + ett 12-stegsprogram (Linehan et al., 1999), en med överföringsfokuserad psykodynamisk terapi (Clarkin et al., 2007; men där användes inget mått på självskadebeteende), samt en med Gundersons psykodynamiska behandlingsmodell (McMain et al., 2009). Enbart i en av dessa studier gav DBT signifikant bättre effekter på självskadebeteende än de andra terapiformerna: jämförelsen med klientcentrerad stödterapi – och där rörde det sig om en modifierad version av DBT med psykodynamiska inslag och utan färdighetsträning i grupp, som jämfördes med en ostrukturerad form av stödterapi. Sammantaget betyder detta att det hittills inte finns någon egentlig evidens för att specifika DBT-komponenter (som t.ex. kedjeanalys av självskadeepisoder och färdighetsträning i grupp) är verksamma i behandlingen av självskadebeteende.

Till sist bör det noteras att dessa studier uppvisar ett antal brister. Som påpekats i en tidigare forskningsöversikt (SBU, 2005) varierar studiernas metodologiska kvalitet och bevisvärde. Alla använde inte t.ex. inte en intent-to-treat-analys (Linehan et al., 1991). En ytterligare begränsning, av särskild betydelse i detta sammanhang är att inte alla DBT-studier

klart skiljer ut icke-suicidalt självskadebeteende från suicidala handlingar; resultatbilden förändras dock inte om man räknar bort de studier som inte specifikt skiljer ut icke-suicidala självskadebeteenden.

2. MENTALISERINGSBASERAD TERAPI (MBT)

Den mentaliseringsbaserade terapin (MBT) bygger på tankegångar hos Fonagy, Bateman och medarbetare (Bateman & Fonagy, 2004, 2008a, b, 2009; Fonagy & Bateman, 2012; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Terapin har sin grund i en psykodynamisk tradition, men skiljer sig från traditionell psykodynamisk terapi, och Bateman och Fonagy (2009) anger att MBT har sina rötter i anknytningsteori och kognitiv teori. Till skillnad från traditionell psykodynamisk terapi, vars syfte ofta beskrivs som att ge insikt kring samband mellan barndomsupplevelser, inre konflikter och nuvarande förhållningssätt, syftar MBT till att förbättra patientens mentaliseringsförmåga här och nu – att öva upp och stabilisera förmågan att föreställa sig sitt eget och andras inre.

Teori och metod. "Mentalisering" definieras (Fonagy et al., 2007, p. 288) som att "uppfatta och tolka mänskligt beteende i termer av inre mentala tillstånd (t.ex. behov, önskningar, känslor, föreställningar, mål och anledningar)". Mentalisering inkluderar (1) att förstå andras beteende i termer av inre mentala skeenden, (2) att förstå sina egna mentala skeenden, och (3) att kunna differentiera mellan sina egna och andras mentala tillstånd, och att skilja mellan mentala tillstånd och yttre verklighet. Medan autistiska personer anses ha en allmänt nedsatt förmåga till mentalisering, antas borderline-patienter ha en väl utvecklad mentaliseringsförmåga men lida av svårigheter att mentalisera *i emotionellt laddade nära relationer* till andra (anknytningsrelationer). Detta tar sig t.ex. uttryck i att borderline-patienten kan hamna i "psykisk ekvivalens", dvs. tappa förmågan att se sina egna inre tankar och känslor som just tankar och känslor och i stället blanda samman dem med den yttre verkligheten. Självskadebeteende ses som ett uttryck för sådana temporära sammanbrott i mentaliseringsförmågan. Terapins syfte är (Bateman & Fonagy, 2009) att "stärka patienters förmåga att förstå sina egna och andras mentala tillstånd i anknytningskontexter, för att adressera deras svårigheter med affekter, impulsreglering och interpersonellt fungerande, som tenderar att utlösa självmordsförsök och självskadebeteende" (s. 1355).

Terapins struktur beskrivs av Bateman och Fonagy (2008b) som bestående av tre faser: (1) Det övergripande syftet med den första fasen är att göra en bedömning av patentens mentaliseringsförmåga och personliga fungerande, och att engagera patienten i terapin. Denna fas innefattar diagnos, psykoedukation, formulering av en hierarki av behandlingsmål, översyn av medicineringen och krisplanering. (2) Syftet med allt terapeutiskt arbete under mittfasen av behandlingen är att stimulera utvecklingen av patientens mentaliseringsförmåga. (3) I den sista behandlingsfasen förbereds avslutandet av den intensiva delen av behandlingen. Fokus i denna fas ligger även på hur patientens framsteg ska vidmakthållas, och på att tillsammans med patienten utveckla ett lämpligt uppföljningsprogram anpassat efter hans eller hennes särskilda behov.

Centralt för terapeutens förhållningssätt är vad Bateman och Fonagy (2008b) kallar en "icke-vetande attityd" ("not-knowing stance") – dvs. terapeuten förmedlar att han/hon inte kan veta vad som rör sig inom patienten, men att han/hon är nyfiken och intresserad av att lära

sig om patientens inre upplevelser. I detta syfte använder sig terapeuten av ett aktivt frågande. Terapeuten presenterar också sina egna uppfattningar, men inte med någon inställning av att de skulle vara ”riktigare” än patientens:

> ”When the therapist takes a different perspective from the patient, this should be verbalized and explored in relation to the patient’s alternative perspective, with no assumption being made about whose viewpoint has greater validity. The task is to determine the mental processes that have led to alternative viewpoints and to consider each perspective in relation to the other, understanding that diverse outlooks may be acceptable” (Bateman & Fonagy, 2008b, s. 194).

En viktig princip i MBT är att ”inte överstimulera anknytningssystemet”, eftersom ”borderline-patientens förmåga till mentalisering avtar i takt med stimulering av anknytningssystemet” (Bateman & Fonagy, 2008b, s. 195). Terapeuten behöver hitta en balans mellan understimulering och överstimulering av emotionella processer:

> ”Balancing stimulation of the attachment system with capacity to mentalize places the therapist in the delicate position of having to mobilize affect while controlling its flow and intensity. Without emotion there can be no meaningful subjective experience; with excess emotion there can be no understanding of subjective experience” (Bateman & Fonagy, 2008b, s. 194).

Bateman och Fonagy framhåller att en överstimulering av anknytningssystemet och känslor kopplade till detta riskerar att få skadliga effekter.

> ”The therapist must tread a precarious path between stimulating a patient’s attachment and involvement with treatment whilst helping him to maintain mentalization. Treatment will be effective to the extent that it is able to enhance the patient’s mentalizing capacitites without generating iatrogenic effects as it stimulates the attachment system.” (Fonagy & Bateman, 2007, s. 92).

I början av terapin behöver terapeuten därför begränsa sig till interventioner som empatiskt lyssnande och stöd, problemlösning och psykoedukation. Litet längre fram i terapin kan terapeuten utvidga interventionerna till mer krävande sådana. I MBT med borderline-patienter avråder man dock från att göra strikta överföringstolkningar – i motsats till s.k. överföringsfokuserad psykodynamisk terapi. Man hävdar att överföringstolkningar som knyter patientens upplevelser i terapirelationen till tidigare relationer i syfte att ge patienten insikt riskerar att få iatrogena effekter. Däremot kan man i senare faser av terapin arbeta med vad man kallar ”mentalisering av överföringen”. Bateman och Fonagy (2010) beskriver detta som en process i flera steg, där terapeuten först och främst validerar patientens upplevelse av vad som sker i terapirelationen. Därefter utforskar man tillsammans vilka skeenden som lett fram till dessa upplevelser av terapirelationen. Terapeuten tar i detta sammanhang på sig ansvaret för sin del i dessa skeenden, i stället för att se patientens upplevelser som förvrängningar. Terapeut och patient samarbetar sedan för att komma fram till en tolkning av det som hände; metaforiskt talar man i utbildningen om detta som att terapeuten behöver föreställa sig att ”sitta sida vid sida med patienten, och inte mitt emot henne”.

En intressant aspekt av MBT är att behandlingen beskrivs som mindre utbildningskrävande än många andra terapiformer – terapeuterna är i första hand sjuksköterskor utan formell psykoterapiutbildning.

> ”It requires relatively little additional training on top of general mental health training and has been implemented in research settings by community mental health professionals, primarily nurses, with limited training given modest levels of supervision” (Bateman & Fonagy, 2010, s. 11).

Detta gör också att man tillåter mer av metodologisk flexibilitet än många andra terapiformer:

> “The aim and the actual outcome of an intervention are more important in MBT than the type of intervention itself. The primary aim of any intervention has to be to reinstate mentalizing when it is lost or to help to maintain it in circumstances when it might be lost or is being lost. Any intervention that succeeds in these aims may be used in MBT. As a result of this, MBT takes a more permissive approach to interventions than most other therapies, giving it a plurality in terms of technique which might account for its popularity and appeal to practitioners from different schools as well as the limited amount of training required before practitioners begin using it in their everyday practice. We do not ask that practitioners learn a new model of therapy from the beginning, but that they modify their current practice focusing on mentalizing rather than behaviours, cognitions, or insight. We do, however, ask that they undertake to develop a particular therapeutic stance and implement a series of steps to try to engage the patient in a process of mentalizing, firstly using some generic psychotherapy techniques such as empathy, support and clarification, and then moving on to other interventions specifically designed to ‘stress’ the attachment relationship within controlled conditions, which includes a focus on the patient-therapist relationship through ‘mentalizing the transference’.” (Bateman & Fonagy, 2010, s. 13)

Empirisk forskning. Två RCT-studier av mentaliseringsbaserad terapi finns publicerade, där självskadebeteende ingår bland utfallsmåtten. Den första studien är en jämförelse med standardbehandling (Treatment as Usual, TAU) där uppföljning gjorts upp till 5 år efter terapins avslutande (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008a). Den andra studien innehåller en jämförelse med Structural Clinical Management (Bateman & Fonagy, 2009).

Förutom att kontrollgrupperna är av olika slag är det viktigt att notera också att de två studierna undersökt effekterna av två olika slags tillämpningar av MBT-modellen. I den första studien studerades effekterna av ett intensivt och omfattande dagavdelningsprogram (”day hospital programme”), och utfallet jämfördes med en kontrollgrupp som fick standardbehandling utan psykoterapeutiska inslag. I den andra studien rörde det sig om en mindre omfattande, men ändå intensiv form av öppenvårdsprogram (”intensive outpatient programme”), som jämfördes med ett strukturerat behandlingsprogram i syfte att kontrollera för vissa gemensamma terapeutiska faktorer.

2.1. Ett dagavdelningsprogram, jämfört med standardbehandling (1999, 2001, 2008)

I den första artikel som beskriver denna studie talar inte Bateman och Fonagy (1999) om behandlingen som ”Mentalization-based treatment” (MBT), utan använder beteckningen ”Partial hospitalization”. I beskrivningen av behandlingen framgår dock att det rör sig om en behandling av det slag som senare kommit att kallas MBT, och i 5-årsuppföljningen av denna studie (Bateman & Fonagy, 2008a) används termen mentaliseringsbaserad terapi (MBT).

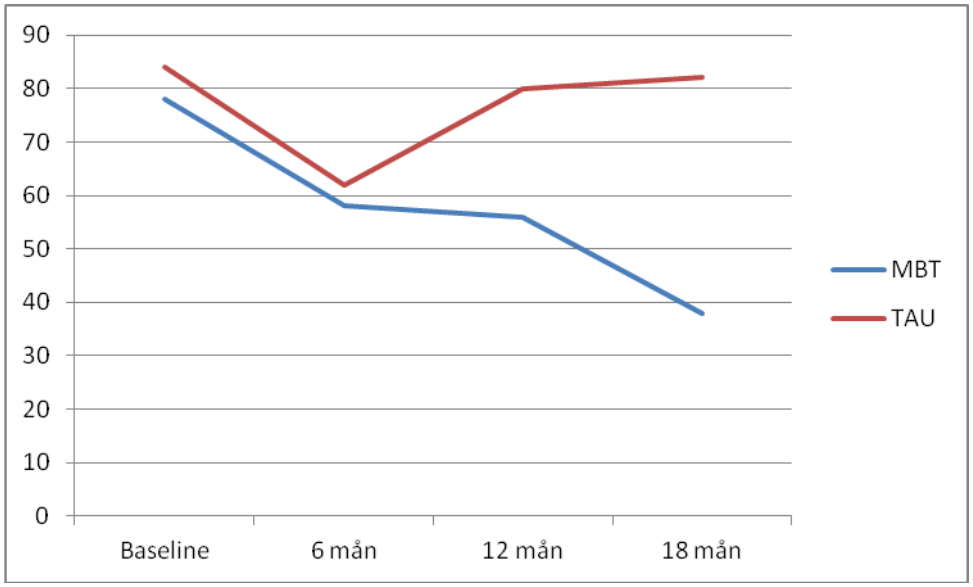
Behandlingen sträckte sig över 18 månader och beskrivs av Bateman och Fonagy (1999) som fokuserad på anknytning, tolerans inför separation, och mentalisering, samt bestående av följande komponenter: (1) individuell psykoterapi en gång i veckan, (2) gruppterapi tre gånger i veckan (1 timme åt gången), och (3) expressiv terapi inriktad mot psykodrama en gång i veckan (1 timme), (4) ett entimmes ”community meeting” per vecka, (5) ett 1-timmes möte per månad med ”case administrator”, och (6) översyn av medicineringen av psykiater. All terapi utfördes av psykiatriskt utbildade sjuksköterskor utan formell psykoterapiutbildning; de hade handledning 2 gånger i veckan tillsammans med hela teamet. Den genomsnittliga längden av behandlingen var 1,45 år, och patienterna deltog i 62 % av terapisessionerna. Under nästa 18-månadersperiod fortsatte patienterna att få mentaliseringsbaserad terapi av mindre intensivt slag. Långtidseffekterna studerades i två uppföljningsstudies av Bateman och Fonagy (2001, 2008a).

Undersökningsdeltagare. Deltagarna var 38 patienter (22 kvinnor och 16 män) som uppfyllde kriterier för borderline-personlighetsstörning enligt DSM-III-R. För att delta fick de inte uppfylla diagnoskriterierna för schizofreni, bipolär störning, missbruk eller mental utvecklingsstörning, eller visa tecken på organisk hjärnskada. Patienterna randomiserades till antingen MBT (N = 19) eller standardbehandling (TAU; N = 19).

Kontrollgruppen. TAU-behandlingen bestod av (1) kontakt med psykiater i genomsnitt 2 gånger per månad, (2) sjukhusinläggning vid behov, och (3) uppföljning i form av besök av psykiatrisk sjuksköterska varannan vecka. Ingen formell psykoterapi gavs till denna grupp. Den initiala medicineringen av likadan för båda grupperna. Syftet med TAU-gruppen var enbart att kontrollera för spontan remission.

Mätning av självskadebeteende. Såväl suicidförsök som självskadebeteende mättes med en semistrukturerad intervju, the Suicide and Self-Harm Inventory. Suicidala handlingar och självskadebeteende mättes separat; enbart det senare redovisas här. Självskadebeteende (”self-mutilation”) definierades som (1) avsiktliga handlingar som (2) resulterat i synlig skada på kroppsvävnader, och (3) krävt omvårdnad eller medicinsk behandling. Den semistrukturerade intervjun användes före behandling med samtliga patienter, och var sjätte månad med kontrollgruppen. Självskadebeteende hos MBT-gruppen mättes genom noggrann observation under behandlingen. Självrapportering av självskadebeteende kontrollerades mot journaldata.

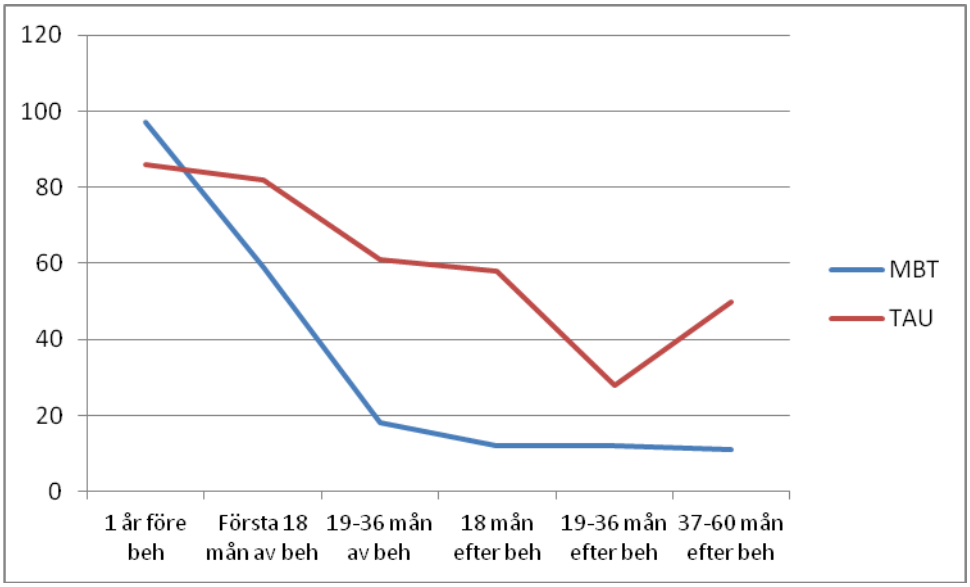
Resultat. Resultatet visade att det genomsnittliga antalet episoder av självskadebeteende per 6-månadersperiod under behandlingens gång minskade signifikant i den grupp som fick MBT (från 9 till 1), men inte i TAU-gruppen (från 8 till 6). Figur 7 visar den procentuella andelen patienter med självskadebeteende under fyra 6-månadersperioder: före behandling, 0-6 månader av behandling. 6-12 månader av behandling, och 12-18 månader av behandling; skillnaden mellan grupperna var signifikant efter 18 månaders behandling. Som framgår av figuren minskade andelen patienter med självskadebeteende i MBT-gruppen, men inte i kontrollgruppen.



Figur 7. Andelen patienter med självskadebeteende i MBT-gruppen och TAU-gruppen.

Uppföljning. Bateman och Fonagy (2008a) redovisar en uppföljning, där patienterna i ursprungsstudien följts under 5 år efter behandlingens avslutande. I urspungsstudien studerades effekterna efter 18 månaders behandling, men patienterna i MBT-betingelsen fortsatte att få MBT i grupp två gånger i veckan under ytterligare 18 månader. Ingen MBT-behandling gavs dock efter 36 månader. Sammanlagt följdes alltså patienterna under 8 års tid (3 år av behandling och 5 år efter behandling).

Till de primära utfallsmåtten i uppföljningsstudien hörde bl.a. förekomsten av suicidförsök, sjukhusinläggningar, medicinering, och antalet besök vid akutmottagningar. Eftersom patienternas egen rapportering av självskadebeteende under uppföljningstiden befanns vara otillförlitlig, användes antalet akutmottagningsbesök som approximativt mått på självskadebeteende; förändringen på detta mått redovisas därför här. Det genomsnittliga antalet akutmottagningsbesök under den 5-åriga uppföljningsperioden var 0,77 i MBT-gruppen och 6,40 i TAU-gruppen. Detta motsvarar en stark effekt (d = 1,40). Figur 8 visar antalet akutmottagningsbesök i MBT- och TAU-gruppen före, under, och efter behandling.



Figur 8. Antal akutmottagningsbesök i MBT- och TAU-gruppen före behandling, under behandling, och under 5 år efter behandling.

Det kanske intressantaste med denna studie är att den visade att behandlingseffekterna i MBT-gruppen kvarstod under en 5-årsperiod efter behandlingens avslutande – detta gällde även på de andra mått som användes i denna studie.

2.2. Ett öppenvårdsprogram, jämfört med Structural Clinical Management (2009)

Denna studie utgör en vidareutveckling i flera avseenden. För det första studerades en betydligt större grupp av patienter än i den första studien. För det andra används en betydligt kraftfullare kontrollgrupp: Structured Clinical Management (SCM). Medan kontrollgruppen i den första studien enbart kontrollerade för spontan förbättring, kontrollerar denna studie för ett antal icke-specifika faktorer som kan antas vara gemensamma för fungerande behandling av borderline-patienter, som t.ex. *en tydlig behandlingsstruktur* med manual och kompetent handledning. Och för det tredje är formatet för behandlingen annorlunda: medan Bateman och Fonagys (1999) första studie undersökte effekter av ett omfattande dagavdelningsprogram studerade man nu effekter av en mindre intensiv variant av MBT i form av ett *öppenvårdsprogram* som innehöll individualterapi en gång i veckan och gruppterapi en gång i veckan, samt telefonkontakt mellan sessionerna.

Undersökningsdeltagare. Deltagarna var 134 patienter (107 kvinnor och 27 män) med borderline-personlighetsstörning, som remitterats till *St Ann's Hospital's Specialist Personality Disorder Service*, under åren 2003-2006. Deltagarna diagnostiserades med SCID-I och SCID-II. Inklusionskriterier var (1) diagnos borderline-personlighetsstörning, (2) förekomst av suicidförsök eller livshotande självskadebeteende inom de senaste 6 månaderna, och 3) ålder 18–65 år. Exklusionskriterierna hölls till ett minimum: patienter exkluderades om de (1) genomgick långtidspsykoterapi vid det aktuella tillfället, (2) uppfyllde DSM-IV-

kriterier för psykos eller bipolär I, (3) var opiatberoende på ett sätt som krävde specialistbehandling, eller 4) uppvisade mental utvecklingsstörning eller tecken på organisk hjärnskada. Patienterna randomiserades till 18 månaders behandling i antingen MBT (N = 71) eller SCM (N = 63).

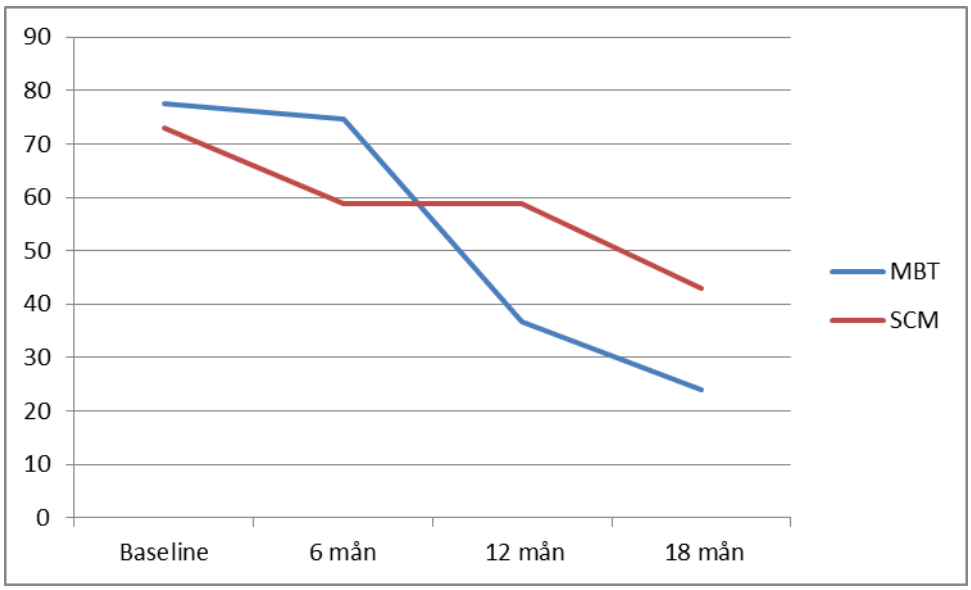
Kontrollgruppen. SCM-behandlingen var manualiserad, och beskrivs som baserad på ”a counseling model closest to a supportive approach with case management, advocacy support, and problem-oriented psychotherapeutic interventions” (s. 1357). Både MBT och SCM genomfördes inom en strukturerad ram som följde principer som sammanfattats i NICE Guidances (NICE, 2009), och som innefattade kriskontakt och krisplanering, farmakologisk behandling, samt skriftlig information om behandlingen. Protokollet för SCM-betingelsen (Bateman, Fonagy, Bolton, & Karas, 2009) innehåller ett antal element med tydlig inspiration från KBT och DBT.

Krisplaneringen inom MBT innebar telefonkontakt som gav patienterna hjälp att återställa mentaliseringsförmågan. (Som framgick ovan bygger MBT på antagandet att borderline-patienter har svårt att mentalisera i stressfyllda interpersonella situationer). Krisplaneringen inom SCM fokuserade på stöd och problemlösning i krissituationer. Behandlingen innefattade cirka 140 sessioner under 18 månader, och 75% av patienterna ansågs ha fullföljt behandlingen (definierat som att de deltog i minst 70 sessioner under det första året); det fanns ingen signifikant skillnad mellan behandlingarna i detta avseende.

Liksom i den förra studien genomfördes behandlingen i huvudsak av personal utan formell psykoterapeututbildning. Av ett datasupplement till den publicerade artikeln framgår att elva terapeuter ur personalen (med ett minimum av 2 års erfarenhet från psykiatrin och minst 1 års erfarenhet av att arbeta med personlighetsstörningar), ingick i studien och att de *slumpmässigt fördelades* till antingen tre timmars utbildning i MBT eller tre timmars utbildning i SCM. Av de sex MBT-terapeuterna var fyra sjuksköterskor och två psykiatrer under utbildning; av SCM-terapeuterna var tre sjuksköterskor, en psykiater under utbildning och en ackrediterad ”counselor”. Terapeuterna inom båda betingelserna fick likvärdig mängd handledning.

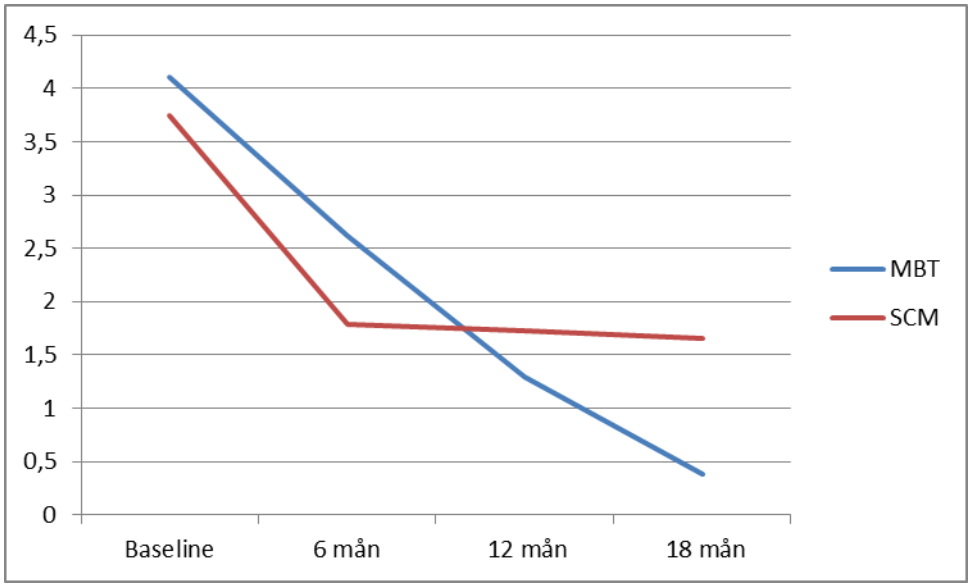
Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes på samma sätt som i studien av Bateman och Fonagy (1999); se ovan.

Resultat. Resultaten med avseende på självskadebeteende redovisades dels utifrån (1) hur många patienter som utförde svåra självskadebeteenden under en 6-månadersperiod, och dels utifrån (2) det genomsnittliga antalet sådana självskadebeteenden per patient. Jämförelser gjordes mellan fyra 6-månadersperioder: före behandling (baseline), samt under den första, andra och tredje 6-måndersperioden under behandlingen. Figur 9 visar den procentuella andelen patienter med självskadebeteende under de fyra 6-månadersperioderna i de två behandlingsbetingelserna. Patienterna i MBT-behandlingen uppvisade en signifikant brantare minskning av självskadebeteende än patienterna i SCM-betingelsen. Under de sista 6 månaderna av behandlingen var det signifikant färre patienter i MBT-gruppen som skadade sig själva (24% jämfört med 43% i SCM-gruppen).



Figur 9. Procentuell andel patienter med svårt självskadebeteende under 6 månader före behandling (baseline) och tre sexmånadersperioder under behandlingen.

Figur 10 visar det genomsnittliga antalet självskadebeteenden per patient under samma perioder och ger ungefär samma bild. Minskningen av antalet självskadebeteenden var signifikant större i MBT-gruppen än i SCM-gruppen, och effekten var medelstark (d = 0,62).



Figur 10. Genomsnittligt antal svåra självskadebeteenden per patient under 6 månader före behandling (baseline) och tre sexmånadersperioder under behandlingen.

Bateman och Fonagy (2009) skriver att en fördel med MBT är att den kräver ett minimum av utbildning och handledning eftersom”it uses a commonsense view of the mind and incorporates generic ideas from different models of psychotherapy, blending them into a healthy ecumenism relevant to borderline personality disorder” (s. 1363). Terapeuterna behöver därför snarare modifiera sitt existerande sätt att arbeta än lära sig några nya tekniker. De hittills uppnådda resultaten tyder, skriver de, på att ”reasonable outcomes may be achievable within the framework of mental health services without lengthy specialist training” (s. 1363).

2.3. Den holländska kohortstudien (2012)

En första studie av MBT utförd av en oberoende forskargrupp rapporteras av Bales et al. (2012). Detta är en kohortstudie med holländska borderline-patienter, utan vare sig randomisering eller kontrollgrupp. En styrka med studien är dock att den riktar sig till en grupp svåra patienter med mycket komorbiditet, där enbart schizofreni och utvecklingsstörning (IQ <80) användes som exklusionskriterier.

Studien vände sig till en konsekutiv serie på 61 patienter som remitterades mellan augusti 2004 och november 2009 till en holländsk psykoterapienhet som specialiserat sig på att ta emot patienter med svåra personlighetsstörningar där tidigare behandlingsinsatser misslyckats. Av dessa fick 45 patienter en borderline-diagnos och inkluderades i studien. Deras genomsnittliga ålder var 30 år, och 71% var kvinnor. 79% av patienterna hade därutöver en missbruksdiagnos, 42% en ångestdiagnos, medan 36% diagnosticerats med en affektiv störning och 33% hade en ätstörningsdiagnos.

Det utvärderade behandlingsprogrammet bestod av 18 månaders manualiserad mentaliseringsbaserad dagvårdsbehandling. Behandlingsprogrammet pågick 4 ½ timme per dag 5 dagar i veckan, och bestod av individualterapi en gång i veckan, implicit mentaliseringsbaserad gruppterapi dagligen, individuell krisplanering ur mentaliseringsperspektiv, samt explicita mentaliseringsrupper (expressiv terapi två gånger dagligen, kognitiv gruppterapi, och skrivterapi). Medicinsk konsultation med en psykiater som tillhörde MBT-teamet erbjöds en gång i veckan. Behandlingen utfördes av 8 terapeuter med varierande grad av klinisk erfarenhet, från unga psykologer och sjuksköterskor till erfarna kliniska psykologer och psykoterapeuter. 33 av de 45 patienterna fullföljde behandlingen.

Självskadebeteende mättes med Bateman och Fonagys (2004) Suicide and Self Harm Inventory (SSHI). Andelen patienter med självskadebeteende (ej inkluderande suicidförsök) minskade från 51.1% vid baseline till 32.4% efter 6 månaders behandling, 15.8% efter 12 månader, och uppgick till 18.8% vid 18 månader. Positiva utfall uppmättes också på övriga utfallsvariabler.

2.4. MBT-A för ungdomar (2012)

I en studie av Rossouw och Fonagy (2012) undersöktes effekterna av en särskild form av MBT som utvecklats specifikt för ungdomar (MBT-A). Behandlingen innehöll en kombination av 12 månaders individuell MBT en gång i veckan och MBT-familjeterapi en gång i månaden. Fokus för behandlingen är på impulsivitet och affektreglering, och syftet beskrivs som att ”förbättra patienternas förmåga att representera sina egna och andras känslor på ett korrekt sätt i emotionellt utmanande situationer” (s. 1305-1306).

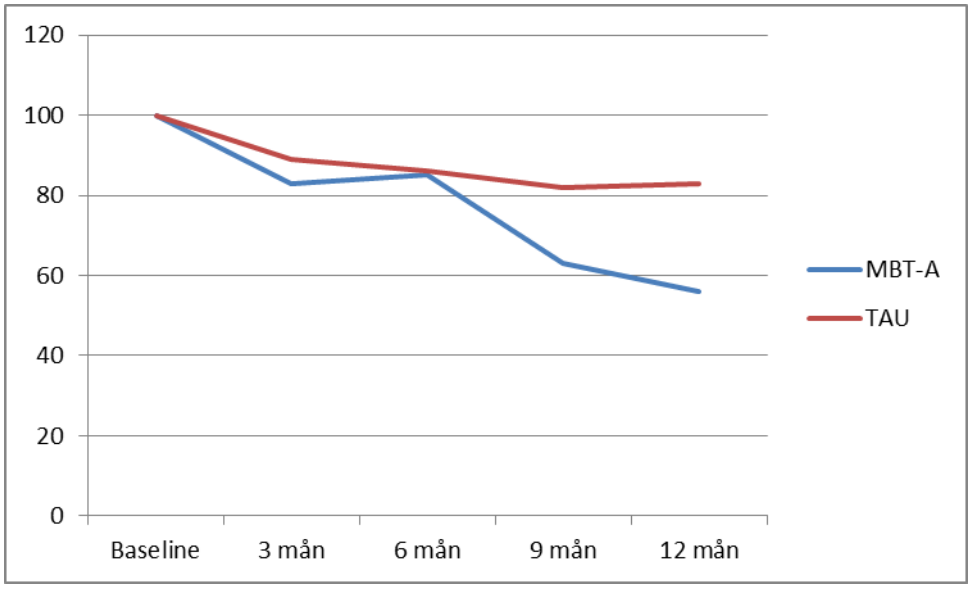
Undersökningsdeltagare. I studien ingick 80 ungdomar (68 flickor, 12 pojkar) med självskadebeteende och depression, 12-17 år gamla, varav 40 randomiserades till MBT-A och 40 till en kontrollgrupp. Patienterna rekryterades ur en konsekutiv serie ungdomar som uppsökt psykiatriska mottagningar eller akutmottagningar i nordöstra London. Inklusionskriterium var minst en episod av självskadebeteende under den senaste månaden, samt att självskadebeteende var den primära anledningen till att de remitterades. Självskadebeteende definierades som ”varje form av avsiktligt tillfogad självskada (inklusive förgiftning) oberoende av vilket syfte beteende tycktes ha” (s. 1305).

Kontrollgruppen. Kontrollgruppen fick standardbehandling (TAU), vilket i 28% av fallen innebar individualterapi enbart (psykodynamisk terapi, KBT eller stödsamtal), i 25% av fallen en kombination av individualterapi och familjearbete, och i 27.5% av fallen ”psychiatric review”. Antalet timmar av klinisk uppmärksamhet skilde sig inte signifikant mellan de två grupperna: 20.3 timmar i MBT-A och 17.3 timmar i konrollgruppen; signifikant fler patienter i MBT-A (63%) än i TAU (33%) fick dock familjebehandling. (Att enbart 63% av patienterna i MBT-A deltog i familjebehandlingen berodde i de flesta fall på att familjemedlemmarna vägrade delta

Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende (under den senaste 3-månadersperioden) mättes vid baseline samt vid fyra tillfällen, 3, 6, 9 och 12 månader efter randomiseringstillfället. Det mätinstrument som användes var självskadeskalan på Risk Taking and Self-Harm Inventory (RTSHI), ett frågeformulär med 38 items.

Resultat. MBT-A gav signifikant bättre effekter både på självskadebeteende och depression. Figur 11 visar andelen patienter med självskadebeteende vid de olika mättillfällena. Resultaten visade också att effekterna på självskadebeteende medierades av en förbättrad mentaliseringsförmåga och ett minskat undvikande av anknytningsrelationer

Detta är den första RCT-studien som visat otvetydigt positiva resultat för ungdomar med självskadebeteende.



Figur 11. Procentuell andel patienter med självskadebeteende vid de olika mättillfällena.

2.5. Sammanfattning: MBT och självskadebeteende

MBT uppvisar lovande resultat med avseende på självskadebeteende i de tre RCT-studier som hittills publicerats. I den första studien gav MBT bättre resultat än standardbehandling, och i den andra studien gav MBT bättre resultat än en kontrollgrupp som fick Structured Clinical Management – en behandlingsmodell som avsåg att kontrollera för icke-specifika faktorer som är gemensamma för strukturerad behandling med manual och systematisk handledning. Det är värt att notera att det i båda studierna var först efter ett år av behandling som MBT-gruppen hade bättre resultat än kontrollgruppen – vid 6-månadersmätningen fanns ingen effekt till fördel för MBT i någon av studierna (se Figur 7, 9 och 10). I en tredje studie visade MBT också goda resultat vid behandling av självskadebeteende hos ungdomar.

Intressant att notera är också att behandlingsresultaten efter den första studien stod sig bra i den långtidsuppföljning som gjorts (Bateman & Fonagy, 2008a). Eftersom det enbart finns tre RCT-studier att tillgå i dagsläget, och Fonagy är involverad i samtliga, så är det ännu inte visat att MBT kan uppnå lika goda resultat med oberoende forskargrupper (även om den holländska kohortstudien pekar i den riktningen).

Även om den andra studien syftar till att kontrollera för gemensamma strukturella faktorer vid psykoterapi, så är det av samma anledning också oklart om behandlingsteknikerna i SCM-betingelsen (problemlösning och andra KBT- och DBT-inspirerade tekniker) tillämpades med samma kompetens som MBT-teknikerna i MBT-betingelsen. Det går alltså inte att utifrån den hittills gjorda forskningen dra några slutsatser om de specifika komponenterna i MBT är verksamma i sig.

Två skillnader gentemot DBT är värda att uppmärksamma: (1) Den MBT-behandling som utvärderats har i de två första studierna varit längre än den DBT-behandling som

studerats – 18 månader, jämfört med 12 månader (eller 6 månader i några studier av DBT). (2) En ytterligare skillnad är att DBT-terapeuterna genomgående haft en mer omfattande utbildning (psykiatrer, disputerade psykologer, etc.) än MBT-terapeuterna (som i de flesta fall varit sjuksköterskor utan psykoterapeututbildning).

3. ANDRA LÅNGTIDSTERAPIER

Förutom DBT och MBT har RCT-studier genomförts med åtminstone tre andra former av långtidsterapi som utvecklats specifikt för behandling av patienter med borderline-personlighetsstörning: Youngs (1994) schema-fokuserade terapi, Davidsons (2008) kognitiva terapi for personlighetsstörningar (CBT-PD), och psykodynamisk överföringsfokuserad psykoterapi (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006).

3. Schema-fokuserad terapi (2006)

Schema-fokuserad terapi är en behandlingsform som utvecklats av Jeffrey Young inom ramen för kognitiv terapi, men med integrativa inslag i form av element från anknytningsteori, psykodynamisk objektrelationsteori, och emotionsfokuserad psykoterapi. Enligt Kellogg och Youngs (2006) beskrivning bygger terapin på fyra huvudsakliga typer av förändringsmekanismer: (1) att terapeuten går in i en begränsad föräldraroll (”limited reparenting”), (2) arbete med ”mentala bilder” (”experiential imagery”) och dialoger, (3) kognitiv omstrukturering och psykoedukation, samt (4) att bryta beteendemönster. Behandlingen är 3-årig och innefattar tre behandlingsfaser: (1) utveckling av terapirelationen (”bonding”) och arbete med emotionsreglering, (2) arbete med att förändra kognitiva scheman, och (3) utveckling av autonomi.

Giesen-Bloo et al. (2006) beskriver en första RCT-studie av denna behandlingsform. Det är en omfattande multicenterstudie från Holland, som gör en jämförelse mellan två långtidsterapier: 3 års behandling 2 gånger i veckan antingen med schema-fokuserad terapi eller med överföringsfokuserad psykodynamisk terapi.

Undersökningsdeltagare. I studien ingick 88 patienter med borderline-diagnos från fyra olika behandlingscentra i Holland, som randomiserades antingen till schema-fokuserad terapi eller överföringsfokuserad terapi. I exklusionskriterierna ingick psykos, bipolär störning, ADHD, allvarliga missbruksproblem och mental retardation.

Kontrollgruppen. Jämförelsegruppen behandlades med en manualiserad form av psykodynamisk terapi, som kallas överföringsfokuserad terapi (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999), och som bygger på antagandet att terapeutisk förändring uppnås genom analys och tolkning av överföringsrelationen, i synnerhet negativ överföring (aggressiva känslor som förs över på terapeuten), i syfte att patienten ska kunna integrera goda och onda representationer av såväl sig själv som andra.

Terapeuterna i båda betingelserna hade likvärdig utbildning samt ungefär lika lång erfarenhet av arbete med borderline-patienter. De hade också likvärdig handledning varje vecka med lokala handledare, samt återkommande handledning med upphovspersoner bakom terapiformerna ifråga (Young respektive Yeomans).

Mätning av självskadebeteende. Förekomsten av självskadebeteende mättes med en strukturerad intervju (the Borderline Personality Disorder Severity Index, fourth version;

BPDSI-IV). Vid förmätningen rapporterade drygt 52% av patienterna ”recent nonsuicidal self-injury”.

Resultat. Resultaten visade att den schema-fokuserade terapin gav signifikant bättre effekt på de flesta mått, inklusive psykiatriska symptom, personlighetsmönster, livskvalitet och självskadebeteende. Antalet avhopp var också betydligt större bland de patienter som fick överföringsfokuserad terapi. Effekterna på självskadebeteende ges en mycket rudimentär beskrivning av Giesen-Bloo et al. (2006), utan någon åtskillnad mellan icke-suicidala och suicidala beteenden, men det framgår att den schema-fokuserade terapin gav signifikant bättre effekt och att denna effekt var tydlig efter sex månaders behandling; det parasuicidala beteendet var då nere på noll och förblev så vid de fortsatta mätningarna, medan detta inte var fallet för patienterna i den psykodynamiska gruppen.

En reservation måste dock göras här: patienterna i den överföringsfokuserade terapin uppvisade (trots randomiseringen) mer parasuicidalt beteende vid baseline än vad patienterna i den schema-fokuserade terapin gjorde: Medan 57.1% av patienterna i den överföringsfokuserade terapin rapporterade ”recent nonsuicidal self-injury” var motsvarande siffra för patienterna i den schema-fokuserade terapin 47.7%; och medan hela 76.2 av patienterna i den psykodynamiska behandlingsbetingelsen uppvisade ”recent suicide planning, steps, or attempts” före behandling var motsvarande siffra enbart 38.6” hos patienterna i schematerapin (den senare skillnaden var statistiskt signifikant). Det är alltså möjligt att patienterna i jämförelsegruppen hade en svårare problematik från början och att detta kan svara för en del av skillnaderna i behandlingseffekt. En annan skillnad är att terapeuterna i den psykodynamiska behandlingsbetingelsen uppvisade sämre adherence, dvs. sämre följsamhet mot manualen, än vad som var fallet för terapeuterna i schematerapin.

Denna studie är intressant vad gäller behandlingen av borderline-personlighetsstörning bland annat av den anledningen att det är den enda studie hittills som visat signifikanta skillnader i effektivitet mellan två teoretiskt grundade behandlingsformer som utvecklats specifikt för borderline-patienter. Dessa terapiformer skiljer sig också tydligt åt både vad gäller teknik och terapeutiska förhållningssätt. Den schema-fokuserade terapin framhäver betydelsen av ett mer empatiskt stödjande terapeutiskt förhållningssätt som innebär att terapeuten både fungerar som en rollmodell för patienten och syftar till att förse patienten med ett slags ”limited reparenting” för att möta hans/hennes otillfredsställda behov. Enligt den överföringsfokuserade terapin är ett stödjande förhållningssätt tvärtom kontraindicerat, eftersom syftet i denna terapi är att aktivera patientens negativa överföring (dvs. aggressiva känslor i relation till terapeuten) så att dessa kan tolkas i terapin och integreras. Intressant i detta sammanhang är de analyser som presenterats av Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman och Arntz (2007) som visade signifikanta skillnader i terapeutisk allians mellan de båda behandlingsbetingelserna: såväl terapeuter som patienter skattade den terapeutiska alliansen som signifikant högre i den schemafokuserade terapin än i den psykodynamiska terapin, och graden av terapeutisk allians visade signifikanta samband med såväl fullföljande av behandlingen som behandlingsutfallet.

Samtidigt är denna studie mindre intressant ur självskadeperspektiv. Både den schema-fokuserade terapin och den överföringsfokuserade terapin fokuserar på personlighetsförändring snarare än beteendeförändring, och Giesen-Bloo et al. (2006) skriver explicit att ”DBT and MBT are possibly most optimal for a subgroup of patients with BPD who have prominent parasuicidal abnormalities” (p. 657). Det bör också noteras att även om majoriteten av patienterna i denna studie uppvisade icke-suicidalt självskadebeteende vid baseline så gällde det trots allt bara 52% av patienterna.

3.2. KBT för personlighetsstörningar (CBT-PD; 2006, 2010)

CBT-PD (Davidson, 2008) beskrivs som en strukturerad tidsbegränsad tillämpning av KBT-principer på personlighetsstörningar i kluster B (där borderline-personlighetsstörning ingår). Patienternas problem konceptualiseras i enlighet med kognitiv teori, och behandlingen fokuseras på föreställningar och beteenden som är till hinder för patienternas sociala och adaptiva fungerande.

BOSCOT-studien. Den s.k. BOSCOT-studien (BOrderline personality disorder Study of COgnitive Therapy; Davidson et al., 2006) genomfördes vid tre olika centra i Storbritannien (Glasgow, London and Ayrshire) och innebar en jämförelse mellan ett års CBT-PD som tillägg till standardbehandling och en kontrollgrupp som enbart fick ett års standardbehandling (TAU). Deltagarna var 106 patienter mellan 18 och 65 år som uppfyllde kriterier för borderline-personlighetsstörning enligt DSM-IV-kriterier, och de randomiserades till antingen 30 sessioner av CBT-PD + standardbehandling (N = 54) eller till enbart standardbehandling (TAU; N = 52). Standardbehandlingen beskrivs inte närmare, annat än att den kunde skilja sig åt mellan de tre olika centra som ingick i studien, och att den sannolikt var representativ för den behandling som erbjöds borderline-patienter vid den tiden i Storbritannien.

Suicidala och icke-suicidala självskadehandlingar mättes med en strukturerad intervju, the Acts of Deliberate Self-Harm Inventory, som innebar att patienterna ombads att återkalla minnet av suicidförsök eller självskadeepisoder. Resultatet visade en signifikant minskning av icke-suicidalt självskadebeteende i båda grupperna, men ingen statistisk skillnad mellan dem. Däremot uppvisade KBT-gruppen en större minskning av suicidförsök, ångest, stressymptom och dysfunktionella föreställningar än kontrollgruppen.

Davidson et al. (2010) redovisar resultaten av en 6-årsuppföljning av patienterna i detta projekt. Resultatet visade en signifikant minskning av självskadebeteende i båda grupperna, men ingen skillnad mellan dem. Inte heller på de övriga måtten fanns några signifikanta gruppskillnader, även om skillnaden i fråga om suicidförsök visade en stark tendens till KBT-gruppens förmån.

3.3. Överföringsfokuserad psykoterapi (2010)

Överföringsfokuserad psykoterapi (Clarkin et al., 1999) var en av de första formerna för psykodynamisk terapi som utvecklats och manualiserats specifikt för borderline-patienter. Åtminstone tre RCT-studier finns rapporterade av denna terapiform. Två av dessa har redan nämnts: (1) Den ovan beskrivna jämförelsen med schema-fokuserad terapi (Giesen-Bloo et al., 2006; Spinhoven et al., 2007) som utföll till schematerapins fördel. (2) En jämförelse med DBT (Clarkin et al., 2007) där den överföringsfokuserade terapin visade likvärdiga effekter på suicidalitet, men som faller utanför denna forskningsöversikt eftersom den inte använde något mått på självskadebeteende. Därutöver finns emellertid en tysk studie som jämförde överföringsfokuserad terapi med ”treatment by experienced community psychotherapists” (Doering et al., 2010), och som studerade effekter även på självskadebeteende:

Undersökningsdeltagare. I studien (Doering et al., 2010) ingick 104 kvinnliga öppenvårdspatienter i åldern 18-45 år med borderline-diagnos från München och Wien. Exklusionskriterier var antisocial personlighetsstörning, schizofreni, bipolär störning (om det förekommit en depressiv, manisk eller hypoman episod under det senaste halvåret), substansberoende under det senaste halvåret, organisk skada och mental retardation. Deltagarna randomiserades till behandling under ett års tid antingen med överföringsfokuserad terapi (N = 52) eller ”treatment by experienced community psychotherapists” (N = 52).

Kontrollgruppen. Kontrollgruppen fick behandling av erfarna terapeuter i München och Wien med särskilt intresse för borderline-personlighetsstörning, men utan särskild utbildning i någon manualiserad form av borderline-behandling. En mängd olika terapiformer användes. Av de 52 patienterna i kontrollgruppen behandlades 19 av psykoanalytiker, 18 av beteendeterapeuter, 4 av klientcentrerade terapeuter, 4 av systemiska terapeuter och 1 av en gestaltterapeut. Antalet terapitimmar skilde sig signifikant mellan de båda behandlingsbetingelserna: patienterna i den överföringsfokuserade terapin fick i genomsnitt 48.5 terapisessioner, medan patienterna i kontrollgruppen enbart fick 18.6.

Mätning av självskadebeteende. Förekomsten av självskadebeteende mättes med en tysk version av Cornell Interview for Suicidal and Self-Harming Behavior – Self Report (CISSB; Clarkin, 1998). Av patienterna hade 72.5% haft självskadeepisoder under den senaste 2-årsperioden.

Resultat. Resultaten visade signifikant bättre effekter för den överföringsfokuserade terapin på de flesta utfallsmått, inklusive avhopp och suicidförsök. Vad gäller avhopp var siffran 38.5% för patienterna i överföringsfokuserad terapi, och hela 67.3% i kontrollgruppen. Ingen av grupperna uppvisade dock någon reduktion av självskadebeteende.

En möjlig förklaring till denna avsaknad av effekt som diskuteras av författarna är att patienterna i deras studie hade något lägre förekomst av självskadehandlingar under den senaste 1-årsperioden före behandlingsstart (median 6.0) än motsvarande patientgrupper i studier av DBT (median 10 i studien av Linehan et al, 2006) och MBT (8-9 under senaste halvårsperioden i studien av Bateman och Fonagy, 1999).

3.4. Sammanfattning

Av dessa tre långtidsterapier finns det ingen evidens för att KBT för personlighetsstörningar eller psykodynamisk överföringsfokuserad terapi har någon effekt på självskadebeteende. Visst stöd finns dock för schema-fokuserad terapi, även om denna slutsats måste omges med vissa reservationer: (1) enbart en knapp majoritet av patienterna i denna studie rapporterade självskadebeteende vid baseline, och (2) patienterna i schematerapin tenderade att ha mindre självskadebeteende än dem i kontrollgruppen redan från början.

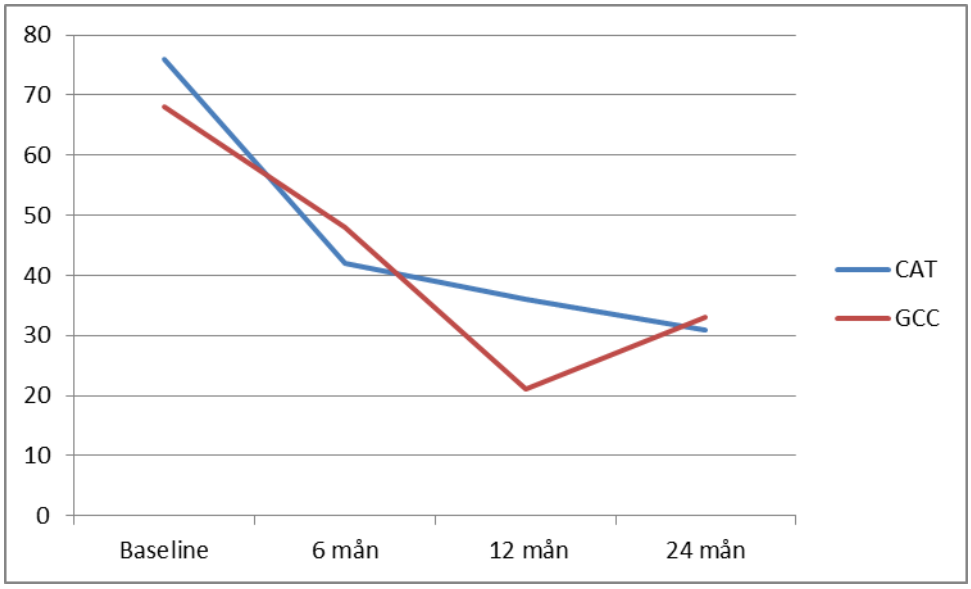
4. KORTVARIGA FORMER AV KOGNITIV BETEENDETERAPI

Ett flertal RCT-studier av kortvariga varianter av kognitiv terapi eller kognitiv beteendeterapi (termerna används omväxlande, ibland även inom samma studie) har genomförts både med borderline-patienter och med andra grupper av patienter med självskadebeteende. Dit hör en mycket kort form av KBT i kombination med biblioterapi som kallas Manual-Assisted Cognitive Therapy (MACT), KBT med inriktning på problemlösningsträning, en speciell variant av KBT som utvecklats specifikt för att behandla självskadebeteende, samt en modell för 24 veckors kognitiv-analytisk terapi.

4.1. Kognitiv-analytisk terapi för ungdomar med borderline-drag (2008)

Kognitiv-analytisk terapi (CAT) är en integrativ terapiform med rötter i kognitiv terapi och psykodynamisk objektrelationsterapi som utvecklats av den brittiske terapeuten Anthony Ryle (1997). En första RCT-studie av denna metod genomfördes i Australien av Chanen et al. (2008) med ungdomar i åldern 15-18 år som uppfyllde minst två kriterier för borderline-personlighetsstörning. Åttiosex deltagare randomiserades antingen till 24 sessioner av CAT (N = 41) eller 24 sessioner av en kontrollbetingelse som benämndes Good Clinical Care (GCC, N = 37) och som syftade till att kontrollera för ett antal icke-specifika faktorer (som tillgång till terapi och antal terapitimmar). Den typ av terapi som erbjöds kontrollgruppen byggde på KBT-principer och en problemlösningsmodell. Båda grupperna hade lika tillgång till “assertive case management, psychiatrist appointments, activity groups, crisis team and in-patient care and pharmacotherapy” (s. 477). Parasuicidalt beteende mättes med en strukturerad intervju, och ingen separat redovisning görs av icke-suicidala respektive suicidala självskadebeteenden.

Självskadebeteende mättes med en semi-strukturerad intervju. Patienterna följdes upp under 24 månader, och båda grupperna förbättrades. Inga signifikanta skillnader uppmättes mellan jämförelsebetingelserna. Som framgår av Figur 11 uppvisade dock båda grupperna tydliga minskningar i andelen av patienter med parasuicidalt beteende från baseline till uppföljningen efter 24 månader.



Figur 11. Andelen patienter med självskadebeteende i CAT respektive GCC.

Förändringarna i andelen patienter med självskadebeteende, såsom de framstår i Figur 11, kan te sig mycket likartade de som presenterats i studier av DBT och MBT (jfr Figur 1, 6, 7 och 9). Eftersom det rör sig om en annan patientgrupp i denna studie (ungdomar med vissa borderline-drag, och inte vuxna patienter med borderline-diagnos) går det dock inte att dra några slutsatser av en sådan jämförelse. Det går överhuvudtaget inte att dra någon slutsats om effekterna av CAT eller GCC utifrån denna studie – det går inte att utesluta att den minskade förekomsten av självskadebeteende kan ha varit ett resultat av spontan remission.

4.2. Problemlösningsterapi

Denna KBT-modell utgår ifrån antagandet att dysfunktionella coping-beteenden uppstår som ett resultat av sammanbrott i problemlösningsprocessen (D'Zurilla & Nezu, 2001), och att personer med självskadebeteende brister i sin förmåga till problemlösning. Målet med behandlingen är att hjälpa klienterna att identifiera och lösa problem som de konfronteras med i sina liv, samt att lära ut allmänna problemlösningsfärdigheter (vanligtvis i form av olika steg som problemidentifikation, målformulering/problemanalys, "brain storming" för att generera möjliga lösningar, bedömning av potentiella problemlösningar, val och implementering av en lösning, samt utvärdering av den valda problemlösningen). Gibbons, Butler, Urwin och Gibbons (1978) genomförde en stor RCT-studie med 400 patienter som överdoserat, där de jämförde problemlösningsträning med standardbehandling; resultaten visade ingen signifikant skillnad i antalet patienter som överdoserat på nytt under uppföljningsperioden (13.5% vs. 14.5%). Inte heller Hawton et al. (1987), Salkovskis, Atha, and Storer (1990), eller McLeave, Daly. Ludgate, and Murray (1994) fann några signifikanta skillnader mellan problemlösningsträning och standardbehandling i detta avseende.

4.3. STEPPS (2008)

STEPPS (Systematic Training for Emotional Predictability and Problem Solving) är en 20 veckors manualbaserad gruppbehandling för borderline-patienter, som kombinerar KBT och färdighetsträning med ett systemteoretiskt synsätt. Blum et al. (2008) genomförde en RCT-studie där de jämförde STEPPS + standardbehandling med enbart standardbehandling. En 1-årsuppföljning ingick. STEPPS-gruppen visade signifikant bättre effekt på det flesta utfallsmått, men inte på suicidförsök eller självskadebeteende.

4.4. Manual-Assisted Cognitive Therapy (MACT; 1999, 2003, 2006)

En brittisk forskargrupp (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003, 2004) beskriver utvecklingen av en kort KBT-behandling på sju sessioner (5 reguljära sessioner och 2 booster-sessioner under en 3-månadersperiod) i kombination med biblioterapi (en 70-sidig manual som delades ut till klienterna). Varje session är kopplad till ett kapitel i manualen: funktionell analys av självskadeepisoder, emotionsregleringsstrategier, problemlösningsstrategier, att hantera negativt tänkande, att hantera droger, samt återfallsprevention. Modellen kallas Manual-Assisted Cognitive Treatment (MACT). Tre RCT-studier av denna behandlingsmodell finns rapporterade i litteraturen: en liten pilotstudie (Evans et al., 1999), en stor brittisk multicenterstudie (POPMACT-studien; Tyrer et al., 2003), och en amerikansk studie av en modifierad form av MACT (Weinberg, Gunderson, Hennen, & Cutter, 2006).

Pilotstudien. Evans et al. (1999) beskriver en liten pilotstudie där 34 patienter med aktuellt självskadebeteende randomiserades till antingen MACT (N = 18) eller standardbehandling (N = 16). Det huvudsakliga utfallsmåttet var Linehans Parasuicide History Interview. Vid uppföljning efter 6 månader noterades att antalet självskadeepisoder var lägre i MACT-gruppen, men att skillnaden inte var statistiskt signifikant; däremot uppvisade MACT-gruppen signifikant större effekt på depressionsmått än kontrollgruppen. Dessa resultat bedömdes som lovande, och de ledde därför vidare till en större studie, den s.k. POPMACT-studien.

POPMACT-studien. Tyrer et al. (2003) rapporterar en stor multicenterstudie (POPMACT = Prevention Of Parasuicide by Manual-Assisted Cognitive-behaviour Therapy) som genomfördes vid fem olika brittiska centra i Glasgow, Edinburgh, Nottingham, västra London och södra London. 408 patienter med upprepat självskadebeteende randomiserades antingen till MACT eller till standardbehandling, och följdes upp under ett års tid. Innehållet i den standardbehandling som gavs till kontrollgruppen varierade mellan de olika centra som ingick i projektet: ”problem solving approaches (Nottingham), dynamic psychotherapy (South London), GP or voluntary group referral (West London and Edinburgh), or short-term counselling (Glasgow)” (Tyrer et al., 2003, p. 970). Andelen patienter som skadade sig själva under denna 1-årsperiod skilde sig inte signifikant mellan MACT (39%) och standardbehandling (46%).

Denna studie har ett flertal svagheter: En svaghet är att terapeuterna i MACT-betingelsen inte hade någon formell KBT-utbildning utan hade enbart gått en kort utbildning i MACT. I en studie av Davidson et al. (2004) studerades om utfallet skilde sig åt beroende på terapeuternas kompetens, mätt med bedömningar utifrån inspelade sessioner. Resultaten visade att terapeuter med högre kompetens fick bättre resultat på vissa utfallsmått, men inte ifråga om självskadebeteende.

En annan svaghet är att mer än en tredjedel av patienterna i MACT -betingelsen (38%, n = 90) inte deltog i några terapisessioner alls, vilket innebär att interventionen i detta fall i bästa fall bestod av enbart biblioterapi. Detta skulle kunna innebära att studien inte ger metoden någon riktig rättvisa; möjligheten kvarstår att terapin kanske skulle gett bättre effekt än standardbehandling om den genomförts med större effektivitet. En annan möjlighet är dock att det är svårt att motivera denna grupp av patienter till kortvariga manualbaserade metoder som denna. Arensman, McAuliffe, Corcoran och Perry (2004) ifrågasätter till exempel i vilken mån denna patientgrupp kan tillgodogöra sig en 70-sidig självhjälpsmanual.

Den amerikanska MACT-studien. Weinberg et al. (2006) genomförde en studie av en modifierad version av MACT specifikt fokuserad på icke-suicidalt självskadebeteende hos borderline-patienter, och med bättre effekter än i den brittiska POPMACT-studien. Patientgruppen var mer selektivt utvald; således var suicidrisk ett exklusionskriterium. Samtidigt var detta en mycket liten studie. Trettio kvinnor med borderline-diagnos och upprepat självskadebeteende, som hade pågående behandling, randomiserades till antingen MACT som tilläggsbehandling (N = 15) eller till enbart fortsatt standardbehandling (TAU, N = 15).

Självskadebeteende mättes med Linehans Parasuicide History Interview, och här gjordes en tydlig differentiering mellan suicidförsök och icke-suicidalt självskadebeteende. Patienterna följdes upp direkt efter behandlingen (2 månader efter baseline) och vid en 6-månaders uppföljning. Resultaten visade en signifikant större effekt i form av minskat självskadebeteende (såväl frekvens som svårighetsgrad) hos de patienter som fick MACT som tilläggsbehandling; dessa förändringar stod sig även vid 6-månadersuppföljningen. Även denna studie har dock sina svagheter: Behandlingsgruppen var liten, och behandlingen genomfördes av en enda terapeut (som också var den huvudansvarige forskaren bakom studien).

Dessa resultat tyder dock på att detta kan vara en användbar behandlingsmodell med mer kompetenta behandlare, med en mer selekterad patientgrupp (patienter med enbart icke-suicidalt självskadebeteende), och förutsatt att patienterna kan engageras att delta i behandlingen (38% av patienterna i POPMACT-studien deltog ju inte i några behandlingssessioner alls). Gunderson och Links (2008, s 274) kommenterar att ”this short-term intervention may yet prove valuable when therapists and patients are selected appropriately”.

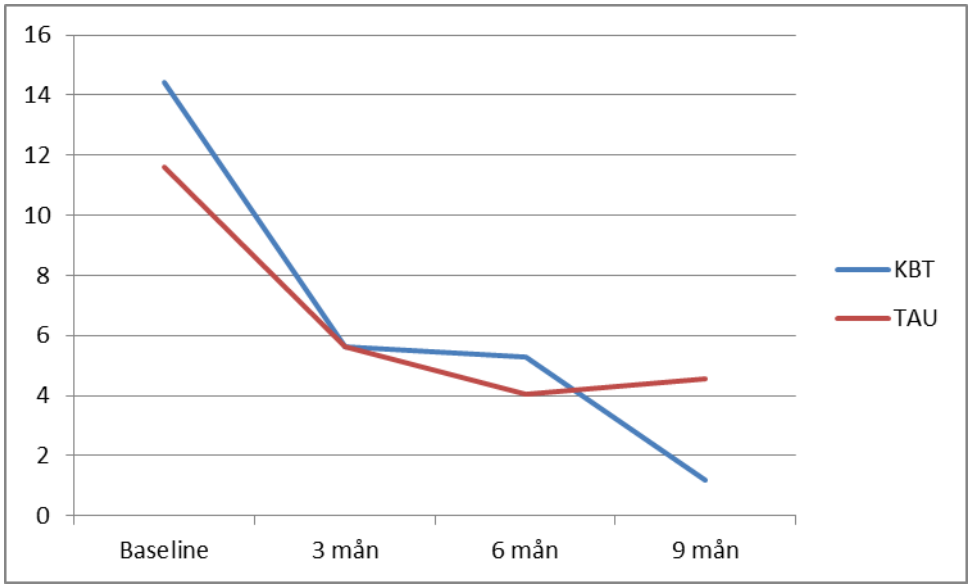
Värt att notera är också att patienterna i den amerikanska studien fick MACT inte som *enda* behandling utan som *tilläggsbehandling.* Medan POPMACT-studien jämförde MACT med standardbehandling, jämförde den amerikanska studien MACT + standardbehandling

med enbart standardbehandling. En möjlighet är att denna typ av korta behandlingsinsatser kan vara värdefulla med patienter som redan har annan behandling.

4.5. KBT för självskadebeteende. Den holländska studien (2007)

En holländsk forskargrupp (Slee, Arensman, Garnefski, & Spinhoven, 2007) beskriver utvecklingen av en KBT-modell specifikt för behandling av självskadebeteende, som bygger på fyra förändringsmekanismer: (1) en förtroendefull patient-terapeut-relation, (2) utveckling av färdigheter för emotionsreglering, (3) kognitiv omstrukturering, och (4) träning av beteendemässiga färdigheter. Behandlingen inleds med en analys av patientens senaste självskadeepisod, i syfte att göra en fallkonceptualisering som kan ligga till grund för en behandlingsplan. Fallkonceptualiseringen fungerar sedan som vägledning för ett flexibelt val av interventioner i den fortsatta behandlingen: sokratiska frågor och dagboksmetodik, aktivitetsscheman, olika typer av färdighetsträning :”distress tolerance”, mindfulness, problemlösningsförmåga, rollspel för kommunikationsträning, mm.

Slee, Garnefski, van der Leeden, Arensman och Spinhoven (2008) genomförde en RCT-studie där de jämförde en 12-sessioners behandling utifrån denna modell med standardbehandling (TAU). Nittio patienter i åldern 15-35 år med aktuellt självskadebeteende randomiserades till antingen KBT (N = 48) eller standardbehandling (N = 42). Självskadebeteende mättes med en strukturerad intervju, där patienterna fick frågor om överdoseringar och andra typer av självskadebeteenden (oavsett om intentionen var suicidal eller icke-suicidal) under den senaste 3-månadersperioden. 92% av patienterna i KBT-gruppen och 57% av patienterna i kontrollgruppen hade ägnat sig åt självskadebeteende under de senaste tre månaderna. Figur 12 visar antalet rapporterade självskadeepisoder vid de fyra mättillfällena. Båda behandlingsgrupperna minskade sitt självskadebeteende, men vid 9-månadersmätningen var effekten signifikant större i KBT-gruppen (effektstorlek *d* = .49).



Figur 12. Det genomsnittliga antalet självskadebeteenden per 3-månadersperiod.

Det är intressant att notera att effekterna av KBT på självskadebeteende i denna studie sågs först vid 9-månadersmätningen, medan KBT visade signifikant större effekt än kontrollgruppen på andra mått som depression och självmordstankar redan vid 3-månadersmätningen. Detta skulle kunna innebära att förändringarna på dessa mått fångar upp en primär typ av förändring som så småningom ledde till minskat självskadebeteende – dvs. att förändringarna i depression och självmordstankar medierade effekten på självskadebeteende. I en medieringsstudie utförd på samma data fann Slee, Spinhoven, Garnefski och Arensman (2008) dock inget stöd för att minskningen i depression eller självmordstankar medierade effekten på självskadebeteende. Däremot fann de stöd för att en förbättrad emotionsreglering fungerade som en mediator för minskat självskadebeteende i KBT-gruppen. Denna effekt återfanns på två dimensioner av emotionsreglering: impulskontroll och förmåga att handla målinriktat vid upplevelsen av negativa emotioner. Författarna drar slutsatsen att om dessa resultat replikeras i fler studier skulle det kunna tala för utvecklingen av nya behandlingsmodeller för självskadebeteende specifikt fokuserade på emotionsreglering.

4.6. The ”Cutting Down” Programme – en okontrollerad pilotstudie (2011)

Taylor, Oldershaw, Richards, Davidson, Schmidt och Mimic (2011) beskriver en pilotstudie av ett manualiserat KBT-program på 8-12 sessioner för självskadebeteende hos ungdomar, knutet till en manual som kallas *The Cutting Down Manual*. Behandlingen är uppdelad i fyra moduler: (1) ”Getting started.” Här ingår bl.a. motivationsarbete, psykoedukation och orientering om manualen. (2) ”Feelings, thoughts, and behaviour.” (3) ”Coping.” Här anpassas behandlingen efter patienten, utifrån ett flertal olika alternativa behandlingskomponenter, som t.ex. självhävdelseträning, mindfulness, att utmana tankar, ”älska sig själv”, trösta sig själv, exponering, ”riding the wave”, samt alternativ till självskadebeteende. (4) ”Consolidation of learning.” Här ingår bl.a. återfallsprevention. I pilotstudien ingick ursprungligen 25 ungdomar i åldern 12-18 år, som remitterats till barn- och ungdomspsykiatrin i London-området på grund av självskadebeteende. Sexton av ungdomarna fullföljde behandlingen. Resultaten visade signifikanta minskningar i självskadebeteende, liksom även i depression och ångest, och författarna drar slutsatsen att modellen kan vara värd att utforskas i kontrollerade studier.

4.7. Sammanfattning: kognitiv beteendeterapi och självskadebeteende

Ett flertal olika kortvariga varianter av kognitiv terapi, eller KBT, har testats som behandling för självskadebeteende, alltifrån mycket korta behandlingar (MACT; 5-7 sessioner) över den holländska KBT-modellen (12 sessioner) till den 24 sessioner långa kognitivt-analytiska terapin. Resultaten är inte så imponerande. Även om det finns några studier som rapporterat positiva effekter på självskadebeteende jämfört med

standardbehandling (en av tre studier av MACT, och en av KBT för självskadebeteende) har ingen av dessa behandlingsmodeller än så länge visat effekt i upprepade studier genomförda av oberoende forskargrupper. Den MACT-studie som visade positiva resultat kan dessutom ifrågasättas eftersom suicidrisk användes som ett exklusionskriterium; eftersom icke-suicidalt självskadebeteende i sig är en riskfaktor för suicid kan man ifrågasätta representativiteten av patientguppen i denna studie. Bland de övriga kognitiva behandlingsmodeller som testats finns ingen evidens för effekter på självskadebeteende av problemlösningsterapi, STEPPS eller kognitiv-analytisk terapi.

I en av tre studier uppnåddes signifikanta effekter av den korta manualbaserade behandlingsmodellen MACT. Denna studie skilde sig från de andra två i tre viktiga avseenden: (1) en kompetent och motiverad terapeut, (2) en selekterad patientgrupp, med enbart icke-suicidalt självskadebeteende, och (3) att MACT inte gavs *i stället för* standardbehandling utan som *tillägg* till standardbehandling. Det är dock viktigt att komma ihåg att detta var en mycket liten studie med enbart en terapeut (som också var den huvudansvarige forskaren bakom studien). Resultaten behöver alltså replikeras för att några säkra slutsatser ska kunna dras.

Den holländska KBT-modellen för behandling av självskadebeteende visade ingen effekt jämfört med standardbehandling direkt efter behandlingens avslutande, men däremot fanns en effekt vid 9-månadersmätningen. Intressant att notera är att effekterna i denna studie kunde kopplas till förändringar i patienternas emotionsreglering. I kombination med det faktum att de borderline-specifika behandlingar (DBT, MBT, schema-fokuserad terapi, Gundersons psykodynamiska modell) som visat sig ha effekt på självskadebeteende också har på emotionsreglering, reser detta frågan om effekterna skulle kunna optimeras med en behandling som fokuserar mer specifikt på emotionsreglering.

5. EMOTION REGULATION GROUP THERAPY (ERGT)

Gratz (2007) har utvecklat en 14 veckors gruppterapi, Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), som är specifikt fokuserad på självskadebeteende och inriktad på att arbeta med deltagarnas emotionsreglering. ERGT är avsedd att fungera som tilläggsbehandling för patienter med borderline-personlighetsstörning (eller patienter med borderline-liknande problembild) som redan har en individuell samtalskontakt. Grupperna består av högst sex deltagare och varje veckosession är 90 minuter lång. ERGTW är influerad bl.a. av DBT, ACT (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) och Greenbergs (2002) emotionsfokuserade psykoterapi.

Teori och metod. ERGT bygger på forskning som tyder på att självskadebeteende ofta fyller en emotionsreglerande funktion, och baseras på en teoretisk modell för förståelsen av självskadebeteende, ”the Experiential Avoidance Model”, som formulerats av Chapman, Gratz och Brown (2006). Enligt denna modell vidmakthålls självskadebeteendet framför allt av negativ förstärkning genom att det leder till att individen omedelbart bryter svåruthärdliga emotionella upplevelser. ERGT syftar till att motverka behovet av självskadebeteende genom att bidra till utvecklingen av andra, mer konstruktiva och mer accepterande sätt att möta svåra känslor.

En central roll i detta sammanhang spelar utvecklingen av ett accepterande förhållningssätt. Som Gratz sammanfattar det: ”this approach is acceptance-based, conceptualizing both positive and negative emotions as functional and encouraging the awareness, understanding, and acceptance of all emotions” (Gratz, 2007, s. 1093). Gratz framhåller att det inte handlar om att lära självskadande personer att kontrollera eller undvika sina känslor, utan om att utveckla (a) en ökad medvetenhet, förståelse och acceptans för emotioner, (b) en förmåga att engagera sig i målinriktat handlande och inhibera impulsivt beteende vid upplevelsen av negative emotioner, (c) en flexibel användning av strategier för att modulera emotionella reaktioners intensitet och duration i stället för att försöka eliminera dem helt, och (d) en villighet, beredskap, att stå ut med negativa emotioner i samband med engagemang i meningsfulla aktiviteter.

Behandlingen inleds under vecka 1 med att fokusera på självskadebeteende och dess funktion; deltagarna får hjälp med att identifiera funktionen hos sitt eget självskadebeteende, och skamkänslor som är förknippade med detta. Därefter följer under vecka 2-6 arbete på ökad medvetenhet om emotioner och deras funktionalitet. Deltagarna får bl.a. lära sig att emotioner ger viktig information om omgivningen som kan tjäna som vägledning för beteende och val av handlingssätt. De får också hjälp att förbättra sin förmåga att identifiera, benämna och differentiera mellan emotionella tillstånd, liksom också att lära sig vilken typ av tankar, kroppssensationer och handlingstendenser som är förknippade med olika typer av emotioner. Vecka 7-8 ligger fokus på konsekvenser av att acceptera respektive att undvika emotioner, och vecka 9-10 introduceras strategier för emotionsreglering och impulskontroll. De sista tre veckorna av behandlingen (vecka 11-14) ägnas åt att identifiera och klargöra värderade riktningar i livet (de saker i livet som har betydelse och upplevs som meningsfulla för individen), samt att handla i enlighet med dessa riktningar. Sessionerna innehåller såväl

psykoedukation som övningar i grupp, och hemuppgifter mellan sessionerna utgör en viktig del av behandlingen.

5.1. Pilotstudie (2006)

Gratz och Gunderson (2006) beskriver resultaten av en första pilotstudie med RCT-design som genomfördes i Boston med Gratz som terapeut, där ERGT-gruppen fick 14 veckors gruppbehandling (90 minuter per session).

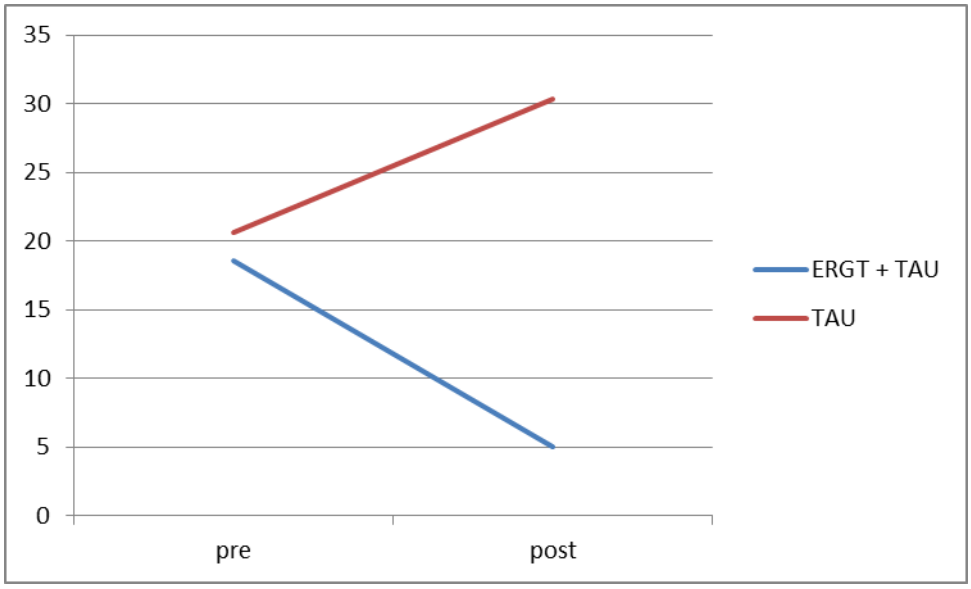
Undersökningsdeltagare. Deltagarna i Gratz och Gundersons (2006) studie var 22 kvinnor i åldern 19 till 58 år som uppfyllde kriterier för borderline-personlighetsstörning enligt DSM-IV-kriterier, och som ägnat sig åt självskadebeteende under det senaste halvåret. Ett villkor var också att samtliga gick i individuell psykoterapi. En tredjedel av patienterna gick även i annan gruppterapi under behandlingstiden. Till exklusionskriterierna hörde psykos, bipolär störning, substansberoende, suicidrisk, samt deltagande i DBT-färdighetsträning under de senaste 6 månaderna (eftersom denna träning innehåller arbete med emotionsreglering och acceptans av delvis samma slag som i ERGT).

Patienterna matchades med avseende på förekomst av självskadebeteende samt nivå av emotionsreglering och randomiserades antingen till att därutöver få 14 veckors gruppbehandling med ERGT (N = 12), eller enbart fortsätta med standardbehandling (TAU) under denna tid (N = 10). De grupper som jämfördes var alltså ERGT + TAU och enbart TAU.

Kontrollgruppen. Kontrollgruppen fick (liksom ERGT-gruppen) standardbehandling i form av individuell psykoterapi, huvudsakligen med annan inriktning än KBT (i 75% av fallen). Trots att båda grupperna hade standardbehandling, så hade kontrollgruppen signifikant fler timmar standardbehandling än ERGT-gruppen (2.95 jämfört med 2.10 timmar i genomsnitt per vecka) – detta innebar samtidigt att det totala antalet terapitimmar inte skilde sig signifikant åt mellan ERGT-gruppen (3.60 timmar per vecka) och kontrollgruppen (2.95 timmar per vecka).

Mätning av självskadebeteende. Icke-suicidalt självskadebeteende mättes med Gratz (2001) Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), som frågar specifikt om förekomsten av 17 olika slag av icke-suicidala självskadebeteenden, i detta fall specificerat till den senaste 3,5-månadsperioden.

Resultat. Antalet självskadebeteenden, mätt med DSHI, minskade från 18.6 till 5 i genomsnitt i ERGT-gruppen, medan de tvärtom ökade i den grupp som enbart fick TAU (se Figur 12). Effekten av ERGT kategoriserades som ”large”.



Figur 12. Antalet självrapporterade självskadebeteenden före och efter behandling för ERGT-gruppen och kontrollgruppen (TAU). Jämförelsen hänför sig till tvåungefär lika långa (3,5 månader) mätperioder.

Även på ett antal olika emotionsregleringsmått uppvisade ERGT-gruppen signifikant bättre resultat än kontrollgruppen: ökad emotionell acceptans, ökad förmåga att handla målinriktat i samband med negativa emotioner, minskad impulsivitet, ökad emotionell medvetenhet och ökad tillgång till emotionsregleringsstrategier. ERGT-gruppen uppnådde även signifikant bättre resultat på depression, ångest och stress.

En intressant aspekt av denna studie är att ERGT bedrevs parallellt med annan behandling (främst individuell psykoterapi) som *inte* var koordinerad med ERGT, och där terapeuten i 75% av fallen hade annan inriktning än KBT. Gratz och Gunderson (2006) kommenterar att terapins användbarhet inte verkar vara beroende av att matchas med en teoretiskt konsistent individualterapi, vilket tyder på att den sannolikt kan ha god transporterbarhet och generaliserbarhet. Vad gäller potentiella verkningsmekanismer noterar författarna att feedback såväl från klienterna och deras individualterapeuter tyder på att de 6 veckor som fokuserades på ”emotional willingness” (vecka 7-8) och värderade riktningar i livet (vecka 11-14) genererade extra mycket entusiasm och kan ha spelat en viktig roll för de terapeutiska framstegen.

5.2. Replikationsstudie (2011)

Gratz och Tull (2011) rapporterar resultaten av en replikationsstudie, som syftade till att undersöka förändringar efter ERGT med en mer varierad patientgrupp, en bredare uppsättning utfallsmått, samt andra gruppledare förutom Gratz själv (som var enda terapeut i den första studien). Deltagarna rekryterades via remisser och via annonsering i Jackson, Mississippi. I inklusionskriterierna ingick förekomsten av upprepat självskadebeteende, med minst en självskadeepisod under det senaste halvåret.

Till skillnad mot den tidigare studien krävdes inte att deltagarna uppfyllde alla kriterier för en borderline-diagnos, och inte heller att de gick i en regelrätt individualterapi under tiden – däremot krävdes att de hade kontakt med en individualterapeut, psykiater eller case manager. Exklusionskriterierna begränsades till psykos, bipolär störning eller pågående substansberoende. Undersökningsdeltagarna var 23 kvinnor i åldern 18 till 50 år, med en mer heterogen bakgrund än i ursprungsstudien, såväl socioekonomiskt som etniskt. 75% av deltagarna uppfyllde DSM-IV-kriterier för borderline-personlighetsstörning.

Resultaten för ERGT-gruppen i replikationsstudien liknade dem i den första studien, såväl vad gäller självskadebeteende som emotionsreglering och psykiatrisk symtombild. Vad gäller antalet självskadebeteenden mätt med DSHI minskade de från 23,2 under de 3,5 månaderna närmaste före behandling till 5,6 i genomsnitt vid eftermätningen. Även i denna studie uppmättes effektstorlekar som kategoriserades som ”stora”.

Intressant i detta sammanhang är också en medieringsstudie (Gratz, Levy, & Tull, in press) som fann stöd för hypotesen att effekterna på självskadebeteende i de två ovan nämnda behandlingsstudierna (Gratz & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2011) medierades av förändringar i emotionsreglering, mätt med Gratz och Roemers (2004) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Resultaten visade en minskad emotionell dysreglering hos deltagarna i ERGT som i tid föregick minskningen av självskadebeteendet och åtminstone delvis kunde förklara dessa effekter.

5.3. En större opublicerad RCT-studie (2012)

En större RCT-studie av ERGT, med finansiering från National Institute of Mental Health har genomförts, och resultaten från denna föreligger när detta skrives i form av ett opublicerat manus som är under review (Gratz, Tull, & Levy, 2012).

Undersökningsdeltagare. Undersökningsdeltagarna i denna studie var 61 kvinnor med borderline-problematik (de behövde dock inte uppfylla alla diagnoskriterier för borderline-personlighetsstörning) och återkommande självskadebeteende (med minst en självskadeepisod under det senaste halvåret). Exklusionskriterierna begränsades till psykos, bipolär I störning och pågående substansberoende. Patienterna matchades på fyra prognostiska variabler (nivå av emotionsreglering, antal självskadeepisoder, global funktionsbedömning samt ålder) och randomiserades antingen till ERGT + standardbehandling (N = 31) eller enbart standardbehandling (N = 30).

Standardbehandlingen. För att få delta i studien krävdes att patienten hade en individuell samtalskontakt (”individual clinician”), och att denna behandlingskontakt fortgick under hela studietiden. Varaktigheten av denna samtalskontakt innan behandlingens påbörjan var i genomsnitt 15 månader, och för 72% av patienterna hade den varat i minst 2 månader. Individualterapeuten var i 20% av fallen klinisk psykolog, i 7% av fallen psykiater och hade i de resterande fallen en utbildning på mastersnivå. Den individualterapeutiska behandlingen var i mer än 70% av fallen psykodynamiskt inriktad eller hade karaktären av stödterapi,

medan den i 19% av fallen var KBT-inriktad (dock inte DBT). Antal timmar individualterapi per vecka var 0.7 för behandlingsgruppen och 1.0 för kontrollgruppen.

Mätning av självskadebeteende. Icke-suicidalt självskadebeteende mättes med Gratz (2001) Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), som frågar specifikt om förekomsten av 17 olika slag av icke-suicidala självskadebeteenden, i detta fall specificerat till den senaste 3,5-månadsperioden.

Resultat. Intent-to-treat-analyser visade att ERGT-gruppen hade signifikant bättre effekt än kontrollgruppen (med medelstarka till starka effekter) på självskadebeteende, liksom även på andra former av självdestruktivitet, emotionsreglering, borderline-symptom, depression, ångest, stressymptom och livskvalitet. Resultaten vid en 9 månaders uppföljning visade en ytterligare fortsatt förbättring hos de patienter som genomgått ERGT.

5.4. Sammanfattning: ERGT och självskadebeteende

Resultaten för ERGT är lovande, men liksom för MBT gäller även här att effekterna ännu inte replikerats av någon oberoende forskargrupp. I den första pilotstudien var dessutom suicidrisk ett exklusionskriterium, vilket är problematiskt eftersom icke-suicidalt självskadebeteende i sig visat sig vara en riskfaktor för suicidförsök. I replikationsstudien och den större RCT-studien var exklusionskriterierna dock mindre avgränsande, och suicidrisk ingick inte bland dessa, vilket innebär att representativiteten hos patientgruppen kan antas ha varit mer tillfredsställande i dessa studier.

Resultaten är intressanta av flera skäl. Dels är ERGT specifikt riktad till patienter med självskadebeteende, och inte enbart begränsad till patienter som uppfyller alla kriterier för borderline-personlighetsstörning. Dels är ERGT också en betydligt kortvarigare form av psykoterapi än DBT, MBT och de andra långtidsterapier som visat goda effekter. Trots detta är effektstorlekarna betydande. Intressant är också att behandlingen fokuseras specifikt på en faktor – emotionsreglering – som visat sig vara viktig för förståelsen av självskadebeteende i grundforskningen på området, och som återkommer som en gemensam nämnare inom de behandlingsformer (DBT, MBT, mm) som hittills gett bäst resultat vid behandlingen av självskadebeteende. Viktigt är dock att komma ihåg att ERGT enbart testats som tilläggsbehandling för patienter som redan har en individuell samtalskontakt.

6. ”DEVELOPMENTAL GROUP THERAPY” FÖR UNGDOMAR MED SJÄLVSKADEBETEENDE

Wood et al. (2001) beskriver en form av utvecklingspsykologiskt inriktad gruppterapi för ungdomar med självskadebeteende, som kombinerar inslag från KBT, DBT och psykodynamisk gruppterapi. Terapin beskrivs som bestående av en initial bedömningsfas, deltagande i sex ”akuta” gruppsessioner, åtföljt av gruppterapi en gång i veckan i en ”långtidsgrupp” som kan fortgå så länge deltagaren vill. Den akuta delen av behandlingsprogrammet rör sig kring sex teman som enligt tidigare forskning kan vara viktiga för ungdomar med självskadebeteende: relationer, problem i skolan/kamratrelationer, problem i familjen, att hantera ilska, depression och självskadebeteende, samt hopplöshet och känslor inför framtiden. Långtidsgruppen leds av samma terapeut, men där ligger fokus mer på grupprocesser, och terapeuten har handledning av en erfaren psykodynamisk terapeut.

6.1. En första pilotstudie (2001)

Wood et al. (2001) genomförde en första pilotstudie för att undersöka om ett tillägg av 6 månader med denna typ av gruppterapi till sedvanlig rutinvård kunde leda till minskad depressivitet och minskat självskadebeteende. För att testa denna hypotes randomiserades 63 ungdomar till antingen gruppterapi + rutinvård (N = 32), eller enbart rutinvård (N = 31).

Undersökningsdeltagare. Undersökningsdeltagarna var 63 ungdomar i åldern 12 till 16 år som remitterats till barn- och ungdomspsykiatrin i Manchester, England, efter en självskadeepisod. Självskadebeteende definierades i enlighet med Hawton som: “any intentional self-inflicted injury, irrespective of the apparent purpose of the act”. De vanligast förekommande formerna av självskadebeteende var överdosering och att skära sig. I exklusionskriterierna ingick psykos, inlärningssvårigheter och suicidrisk. Deltagarna deltog i genomsnitt i åtta gruppterapisessioner (variationsvidd 0-19 sessioner). Även individuella terapisessioner erbjöds av samma terapeut.

Resultat. Förekomsten av självskadebeteende mättes med intervju. Resultaten visade inga effekter på depression eller självmordstankar, men däremot uppmättes signifikanta effekter på självskadebeteende. Av dem som fick gruppterapi uppvisade enbart 2 ungdomar två eller fler självskadeepisoder vid behandlingstidens slut, medan motsvarande antal i kontrollgruppen var 10. Även skolnärvaron förbättrades signifikant i gruppterapibetingelsen. Ju fler gruppterapisessioner ungdomarna deltog i, desto mer minskade deras självskadebeteende. Författarna drog slutsatsen att detta verkade vara en lovande behandling för ungdomar med självskadebeteende.

6.2. Den australiensiska replikationsstudien (2009)

Hazell et al. (2009) gjorde ett försök att replikera Wood et al.’s (2001) studie, men med motsatt resultat: de ungdomar som fick gruppterapi hade sämre effekt än kontrollgruppen.

Undersökningsdeltagare. I studien deltog 72 ungdomar i åldern 12-16 år (91% flickor) som remitterats till barn och ungdomspsykiatrin i tre australiensiska städer: Newcastle, Brisbane North och Logan, och som rapporterade minst två självskadeepisoder under det senaste året, varav en inträffat under den senaste 3-månadersperioden. Självskadebeteende definierades på samma sätt som i den föregående studien; de vanligast förekommande självskadebeteendena var att skära sig (97% av deltagarna), att dunka huvudet (71%) och överdosering av mediciner (57%). I exklusionskriterierna ingick akut psykos, utvecklingsstörning och suicidrisk. Ungdomarna randomiserades till antingen gruppterapi (N = 34) eller rutinvård (N = 34).

Resultat. Förekomsten av självskadebeteende mättes med intervju. I motsats till den föregående studien visade resultaten från denna studie sämre utfall för de ungdomar som genomgått gruppterapin: 88%, jämfört med 68% i kontrollgruppen, uppvisade nya självskadeepisoder under den första 6-månadersperioden. När författarna i stället använde samma utfallsmått som Wood et al. (2001), dvs. minst två nya självskadeepisoder, så var skillnaden inte signifikant men gick i samma riktning: något fler deltagare i gruppterapin (65%) än i kontrollgruppen (53%) uppvisade minst två självskadeepisoder under 6-månadersperioden.

6.3. En stor RCT-studie

Green et al. (2011) genomförde en av de största RCT-studierna hittills som fokuserat på ungdomar med självskadebeteende. Studien involverade 366 ungdomar inom barn- och ungdomspsykiatrin vid åtta olika behandlingscentra i nordvästra England.

Undersökningsdeltagare. I studien deltog 366 ungdomar i åldern 12-17 år (89% flickor) som haft minst två självskadeepisoder under det senaste året. Självskadebeteende definierades på samma sätt som i den föregående studien. I exklusionskriterierna ingick akut psykos, utvecklingsstörning och lågvikts-anorexia nervosa. Ungdomarna randomiserades till antingen gruppterapi + rutinvård (N = 183), eller enbart rutinvård (N = 183).

Resultat. Förekomsten av självskadebeteende mättes även i denna studie med intervju. Förekomsten av självskadebeteende minskade i hela behandlingsgruppen, men tillägget av gruppterapi till rutinvården gav ingen förbättring av resultaten.

6.4. Sammanfattning: ”Developmental group therapy” och självskadebeteende

Denna typ av gruppterapi tycks inte ge något bidrag till behandlingen av ungdomar med självskadebeteende. En första engelsk pilotstudie visade visserligen lovande resultat, men försöken att replikera dessa resultat i Australien misslyckades så till den grad att gruppterapin gav signifikant sämre resultat än rutinvård. Eftersom även en stor engelsk RCT-studie misslyckats med att visa några effekter av gruppterapin, kan man förmodligen dra slutsatsen att denna behandlingsansats inte har framtiden för sig.

7. ÖPPENVÅRDSBEHANDLING JÄMFÖRT MED INNELIGGANDE BEHANDLING

Chiesa, Sharp och Fonagy (2011) beskriver en kohortstudie där de jämförde öppenvårdsbehandling med inneliggande behandling för patienter med personlighetsstörningar, och kontrasterade i detta sammanhang patienter med och utan självskadebeteende. Deras hypotes var att patienter med självskadebeteende skulle (1) ha varit mer utsatta för riskfaktorer och uppvisa svårare psykopatologi än de övriga, och därför också (2) vara i behov av inneliggande behandling snarare än öppenvårdsbehandling, och alltså svara bättre på inneliggande behandling. De fick stöd för den första hypotesen: patienter med självskadebeteende hade upplevt signifikant fler tidiga separationer och mer av sexuella och fysiska övergrepp, samt uppfyllde kriterier för betydligt fler psykiatriska diagnoser, inklusive borderline-personlighetsstörning. Däremot fick de inget stöd för den andra hypotesen – resultaten gick i själva verket åt rakt motsatt håll: dvs. patienter med självskadebeteende svarade sämre på inneliggande behandling.

Undersökningsgruppen. I undersökningsgruppen ingick två kohorter: (1) en konsekutiv serie av 79 patienter som lagts in för behandling vid Cassel Hospitals therapeutic community för långtidsbehandling under en 5-årsperiod (behandlingen bestod av en kombination av socioterapi, psykoanalytisk terapi individuellt och i grupp, samt psykofarmaka, under max 1 års tid), och (2) en konsekutiv serie av 121 patienter som behandlats inom öppenvården i Cassel Hospital community-based treatment program under en 13-årsperiod. Efter bortfall kvarstod 38 patienter i den första gruppen och 85 i den andra. Den genomsnittliga längden av den inneliggande behandlingen var 8.4 månader, medan öppenvårdsbehandlingen varade 21.1 månader i genomsnitt. Patienterna var i genomsnitt drygt 30 år, och två tredjedelar av dem var kvinnor. 59 patienter (48%) rapporterade minst en episod av icke-suicidalt självskadebeteende under året innan behandlingsstarten och inkluderades i självskadegruppen.

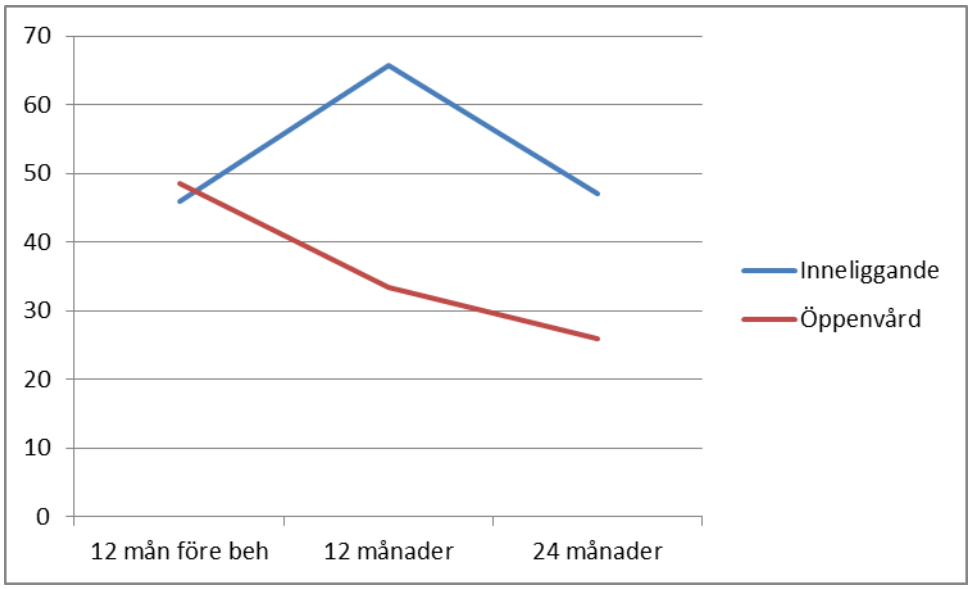
Mätning av självskadebeteende. Självskadebeteende mättes med en modifierad form av en intervju som användes i studien av Bateman och Fonagy (1999), the Suicide and Self-Harm Inventory. I kategorin icke-suicidala självskadebeteenden ingick att skära sig, riva sig, dunka huvudet, slå sig, och att bränna sig.

Resultat. Som väntat var resultaten sämre med de patienter som hade självskadebeteende: av dessa uppvisade 52% en reliabel förbättring på psykiatriska symptom, medan motsvarande siffra för patienter utan självskadebeteende var 66%. Och medan 20% av självskadepatienterna uppvisade en försämring under behandlingens gång gällde detta endast 8% av de patienter som inte skadat sig själva. Däremot bekräftades inte hypotesen att självskadepatienterna skulle svara bättre på den inneliggande behandlingen – tvärtom svarade de signifikant bättre på öppenvårdsbehandling: 59% av de självskadepatienter som fick öppenvårdsbehandling visade en reliabel förbättring på psykiatriska symptom, till skillnad från enbart 35% av dem som fick inneliggande behandling. För gruppen patienter utan

självskadebeteende var resultaten motsatta: 81% av dem svarade positivt på den inneliggande behandlingen jämfört med 58% på öppenvårdsbehandlingen.

Intressant är också att effekterna på självskadebeteende skilde sig tydligt mellan de patienter som fick dessa två olika typer av behandling. I Figur 13 visas andelen patienter med självskadebeteende bland inneliggande patienter och öppenvårdspatienter under tre 12-månadersperioder: före behandling, 12 månader efter behandlingens början, samt efter 24 månader. Som framgår av figuren uppvisade de inneliggande patienterna ett förvärrat självskadebeteende under den första 12-månadersperioden (dvs. behandlingstiden), för att sedan efter 2 år i princip vara tillbaka till samma utgångsläge som före behandling. Självskadepatienter i öppenvårdsbehandling däremot visade en successiv minskning av självskadebeteende under mätperioden. Eftersom den inneliggande behandlingen varade i högst 12 månader, och ökningen av självskadebeteende inte fortsatte efter de första 12 månaderna av mätperioden utan förbyttes i en nedgång till ursprungsvärdena efter behandlingens avslutande, reser det frågan om inte behandlingen i sig direkt orsakade ett ökat självskadebeteende.

Författarna fann också att skillnaden i effekt mellan behandlingarna inte förklarades av förekomsten av borderline-diagnos. Även när de kontrollerade statistiskt för förekomsten av borderline-personlighetsstörning så kvarstod samma skillnad: patienter med självskadebeteende svarade bättre på öppenvårdsbehandling än på inneliggande behandling, oavsett om de hade en borderline-diagnos eller inte.



Figur 13. Andel patienter med självskadebeteende under tre 12-månadersperioder: före behandling, efter 12 månaders behandling, och efter 24 månader.

Denna studie har en mängd svagheter. Först och främst var inte deltagarna randomiserade till de olika behandlingsbetingelserna, och det kan som författarna påpekar inte uteslutas att det förekommit någon form av selektionsbias vid fördelningen av patienter till

behandlingsbetingelserna. Dessutom tycks behandlingens innehåll skilts sig åt mellan öppenvårdsbehandlingen och den inneliggande behandlingen – att döma av Chiesa et al.'s beskrivning ingick psykoanalytisk terapi i den inneliggande behandlingen, medan det inte framgår om detta var fallet även vid öppenvårdsbehandlingen. Som författarna påpekar behöver studien replikeras med en större grupp av patienter, och med behandling av annan inriktning, för att man ska kunna dra några generella slutsatser. Samtidigt är resultaten intressanta, eftersom de väcker frågan om eller när inneliggande behandling kan vara kontraindicerat för patienter med självskadebeteende.

8. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Det finns i dagsläget två former av långtidsterapi (minst 1 års behandling) som visat goda effekter på självskadebeteende i flera randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier): dialektisk beteendeterapi (DBT) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT). Därtill finns ytterligare två långtidsterapier som visat lovande effekter i åtminstone en studie: Youngs schema-fokuserade terapi, och Gundersons psykodynamiska terapi. Bland kortvarigare behandlingsformer finns en som visat goda effekter i två RCT-studier: Gratz 14 veckor långa Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), som tilläggsbehandling för patienter som redan har en individuell vårdkontakt.

Den terapiform som beforskats mest av dessa är dialektisk beteendeterapi (DBT). DBT har visat signifikant bättre effekt på självskadebeteende än kontrollgruppen vid tre av sju genomförda RCT-studier, och i ett par ytterligare studier tenderar effekterna att vara bättre för DBT-behandlingen – inte i någon studie har DBT gett sämre effekt än någon annan behandling. Kliem et al:s (2010) metaanalys av de sammantagna resultaten från RCT-studier bekräftar denna bild. Det bör samtidigt noteras att DBT enbart visat effekter på självskadebeteende i samband med 12 månader långa behandlingar. Inte i någon av de studier som testat kortare varianter av DBT (6 månader eller mindre) har man funnit att DBT gett signifikant bättre effekt på självskadebeteende än kontrollgruppen.

M*entaliseringsbaserad terapi* (MBT) har i tre (av tre hittills genomförda) RCT-studier visat signifikant bättre effekt än kontrollgruppen, inklusive en kontrollgrupp som fick en strukturerad manualiserad behandling. Det kan noteras här att det var först efter ett års behandling som MBT hade bättre effekt än kontrollgruppen i dessa studier – vid en 6-månadersmätning fanns ingen fördel för MBT-gruppen i någon av studierna. Effekterna av MBT kan tyckas mer entydiga än de resultat som ses av DBT, men eftersom det än så länge bara finns tre RCT-studier, och eftersom inga oberoende forskare ännu testat effekterna av MBT i en kontrollerad studie, så är det för tidigt att dra säkra slutsatser. Att notera är att de MBT-behandlingar för vuxna som studerats har varat i 18 månader, dvs. längre än DBT. En annan skillnad är att MBT beskrivs som mindre utbildningskrävande (terapeuterna i MBT-studierna har i de flesta fall varit sjuksköterskor utan formell psykoterapeututbildning).

Ytterligare en långtidsbehandling, en 3-årig schema-fokuserad terapi enligt Youngs modell, har visat signifikant bättre effekter än kontrollgruppen i en RCT-studie. Denna studie är intressant bland annat av den anledningen att även jämförelsegruppen fick en manualiserad psykoterapi som utvecklats just för borderline-patienter: psykodynamisk överföringsfokuserad terapi. Den schema-fokuserade terapin gav bättre effekter än den överföringsfokuserade terapin på de flesta mått, var förknippad med signifikant bättre terapeutisk allians, och ledde också till signifikant färre avhopp från behandlingen. Även om det i dagsläget bara finns en RCT-studie av schema-fokuserad terapi, och denna studie har vissa brister (relativt låg förekomst av självskadebeteende redan från början, en tendens till lägre förekomst av självskadebeteende hos patienterna i den schema-fokuserade terapin, och vissa tveksamheter när det gäller kvaliteten i genomförandet av den överföringsfokuserade terapin) så är alltså resultaten av denna studie värda att uppmärksamma. Vare sig DBT eller MBT har hittills i

någon RCT-studie visat signifikant bättre effekter än en annan teoretiskt baserad borderline-specifik behandling. Av direkt intresse är också att denna effektskillnad sågs mellan två terapiformer som skilde sig signifikant åt i det terapeutiska förhållningssättet: Schematerapin betonar betydelsen av ett mer empatiskt stödjande terapeutiskt förhållningssätt än den överföringsfokuserade terapin, och såväl terapeuter som patienter skattade den terapeutiska alliansen som signifikant högre i schematerapin än i den överföringsfokuserade terapin.

En ytterligare långtidsbehandling för borderline-patienter bör också nämnas här: *Gundersons psykodynamiska terapi* i form av s.k. General Psychiatric Management. Tolv månader av behandling utifrån Gundersons psykodynamiska modell har i en studie visat likvärdiga effekter med DBT, såväl vid eftermätning som vid uppföljning. Eftersom DBT visat god effekt i flera andra studier talar detta även för att Gundersons modell kan vara ett bra alternativ. Visserligen finns det bara en RCT-studie, men resultaten är värda att uppmärksamma både därför att det är den hittills största studien av detta slag som genomförts, och eftersom den *inte* genomfördes av terapins upphovspersoner utan av forskare med DBT-bakgrund som ville testa om DBT gav bättre effekt än en annan manualiserad teoretiskt grundad borderline-specifik behandling.

Bland de korttidsbehandlingar som visat god effekt är Gratz Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) den förmodligen intressantaste – den har testats i två RCT-studier och visat signifikant bättre resultat än kontrollgruppen i båda (med medelstora till stora effekter), och resultaten tycks stå sig vid uppföljning. ERGT sträcker sig enbart över 14 veckor och bedrivs i grupper med högst sex deltagare. Viktigt är dock att komma ihåg att den testats enbart som *tilläggsbehandling* för patienter som redan har någon form av individuell vårdkontakt – det finns i dagsläget inga data som tyder på att den kan fungera utanför en sådan kontext.

Vad gäller övriga terapiformer så har det testats ett flertal sådana utan särskilt imponerande effekter. Dit hör överföringsfokuserad psykoterapi, ett antal kognitiva terapiformer (kognitiv terapi för personlighetsstörningar, kognitiv-analytisk terapi, problemlösningsterapi, STEPPS, en kort form av Manual-Assisted Cognitive Therapy, och en form av KBT för ungdomar med självskadebeteende), samt en Developmental Group Therapy för ungdomar med självskadebeteende. En av dessa terapiformer som förtjänar att uppmärksammas är den form av KBT för ungdomar med självskadebeteende som utvecklats i Holland, och som visserligen inte visade någon signifikant bättre effekt än kontrollgruppen direkt efter behandling, men som vid 9-månadersuppföljningen visade effekt. Intressant i detta sammanhang var också resultat som tydde på att effekterna av behandlingen medierades av förbättrad emotionsreglering.

Begränsningar. Den hittills gjorda forskningen kring behandling av självskadebeteende är begränsad, och därför kan denna rapport inte mynna ut i några entydiga slutsatser. En viktig begränsning, som måste hållas i minnet, är att de behandlingsinterventioner som visat effekt (DBT, MBT, m.fl.) i huvudsak är utvecklade för patienter med borderline-personlighetsstörning. De flesta ungdomar och unga vuxna som skadar sig själva kommer förmodligen aldrig att utveckla en borderline-personlighetsstörning, och det går inte att extrapolera ovan beskrivna forskningsresultat till denna grupp.

En annan begräsning är att denna forskningsöversikt enbart tar upp psykologiska behandlingsformer. Ungdomar med självskadebeteende kan också vara i behov av en mängd andra insatser, som inbegriper skola och socialtjänst, samt samarbete och samordning mellan dessa och primärvård samt psykiatri. Detta ligger dock utanför syftet med denna forskningsöversikt.

De resultat som redovisats ovan möjliggör dock ändå vissa slutsatser. En första slutsats som kan dras här är följande:

1. Det finns flera långtidsterapier (minst 12 månaders behandling) som i randomiserade kontrollerade studier visat goda resultat i form av minskat självskadebeteende vid behandling av patienter med borderline-personlighetsstörning. *Dit hör främst DBT och MBT, men även schema-fokuserad terapi och Gundersons psykodynamiska terapi. Dessutom har en 14 veckors gruppterapi med inriktning på emotionsreglering visat god effekt, men enbart som tilläggsbehandling till en långvarig individuell samtalskontakt. Det finns idag alltså ingen evidens för att korta behandlingar av självskadebeteende ger effekt.*

Dessa resultat reser frågan vad det är som är verksamt i dessa olika terapiformer. Detta har forskningsresultaten ännu inte så mycket att säga om. En andra slutsats är därför att:

2. Det finns ännu ingen evidens för att någon av dessa terapiformer är mer effektiv än de övriga, och det finns hittills ingen evidens för vad som är verksamma komponenter i någon av dessa terapiformer.

För att kunna dra slutsatser kring dessa frågor behövs studier som visar att en behandlingsmodell eller behandlingskomponent ger bättre effekt än en annan. Vad gäller DBT finns det åtminstone fyra studier som innehåller jämförelser med andra långtidsbehandlingar. I två av dessa fann man inga skillnader i effekt på självskadebeteende: (1) DBT gav inte bättre effekt än en kontrollgrupp (Comprehensive Validation Therapy; Linehan et al., 2001) som fick acceptans/valideringsdelen av DBT + ett 12-stegsprogram. (2) DBT gav likvärdiga resultat med General Psychiatric Management (GPM, vilket inkluderade psykodynamisk terapi enligt Gundersons modell; McMain et al, 2009, 2011). Samtidigt finns det två studier som funnit signifikanta skillnader mellan DBT och andra långtidsbehandlingar: (3) En modifierad variant av DBT (med psykodynamiska inslag och utan färdighetsträning i grupp) gav bättre effekt än klientcentrerad stödterapi (Turner, 2000). (4) DBT gav bättre effekt än behandling av ”expertterapeuter” med psykodynamisk eller eklektisk inriktning (Linehan et al., 2006) – här var effekten på självskadebeteende visserligen inte statistiskt signifikant men ändå medelstark, och DBT-gruppen förbättrades signifikant mer på de flesta övriga mått, inklusive suicidalitet och självbild. Sammantaget innebär det att det hittills inte

finns någon evidens för att specifika komponenter i DBT (t.ex. kedjeanalys av självskadebeteende eller färdighetsträningen) ger effekt på självskadebeteende – detta eftersom lika goda effekter har uppnåtts hos jämförelsegrupper där dessa komponenter saknats. Att DBT i två studier visat bättre effekt än dels klientcentrerad stödterapi och dels behandling av ”expertterapeuter” med psykodynamisk eller eklektisk inriktning tyder dock på att effekterna *inte kan reduceras enbart till terapeutisk skicklighet eller terapeutiskt stöd*, utan att det finns något i DBT:s metod eller struktur som är väsentligt i sammanhanget. Vad detta är återstår att visa.

Vad gäller MBT gav denna metod bättre effekt än Structural Clinical Management i en studie (Bateman & Fonagy, 2009). Här kontrollerade man för gemensamma strukturella faktorer som mängden terapi, graden av struktur, användningen av manual, terapeuterna utbildning och erfarenhet, mängden handledning, mm. Dessa resultat skulle alltså kunna tyda på att arbetet med mentalisering är en verksam komponent i MBT. Men det finns inga uppgifter om att man kontrollerade för terapeutisk allians eller för metodens trovärdighet, och eftersom denna studie är utförd av upphovspersonerna till MBT, och forskares ”allegiance” har visat sig vara en viktig faktor för resultat inom terapiforskningen är det för tidigt att dra en sådan slutsats – denna typ av resultat behöver replikeras av oberoende forskargrupper.

Vad gäller schemafokuserad terapi är det klart intressant att den gav bättre effekt än överföringsfokuserad psykodynamisk terapi i en RCT-studie (Giesen-Bloo et al., 2006). En svaghet här är dock att utfallsmåttet inte gjorde någon åtskillnad på icke-suicidala och suicidala självskadebeteenden, och att patienterna i den schema-fokuserade terapin hade mindre självskadebeteende redan innan behandlingsstarten. Samtidigt är det intressant att schemafokuserad terapi utmärks av att man föreskriver ett mer empatiskt, stödjande och validerande terapeutiskt förhållningssätt än överföringsfokuserad terapi, och att den terapeutiska alliansen var signifikant bättre i den schemafokuserade terapin, samt att detta hade samband med behandlingseffekterna.

Vad finns det då för *gemensamma* faktorer som förenar dessa terapiformer? Ett svar på den frågan borde kunna ge viktiga ledtrådar till vad som bör ingå i en god behandling av patienter med självskadebeteende. Här följer en uppräkning av några exempel på gemensamma faktorer:

En tydlig behandlingsstruktur. En gemensam nämnare för samtliga terapiformer som visat effekt på självskadebeteende är att de innehåller en *tydlig behandlingsstruktur*, som patienterna *informeras* om redan från början. Dessa terapiformer är samtliga manualiserade i den meningen att de följer ett protokoll som anger riktlinjerna för behandlingen. Detta skapar förutsägbarhet och kontinuitet i behandlingen. Intressant i detta sammanhang är att den enda jämförelse mellan DBT och en annan terapiform som utfallit till DBT:s fördel är Turners (2000) jämförelse mellan DBT och en ostrukturerad stödterapi av klientcentrerat slag. Detta ligger i linje med antagandet att en tydlig behandlingsstruktur är en viktig behandlingskomponent i arbetet med denna patientgrupp.

Bateman et al. (2009) framhåller att borderline-patienter är extra känsliga för osäkerhet och brist på struktur. Med ”struktur” åsyftar de ”hur ett behandlingsprogram är sammansatt,

hur det implementeras på daglig basis, hur det organiseras på lång sikt, hur förutsägbart det är, och hur tydliga gränser det har i form av roller och ansvar. Inkonsekvens, bristande koordination, motstridiga responser, otillförlitlighet och godtycklighet är motsatser till struktur.” (s. 6).

En viktig del i behandlingsstrukturen är att patienterna informeras tydligt om vad behandlingen innebär redan från början. I DBT ägnas de första sessionerna åt att orientera patienten om dess upplägg, och om vad som förväntas av terapeut respektive patient i denna typ av behandling. Som Linehan (1993, s 442) formulerar det: ”Terapin i sig, liksom sessionernas antal, form och innehåll, bör beskrivas i detalj för patienten. Dessutom bör det som är utmärkande för behandlingsfilosofin inom DBT beskrivas.”

Även Gunderson och Links (2008) beskriver, utifrån ett psykodynamiskt perspektiv, betydelsen av struktur:

> ”Structure is an impersonal holding, neither invasive nor neglectful. This therapeutic function is served by schedules, clarity of roles and goals, privilege systems, controls, contracts, and clear consequences of behaviors.” (Gunderson & Links, 2008, s. 70)

De framhåller också den stora betydelsen av psykoedukation, i form av att både patient och anhöriga informeras om patientens diagnos och problembild, samt att varje patient har en ”primary clinician” som har det primära ansvaret för patientens vård.

Ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande terapeutiskt förhållningssätt. Vad gäller det terapeutiska förhållningssättet är en gemensam faktor för de ovan nämnda terapiformerna att de betonar vikten av att lyssna till patienten och att utforska patientens upplevelser på ett empatiskt och validerande sätt. I DBT görs denna utforskning främst i form av kedjeanalyser av självskadeepisoder, samtidigt som det framhålls att terapeuten behöver leva sig in i patientens perspektiv och validera det adekvata, begripliga, ”logiska” i patientens upplevelser innan man går vidare för att söka efter alternativa tolkningar eller handlingssätt i problematiska situationer. I MBT framhålls på motsvarande sätt en ”icke-vetande attityd” som innebär att. terapeuten visar sig uppriktigt nyfiken och intresserad av att lära sig om patientens inre upplevelser. Vid problematiska skeenden i terapirelationen validerar terapeuten patientens upplevelser, varpå man utforskar vilka skeenden som lett fram till dessa upplevelser av terapirelationen; terapeuten tar i detta sammanhang på sig ansvaret för sin del i dessa skeenden, i stället för att se patientens upplevelser som förvrängningar.

Även i den schema-fokuserade terapin framhävs betydelsen av ett empatiskt stödjande terapeutiskt förhållningssätt; intressant är att denna terapi i en RCT-studie både skapade en bättre terapeutisk allians och gav bättre effekt än en annan terapiform (överföringsfokuserad terapi) som förordar ett mindre validerande och mer konfronterande förhållningssätt. Även Gunderson och Links (2008) framhåller att empati och validering är av avgörande betydelse för att skapa en god relationell allians med klienten. Även i Gratz gruppterapeutiska behandling spelar ett accepterande förhållningssätt en central roll: deltagarna uppmuntras att

utforska såväl sina positiva som negativa känslor för att bli mer medvetna om dessa och förstå sina känsloreaktioner bättre. Det är också intressant att notera att s.k. Comprehensive Validation Therapy, där det empatiskt-validerande förhållningssättet renodlades, hade bättre effekt än DBT (Linehan et al., 2001) när det gällde förmågan att hålla kvar patienterna i behandling.

Fokus på emotionell medvetenhet och emotionsreglering. Vad gäller innehållet i metod och arbetssätt är det gemensamt för samtliga fyra långtidsterapier, och ännu tydligare för Gratz gruppterapeutiska modell, att de har ett *fokus på ökad medvetenhet om emotioner och förbättrad emotionsreglering*. I DBT ingår t.ex. en modul specifikt fokuserad på emotionsreglering i färdighetsträningen, och en viktig del av individualterapin handlar om att tillämpa färdigheter av detta slag – även kedjeanalysen innehåller ett väsentligt fokus på emotioner och hur de hanteras i samband med den händelsekedja som leder fram till självskadeepisoder och andra problematiska episoder. Inom MBT innehåller mentaliseringsarbetet ett arbete med att medvetandegöra och sätta ord på emotioner. Även Gundersons psykodynamiska modell fokuserar på emotion och emotionsreglering, liksom också Youngs schemafokuserade terapi. Intressant i detta sammanhang är också att effekterna såväl av ERGT som av den korta KBT-behandling för ungdomar med självskadebeteende som testades i Holland medierades av förändringar i emotionsreglering av det slag som betonas i Gratz modell.

Strategier för att motverka iatrogena effekter i vården. Att psykologisk behandling, liksom medicinsk behandling, kan åstadkomma skada om den inte genomförs på ett kompetent sätt är något som kommit att uppmärksammas alltmer under senare år (Lilienfeld, 2007). Det finns en del som tyder på att patienter med självskadebeteende är en grupp där denna risk är mer uttalad än i många andra grupper. Ett återkommande tema i de nämnda terapiformerna är således att de innehåller strategier för att motverka iatrogena effekter som kan uppkomma inom vården med denna patientgrupp. En väsentlig strategi för att motverka sådana risker inom DBT-modellen är *konsultationsteamet* som tillämpar DBT-principer i handledningen av terapeuterna, och som spelar en central roll som stöd för terapeuten när det gäller att upprätthålla den terapeutiska relationen och balansen i denna.

Allen Frances beskrev de svårigheter att upprätthålla ett empatiskt förhållningssätt som kan upplevas i arbetet med patienter som skadar sig själva:

> "Of all disturbing behaviors, self-mutilation is the most difficult for clinicians to understand and treat. Most of us have a much greater immediate empathy for a patient's depression or anxiety, and even for violent impulses and psychotic thinking, than we do for the relief some patients feel when they hurt and scar themselves. The typical clinician (myself included) treating a patient who self-mutilates is often left feeling some combination of helpless, horrified, guilty, furious, betrayed, disgusted and sad." (Frances, 1987, p. 316)

En risk är att terapeuten inte förmår upprätthålla ett empatiskt-validerande förhållningssätt när terapirelationen sätts på prov genom suicidförsök, självskadebeteenden eller aggressiva beteenden från patientens sida. Här finns en risk att terapeuten reagerar

negativt på ett sätt som gör att även terapin blir till en ny invaliderande erfarenhet för patienten. Linehan skriver:

> "I have been amazed at how many good therapists end up conducting ineffective therapy or making major mistakes with this patient population. In clinical settings, such as inpatient units and agencies, therapists at times seem to act almost as borderline as their patients." (Linehan, 1993, s. 424)

Intressant i detta sammanhang är Fonagy och Batemans (2006) beskrivning av hur utvecklingen under senare år gått i riktning mot en alltmer positiv prognos för patienter med borderline-personlighetsstörning. Enligt dem är denna utveckling delvis ett resultat av att det utvecklats nya bättre behandlingsmetoder inom området (först DBT och sedan även MBT och andra), men delvis också en effekt av att man alltmer övergett behandlingsmetoder som varit direkt *skadliga*.

Gunderson och Links (2008) noterar i detta sammanhang att ett antal böcker om psykoanalytisk terapi med borderline-patienter som skrevs under 1980-talet uppehöll sig mycket kring de stora problem som dessa patienter skapade i terapirelationen (i form av gränslöshet, stark aggressivitet, etc.), samtidigt som

> "very little documentation of benefit is found. In retrospect, the problems these books detail may be iatrogenic – caused by therapies that were uninformed or infused by unrecognized countertransference reactions." (Gunderson & Links, 2008, s. 16)

Kritiken riktar sig här mot psykoanalytiskt inriktade terapiformer som kan ha haft skadliga effekter. Samtidigt bör det noteras att såväl Fonagy och Bateman som Gunderson och Links är psykodynamiskt-psykoanalytiskt skolade, och att de representerar psykodynamiska terapiformer som gett goda effekter i RCT-studier. Det är alltså viktigt att skilja mellan olika typer av psykodynamisk terapi i detta sammanhang.

Enligt Fonagy och Bateman (2006) är borderline-patienter extra sårbara i detta avseende. Detta beror dels på att de, som ett resultat av biologiska faktorer och sin tidigare historia, har ett "hyperaktivt anknytningssystem", och dels på att de har stora svårigheter att vidmakthålla sin mentaliseringsförmåga när anknytningssystemet aktiveras. En viktig princip i MBT är därför att "inte överstimulera anknytningssystemet", utan att hitta en bra balans mellan en emotionell anknytning i terapirelationen och ett arbete med mentaliseringsprocesser i och utanför teraprelationen.

> "patients with borderline personality disorder are particularly vulnerable to side-effects of psychotherapeutic treatments that activate the attachment system. Yet, without activation of the attachment system these patients will never develop a capacity to function psychologically in the context of interpersonal relationships, which is at the core of their problems. So, the mental health professional must tread a precarious path between stimulating a patient's attachment and involvement with treatment while helping them to maintain mentalisation. Treatment will only be effective to the extent that it is able to enhance the

patient's mentalising capacities without generating too many negative iatrogenic effects as it stimulates the attachment system." (Fonagy & Bateman, 2006, s. 2)

I detta sammanhang är det intressant att notera att resultaten i studien av Chiesa et al. (2011) tyder på att risken för iatrogena effekter gäller patienter med självskadebeteende mer generellt, oavsett om de uppfyller kriterierna för en borderline-diagnos eller inte. Som beskrevs i avsnitt 6 ovan, visade resultaten av denna studie att öppenvårdsbehandling var förknippad med bättre effekt på självskadebeteende än inneliggande behandling i, samt att självskadebeteendet *ökade* hos de patienter som var inlagda. Detta skulle kunna tala för att risken för negativa effekter är extra stor just vid inneliggande behandling. En aspekt av detta är också de "smittoeffekter" som konstaterats bl.a. hos ungdomar på behandlingshem och på psykiatriska avdelningar (Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen & Helenius, 1998; Walsh & Rosen, 1985).

Sammantaget leder dessa överväganden till följande slutsats:

3. De terapiformer som hittills visat god effekt innehåller vissa gemensamma faktorer som kan antas vara väsentliga för upplägget av behandling av patienter med självskadebeteende. Till dessa faktorer hör:

(1) En tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för patienten.

(2) Ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande terapeutiskt förhållningssätt .

(3) Ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering.

(4) Strategier för att motverka risken för iatrogena effekter

References

American Psychiatric Association. (2012). DSM-5 development. Proposed revisions. V 01 Non-Suicidal Self Injury. Retrieved from http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=443

Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outome of 18-month day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders, 26,* 568-582.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156,* 1563–1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry, 158,* 36-.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalization based treatment.* Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008a). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165,* 631–638.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008b). Mentalization-based treatment for BPD. *Social Work in Mental Health, 6,* 187-201.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management. *American Journal of Psychiatry, 166,* 1355–1364.

Bateman, A., Fonagy, P., Bolton, R., & Karas, E. (2009). Structured clinical management for borderline personality disorder. Opublicerat manuskript. Hallwick Unit, S:t Ann's Hospital, London.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9,* 11-15.

Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012a). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80,* 66-77.

Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review, 81,* 392–425.

Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with Borderline Personality Disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 468–478.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42,* 487–499.

Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., & Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 44,* 162–173.

Chanen, A.M., Jackson, H. J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 193*, 477–484.

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.

Chiesa, M., Sharp, R., & Fonagy, P. (2011). Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80,* 100-109.

Clarkin. J. F. (1998). Cornell Interview for Suicidal and Self-Harming Behavior – Self Report (CISSB). Weill Medical College of Cornell University.

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164,* 922–928.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality.* New York, NY: John Wiley & Sons.

Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and Behavioral Practice, 14,* 406–414.

Davidson, K. M. (2008). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Guide for Clinicians.* Second Edition. New York: Routledge.

Davidson, K. M., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: results from the BOSCOT trial. *Journal of Personality Disorders, 20,* 450–65.

Davidson, K., Scott, J., Schmidt, U., Tata, P., Thornton, S. & Tyrer, P. (2004). Therapist competence and clinical outcome in the Prevention of Parasuicide by Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy Trial: the POPMACT study. *Psychological Medicine, 34,* 855-863.

Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospecctive 6-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry, 197,* 456-462.

De Leo, D. (2011). DSM-V and the future of suicidology. *Crisis, 32:* 233–239.

Doering, S., et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 196,* 389–395.

Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J. & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine 29,* 19–25.

Farrell, J.; Shaw, I.; and Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2,* 317-328.

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 a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health, 5,* 3-10.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 188,* 1-3.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16,* 183-101.

Fonagy, P., & Bateman, A. (Eds.) (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* London: Karnac.

Frank, J. D. (1974). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy.* New York: Schocken Books.

Friedrich, J., Gunia, H., & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks fur Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24,* 289–306.

Gibbons, J. S., Butler, J., Urwin, P., & Gibbons, J. L. (1978). Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry, 133,* 111–118.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63,* 649–658.

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23,* 253–263.

Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology: In session, 63,* 1091-1103.

Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37,* 25–35.

Gratz, K. L., Levy, R., & Tull, M. T. (in press). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy.*

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 26,* 41-54.

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2,* 316–326.

Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. (2012). Randomized controlled trial and 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. Manuscript submitted for publication.

Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., Woodham, A., Ayodeji, E., Barrett, B., Byford, S.., & Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ, 342,* 859-871.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health, 17,* 65-75.

Gunderson, J. G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G. & Links, P. S. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. *Second edition.* Washington, DC.: American Psychiatric Press.

Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76,* 1068–1075.

Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, C., House, A., Owens, D., Sakinowsky, I. & Traskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self-harm: a systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal 317,* 441–447.

Hawton, K., & James, A. (2005). ABC of adolescence. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ, 330,* 891-894.

Hawton, K., McKeown, S., Day,A., Martin, P., O'Conner, M.,Yule, J., et al. (1987). Evaluation of out-patient counseling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine, 17,* 751–761.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.

Hazell, P. L., Martin, G., McGill, K., Kay, T., Wood, A., Trainor, G., & Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: Failure of replication of a randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 58, 662- 670.

James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(3), 148–152.

Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(3), 276–282.

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62,* 445-458.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations.* American Psychiatric Publishing.

Kliem, S, Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 936-951).

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27,* 226-239.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzales, A. M., Morse, J. Q., . . . Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32,* 371–390.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science, 2,* 53-70.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive.behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1060–1064.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment, 18,* 303–312.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63,* 757–766.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67,* 13–26.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50,* 971–974.

Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H. R., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet

criteria for borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry, 69,* 999–1005.

Linehan, M. M., Schmidt, H., III, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8,* 279–292.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1771–1776.

Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley M., L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183-1192.

McLeavey, B. C., Daly, R. J., Ludgate, J.W., & Murray, C.M. (1994). Interpersonal problem solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 24,* 382–394.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Kormann, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166,* 1365–1374.

McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up period. *American Journal of Psychiatry, 169,* 650-661.

Muehlenkamp, J, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324–333

NICE (2009). Borderline Personality Disorder: treatment and management. http://www.nice.org.uk/Guidance/CG78/NiceGuidance/pdf/English

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18,* 78-83.

Pasieczny, N. & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49,* 4-10.

Prendergast, N., & McCausland, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: A 12-month collaborative program in a local community setting. *Behaviour Change, 24,* 25–35.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 32*(2), 146–157.

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51,* 1304-1313.

Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 157,* 871–876.

SBU (2005). Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning. Alert-rapport nr 2005-07. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering.

Slee, N., Arensman, E., Garnefski, N., & Spinhoven, P. (2007). Cognitive behavioral therapy for deliberate self-harm. *Crisis, 28,* 175–182.

Slee, N., Garnefski, N, van der Leeden, R., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 192*(3), 202–211.

Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N., & Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15,* 205-216.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 104-115.

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 & Adolescent Psychiatry, 37,* 211-217.

Taylor, L. M. W., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Mimic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39,* 619-625.

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 7,* 413–419.

Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., Knapp, M., MacLeod, A. & Catalan, J., on behalf of the POPMACT Group (2004). Differential effects of manual assisted cognitive behaviour therapy (MACT) in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *Journal of Personality Disorders 18,* 102–116.

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate selfharm: the POPMACT study. *Psychological Medicine, 33,* 969–976.

van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1231–1241.

Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182,* 135–140.

Walsh, B., & Rosen, P. (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. The *American Journal of Psychiatry, 142,* 119-120.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings.* Mahwah, N.J.; Lawrence Erlbaum Associates.

Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., & Cutter Jr, C. J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders, 20,* 482-492.

Wilkinson, B. (2011). Current trends in remediating adolescent self-injury: An integrative review. *The Journal of School Nursing, 27,* 120-128.

Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(11), 1246–1253.

Young, J. E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach.* Revised edition. Sarasota, Fla: Professional Resource Press.

Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology.* Published online 24 January, 2013. DOI 10.1007/s10802-013-9712-5