

**Behandling av självskadebeteende.
En preliminär kunskapssammanställning**

Lars-Gunnar Lundh, Therese Sterner, Thérèse Eriksson,
Sofia Åkerman, Sophie Liljedahl och Jonas Bjärehed

Sammanfattning med slutsatser och förslag

Syfte och innehåll

Syftet med denna rapport är att sammanställa forskning, samt andra relevanta kunskaper och erfarenheter, som kan ligga till grund för slutsatser om lämpliga insatser vid behandling av självskadebeteende. Rapporten består av följande fem delar:

1. Vad visar forskningen om behandling av självskadebeteende? *Lars-Gunnar Lundh*
2. Behandling av självskadande beteende hos unga kvinnor. Samlade erfarenheter av 25 års arbete med unga kvinnor med självskadebeteende och omfattande psykiatrisk problematik. *Therese Sterner*
3. Patienters upplevelser av vården för självskadebeteende. En webbaserad enkätundersökning. *Thérèse Eriksson och Sofia Åkerman*
4. Clinical guidelines for deliberate self-harm, non-suicidal self-injury and borderline personality disorder. *Sophie Liljedahl*
5. Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete. Terminologi, diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodeller, social smitta och internet. *Jonas Bjärehed*

I Del 1 görs en genomgång och analys av behandlingsstudier (främst randomiserade kontrollerade studier, RCT-studier) där självskadebeteende använts som ett utfallsmått, och där det alltså finns möjlighet att dra slutsatser om effekter på självskadebeteende av olika typer av behandling. Denna forskningsöversikt visar viss evidens för tre olika långtidsterapier: dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliseringsbaserad terapi (MBT) och schema-fokuserad terapi. En fjärde terapiform (psykodynamisk terapi enligt Gundersons modell, i form av General Psychiatric Management) är också värd att nämna i detta sammanhang, eftersom den gett lika goda effekter som DBT i den hittills största RCT-studie som genomförts med patienter med borderline-diagnos. Goda effekter visas framför allt av behandlingar som varat under minst ett års tid. Samtidigt finns det lovande behandlingsresultat för vissa kortvarigare terapier (t.ex. en 14 veckors gruppterapeutisk behandling med fokus på emotion och emotionsreglering som utvecklats av Gratz) som tilläggsbehandling för patienter som redan har någon form av individualterapeutisk samtalskontakt.

Eftersom det fortfarande enbart finns ett mindre antal RCT-studier där effekter studerats på självskadebeteende, är det dock svårt att dra några entydiga slutsatser av denna forskningsöversikt. DBT är den hittills mest studerade behandlingsformen, men effekterna på självskadebeteende är inte helt entydiga, och det finns ännu ingen evidens för att specifika komponenter i DBT ger effekt. MBT visar mer entydiga effekter i de studier som hittills gjorts, men där finns än så länge enbart två RCT-studier, båda gjorda av metodens

upphovspersoner. Och vad gäller schema-fokuserad terapi, Gundersons psykodynamiska modell och Gratz gruppterapi har de hittills enbart studerats i en publicerad RCT-studie vardera.

För att få ett bredare underlag för möjliga slutsatser har vi därför valt att vidga perspektivet i fyra olika riktningar:

(1) Går det att identifiera *gemensamma nämnare* i de terapiformer som visat lovande resultat av ovan nämnda slag? Detta skulle i så fall kunna ligga till grund för formulerandet av allmänna riktlinjer när det gäller bemötande och behandling av patienter med självskadebeteende. I Del 1 behandlas denna fråga, och fyra sådana gemensamma faktorer identifieras.

(2) Vad visar den kliniska erfarenheten hos terapeuter med lång erfarenhet av patienter med självskadebeteende? I Del 2 beskriver leg psykoterapeut Therese Sterner erfarenheter och slutsatser utifrån 25 års arbete med denna patientgrupp. Av vikt här är inte bara i vilken mån dessa erfarenheter och slutsatser konvergerar med slutsatserna från analysen av behandlingsforskningen, utan också vilka ytterligare hypoteser inför det fortsatta arbetet på att förbättra vården av denna patientgrupp som kan formuleras utifrån kliniska erfarenheter av detta slag.

(3) Vad visar erfarenheterna hos patienter som behandlats för självskadebeteende inom vården. Hur positiva eller negativa är dessa erfarenheter, och hur ser dessa erfarenheter ut? I Del 3 beskriver Thérèse Eriksson och Sofia Åkerman resultaten av en webbaserad enkätundersökning med 179 patienter som de genomfört som del av arbetet med denna rapport. Även här är det viktigt att se både i vilken utsträckning dessa resultat sammanfaller med slutsatserna från analysen av behandlingsforskningen, och vilken ytterligare information som tillförs av en enkätundersökning av detta slag.

(4) Hur ser de kliniska riktlinjer (guidelines) ut som formulerats för behandling och bemötande av självskadebeteende på andra håll i världen? I del 3 gör Sophie Liljedahl en sammanfattning av hur sådana riktlinjer ser ut i den engelskspråkiga världen. Eftersom riktlinjer av detta slag kan antas vara formulerade av forskare och kliniker som ställts inför liknande frågor som vi som arbetat med denna rapport, kan de spela en viktig roll för att bekräfta, ifrågasätta eller vidga de slutsatser som vi gör på basis av de övriga delrapporterna.

(5) För att formulera riktlinjer för bemötande och behandling av patienter med självskadebeteende är det också nödvändigt att ta hänsyn till annan forskning än ren behandlingsforskning. I Del 5 sammanfattar Jonas Bjärehed det aktuella kunskapsläget inom andra delar av den snabbt växande internationella forskningen kring självskadebeteende.

Med tanke på den korta tid som stått till förfogande för detta arbete är det viktigt att se den föreliggande kunskapssammanställningen som preliminär. Vi ser den som en första grund för fortsatt arbete kring dessa frågor. Samtidigt har vi sett det som viktigt att försöka formulera vissa allmänna slutsatser och förslag utifrån denna kunskapssammanställning.

Allmänna slutsatser och förslag

Går det att identifiera *gemensamma nämnare* i de terapiformer som visat lovande resultat vid behandlingen av självskadebeteende (DBT, MBT, schema-fokuserad terapi, Gundersons psykodynamiska modell, Gratz gruppterapi)? I Del 1 av rapporten dras slutsatsen att följande gemensamma faktorer kan antas vara väsentliga vid behandling av patienter med självskadebeteende: (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 inom vården, som bedöms vara betydande med denna patientgrupp. Dessa slutsatser ligger i linje med de slutsatser som dras även i de andra delarna av rapporten på basis av klinisk erfarenhet, en enkätundersökning av patienterfarenheter, genomgång av engelskspråkiga riktlinjer, samt olika slag av grundforskning kring självskadebeteende.

Det kanske allra viktigaste i detta sammanhang är att motverka risken för iatrogena effekter inom vården vid behandlingen av patienter med självskadebeteende. Även om syftet med behandling är att hjälpa patienten, så måste det anses vara av ännu mer grundläggande betydelse att se till att den vård och behandling som ges *inte skadar* patienten. Risker i detta avseende tas upp från olika perspektiv i alla delar av rapporten: (a) Skadliga behandlingsmetoder, och empiriska studier som visat ökat självskadebeteende i samband med vissa typer av behandling, diskuteras i forskningsöversikten i Del 1. (b) Bristande kunskaper och skadliga förhållningssätt från vårdpersonals sida berörs i Del 2. (c) Den enkätundersökning som presenteras i Del 3 visar att patienter generellt upplever en hög förekomst av negativa attityder och fördomar hos vårdpersonal, och att en betydande andel anser sig ha varit utsatta för kränkningar i vården, samt att patienter med erfarenhet av psykiatrisk slutenvård har mer negativa erfarenheter än patienter som behandlats inom öppenvården. (d) I Del 5 beskrivs forskning som visar på förekomst av smittoeffekter när självskadande patienter vårdas tillsammans.

För att förbättra bemötandet av patienter med självskadebeteende inom vården, och minska risken för iatrogena effekter, föreslår vi att det skapas *en utbildning för vårdpersonal som ska arbeta med denna patientgrupp*. En sådan utbildning bör ha en teoretisk del och en praktisk del. I den teoretiska delen bör grundläggande kunskaper om självskadebeteende läras ut, av det slag som sammanfattas i denna kunskapssammanställning. Den praktiska delen bör bland annat bestå i träning av ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande förhållningssätt av det slag som finns i samtliga terapiformer som har viss evidens vid behandling av självskadebeteende. Helst bör denna praktiska del av utbildningen läggas upp i enlighet med principer för ”deliberate practice” av det slag som i forskningsstudier visat sig ge god effekt i utvecklingen av praktiska färdigheter.¹ Till de färdigheter som bör tränas är förmågan att inta ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande förhållningssätt, och

¹ Ericsson, K. A. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview. *Academic Emergency Medicine, 15*, 988–994.

att *vidmakthålla* ett sådant förhållningssätt även när det sätts på prov i samband med svåra situationer i interaktionen med patienterna. Framställningen av utbildningsmaterial för en sådan kurs bör ske i samarbete mellan forskare, psykoterapeuter och representanter för patientperspektivet, eftersom det är viktigt både att det är representativa problemsituationer som tränas och att detta görs på basis av bästa forskningsevidens.

Vi föreslår att vårdpersonal som gått igenom denna utbildning bör ges rollen som kontaktpersoner för patienter med självskadebeteende, i syfte att skapa en vårdrelation som står för kontinuitet i den fortsatta vården av patienten. Målet bör vara att varje patient med självskadebeteende tilldeles en huvudansvarig kontaktperson som ska vara utbildad enligt ovanstående, och som ska svara för kontinuitet och struktur. En viktig princip för att minska risken för skadliga effekter inom vården bör också vara att den personal som arbetar med patienter med självskadebeteende själva *valt* att göra detta.

Det bör noteras att detta förslag gäller *bemötande* av patienter med självskadebeteende i vården – inte *behandling*. Vad gäller behandling föreslår vi (a) fortsatt tillämpning och utbildning i specifika långtidsterapeutiska evidensbaserade metoder lokalt, beroende på tillgänglig kompetens och intresse (DBT, MBT, schemafokuserad terapi, etc.), samt (b) utbildning i Gratz 14 veckors gruppterapi enligt ERGT-modellen, och genomförande av behandlingar enligt denna metodik som tilläggsbehandling för patienter som redan har annan individualterapeutisk kontakt (eller som har åtminstone en kontaktperson av ovan beskrivna slag).

Om förändringar av detta slag införs är det också viktigt att utvärdera resultaten. Detta förutsätter som ett minimum en regelmässig datainsamling med hjälp av tillförlitliga instrument för att mäta självskadebeteende och andra aspekter av patienternas psykiska hälsa (ångest, depression, etc.). Här finns såväl strukturerade och semistrukturerade intervjuer som självskattningsinstrument att tillgå som är väl validerade utifrån tidigare forskning.

Vi ser också detta projekt som ett viktigt *perspektivskifte* genom att självskadebeteendet hamnar i fokus, i stället för att som tidigare se detta i första hand som ett symptom på borderline-personlighetsstörning. I Del 2 av rapporten framförs kritiska synpunkter på vad som kan uppfattas som ett slentrianmässigt sättande av borderline-diagnoser på patienter med självskadebeteende, i stället för genomförandet av ordentliga diagnostiska utredningar – i den utsträckning denna kritik är befogad innebär det risk för felaktiga eller missriktade behandlingar. *Genom att självskadebeteendet sätts i fokus ökas möjligheten att göra mer individualiserade analyser av varje patients specifika problematik, och att på empirisk grund identifiera subgrupper av patienter som behöver olika typer av behandlingsinsatser.* Här vore det också bra med resurser för forskningsinsatser i syfte att öka kunskaperna på detta område.

Lund, den 31 augusti, 2012

Lars-Gunnar Lundh, professor i klinisk psykologi, Lunds universitet

Therese Sterner, leg psykoterapeut, Orana, Kristianstad

Thérèse Eriksson, FK i psykologi, Lunds universitet

Sofia Åkerman, leg sjuksköterska, jur stud, Lunds universitet

Sophie Liljedahl, PhD, Malmö

Jonas Bjärehed, leg psykolog, doktorand, Lunds universitet