



Etsning av Abraham Bloteling, 1670 © Rijksmuseum, Amsterdam

Lovande resultat med intensiv DBT i öppenvård för borderlinepatienter

DBT i förstärkt öppenvård för patienter med borderline personlighetsstörning visar lovande resultat vad gäller bland annat minskad frekvens av självskada och suicidalt beteende. Det skriver psykologen och psykoterapeuten Martina Wolf Arehult som tillsammans med DBT-teamet på Akademiska sjukhuset i Uppsala har tagit fram ett DBT-program speciellt riktat mot patienter med mest uttalad instabilitet och lägst funktionsnivå.

Vid borderline personlighetsstörning (BPS) förekommer starka känslsvängningar och svårigheter att reglera känslor, vilket kan ha orsakats av eller leda till olika former av svårigheter såsom identitetsstörning och låg självkänsla, instabila relationer, impulsivitet och självdestruktiva beteenden [1]. Tidiga behandlingsinsatser är viktiga; självskadande beteende förekommer hos cirka 60-80 procent av patienterna [2], upp till 10 procent avlider som ett resultat av självmord och cirka 20 procent av patienter i heldygnsvård har en borderline-diagnos [1].

I ett flertal forskningsstudier, oftast med en behandlingstid på ett år, visar resultaten att dialektisk beteendeterapi (DBT) är en effektiv behandling för personer med BPS [3]. DBT har en förhållandevis god spridning i Sverige och enligt en pågående kartläggning av Föreningen DBT Scandinavia finns åtminstone ett sjuttioaltd DBT-team. Man skulle således kunna säga att läget ser relativt ljus ut för denna patientgrupp.

Men hur hjälper vi BPS-patienter som är alltför instabila för att kunna skrivas ut från heldygnsvården eller de patienter som inte lyckas påbörja eller tillgodogöra sig DBT i vanlig öppenvård på grund av alltför hög instabilitet och låg funktionsnivå? För denna subgrupp av BPS-patienter utvecklades DBT i förstärkt öppenvård (DBT FÖ), som är ett intensivt dagsjukvårdsprogram i miniformat.

Standardformen är utformad för öppenvård

DBT inkluderar både individualterapi och färdighetsträning i grupp, liksom telefoncoaching för patienter och konsultationsmöten för behandlingsteamet [4]. Standardformen av DBT är främst utformad för öppenvård och har bland annat visat sig kunna reducera självskadande och suicidalt beteende, antalet dagar i heldygnsvård, besök på akutmottagning och risken för terapiavbrott [3]. I USA [5] och Tyskland [6, 7] har mer intensiva, men följaktligen också kostsammare DBT-program utvecklats för heldygnsvården. DBT-programmet för inlagda patienter som genomförs i Tyskland omfattar en tre månader lång behandling. Det har rapporterats måttlig till stor effekt för denna form av DBT [6, 7]. På den tyska DBT-föreningens hemsida (Dachverband DBT) anges att det finns ett femtiotal certifierade DBT-avdelningar i Tyskland, det totala antalet avdelningar som arbetar med DBT kan dock antas vara betydligt större än så eftersom inte alla kliniker eftersträvar en certifiering och därmed inte finns med på hemsidans kartläggning.

Även om det kan finnas fördelar med ett intensivt program på en avdelning, där patienten dygnet runt kan förstärkas i att använda effektiva strategier för känsloregulering, kvarstår flera nackdelar med ineliggande vård: En ökad risk för A) att patienter påverkas negativt av andra patienters dysfunktionella beteenden, B) att patienter får svårt att ta steget till vanlig öppenvårdsbehandling, och C) att sociala nätverk slås sönder, att stödinsatser från kommunen avbryts, att återgång till jobb eller utbildning försvåras samt att generaliseringseffekten av behandlingen försvåras, något som sammantaget kan öka risken för ett kroniskt förlopp och socialt utanförskap.

Intensivt DBT-program i förstärkt öppenvård

DBT-teamet på Akademiska sjukhuset i Uppsala fick under 2011 i uppdrag att arbeta fram ett DBT-program som var speciellt riktat mot BPS-patienter med mest uttalad instabilitet och lägst funktionsnivå, en subgrupp som ofta kräver upprepade insatser från heldygnsvården samtidigt som dessa patienter ofta har stora svårigheter med att tillgodogöra sig behandling i vanlig öppenvård. Ett dagsjukvårdsliknande program i miniformat efterfrågades för att säkerställa ett tillräckligt intensivt stöd för patienterna, samtidigt som kostnaderna begränsades och nackdelarna med intensiv ineliggande vård (se ovan) kunde undvikas.

Det finns sex dialektiska dilemman att ta hänsyn till när intensiva program för borderlinepatienter utvecklas:

1. *Behandlingen ska ge ett intensivt stöd och stark kompetensutveckling, samtidigt som tid till återhämtning i hemmiljö ges.*
2. *Behandlingen ska ge ett socialt sammanhang och samhörighet, samtidigt som sociala nätverk i hemmiljön byggs upp eller återaktiveras.*
3. *Behandlingen ska ge en daglig struktur och uppmantra till positiva aktiviteter, samtidigt som patienten tränas i att skapa daglig struktur och positiva aktiviteter på egen hand.*
4. *Behandlingen ska bidra till att initiera och stärka samverkan mellan vårdgrannar, samtidigt som patienten själv är en aktiv kommunikationspartner och bygger upp relationer som kvarstår efter avslutad behandling.*
5. *Behandlingen ska tillåta att patienter återgår till arbete eller arbetsträning, samtidigt som ett terapeutiskt stöd kan kvarstå.*



- 6. Under behandlingen ska patientens förmåga att krishantera stärkas, samtidigt som patienten tränas i att förebygga kriser och minska sårbarheter för att undvika kriser längre fram.

DBT-baserad gruppverksamhet

DBT i förstärkt öppenvård (DBT FÖ) är i första hand en anpassning av standard-DBT och inkluderar således de fyra traditionella behandlingselementen, samt tillämpar de flesta klassiska behandlingsprinciper och terapeutiska strategier som återfinns i DBT [8]. DBT FÖ har också influerats av de behandlingsformat som tagits fram för heldygnsvården [5, 6, 7].

DBT FÖ är en intensiv och komplex behandlingsform som byggs runt en DBT-baserad gruppverksamhet. Totalt genomförs åtta olika grupper återkommande under de 16 behandlingsveckorna; vissa grupper baseras på färdighetsträ-

ningen i standard-DBT [9], andra återfinns i DBT-programmen inom heldygnsvården [5, 6, 7], medan några grupper har utvecklats av teamet i Uppsala (se nedan). Patienterna kommer till mottagningen fyra dagar i veckan för att delta i gruppverksamheten. Tiden struktureras i två 60-minuters sessioner, samt en halvtimmes paus som ska ge tid till återhämtning och fika liksom tid för terapeuter att vid behov ge patienter individuellt stöd. Utöver detta tillkommer tider för individuella samtal som genomförs en gång i veckan med undantag för den första veckan då två samtal genomförs. DBT FÖ blir därmed betydligt mer intensivt än standard-DBT i vanlig öppenvård.

Under en kort förberedelsefas (inför starten i DBT FÖ) träffar patienten sin blivande individualterapeut två gånger och går igenom förut-sättningarna för behandlingen. Dessförinnan har en omfattande bedömningsfas genomförts där patientens instabilitet och funktionsnivå bedöms. Under förberedelsefasen är det speciellt viktigt att diskutera vad som kan komma i vägen för en behandling, och en första krisplan arbetas fram och terapeuten presenterar gruppregler och DBT-principerna. Under denna fas förklarar terapeuten även varför det inte är möjligt att delta i behandlingen om man är inlagd.

Hierarkiskt ordnade behandlingsmål

Behandlingen i DBT FÖ är i övrigt upplagd enligt den struktur som beskrivs i standard-DBT [4]: En

orienteringsfas inleder de sexton behandlingsveckorna och syftar bland annat till att formulera hierarkiskt ordnade behandlingsmål. Under en teampresentation presenterar terapeut och patient tillsammans behandlingsmålen för teamet och får feedback och förslag som ska hjälpa dem att genomföra det som har planerats [6, 7]. Efter denna presentation påbörjas den egentliga behandlingsfasen där sessionernas innehåll bestäms utifrån vilka beteenden som har registrerats i veckokortet på liknande sätt som i standard-DBT [8].

Följande åtta DBT-baserade grupper ingår i DBT FÖ:

1. *Veckomålsgruppen inleder varje vecka i DBT FÖ och ersätter de morgon- och kvällsmöten som finns på DBT-avdelningar i Tyskland [6, 7]. I DBT FÖ syftar veckomålsgruppen till att patienterna ska förbättra sitt mående genom att formulera och offentliggöra ett beteendemål som de vill arbeta med under veckan. Oftast betyder detta konkret att patienten vill öka frekvensen av ett specifikt funktionellt beteende. Under veckomålsgruppen följs gamla veckomål upp och varje patient får tid till att formulera nya: Vilket konkret mål/beteende vill jag jobba med kommande vecka? Vilka hinder finns det för mig att genomföra det som behövs för att nå detta mål? Vilka färdigheter behöver jag för att kringgå detta hinder och nå mitt mål? Hur säker är jag på en skala från 0-10 att jag kommer att nå mitt mål?*

2. *Liksom i standard DBT ingår två timmars färdighetsträning i veckan [15]. Gruppen följer en fast upplagd struktur med en timmes hemuppgiftsgenomgång och en timme där ett nytt tema introduceras. Gruppen syftar till att patienter lär sig och tränar på effektiva färdigheter inom tre olika moduler (Känsloreglering, Stå ut-färdigheter samt Relationsfärdigheter).*

3. *Medveten närvaro-grupp genomförs en timme i veckan där medveten närvaro introduceras och tränas på liknande sätt som under färdighetsträningen i standard-DBT [9].*

4. *Basgruppen är en psykoedukativ grupp som genomförs två gånger i veckan och är en anpassning från en liknande grupp i det tyska DBT-programmet [6, 7]. Gruppen syftar till att öka patienternas kunskaper inom olika områden som är relevanta för deras tillfrisknande. Dagens tema bestäms av deltagarna och kan till exempel vara: Hur hanterar jag nedstämdhet, hur motverkar och bryter jag dissociation, hur vårdar jag relationer osv. I DBT FÖ genomförs basgruppen enligt följande mall: 1) kort introduktion till dagens tema inklusive egna*

”Under en teampresentation presenterar terapeut och patient tillsammans behandlingsmålen”

exempel från deltagarna och eventuell kort genomgång av bakgrund och orsaker, 2) diskussion om olika färdigheter som hjälper patienter att effektivt hantera svårigheter i relation till temat, 3) besvara de specifika frågor som patienterna har formulerat i samverkansgruppen (se nedan), samt 4) avsluta gruppen med ett förslag till veckomål om någon vill jobba vidare med temat under kommande vecka.

5. Samverkansgruppen är i första hand en administrativ grupp en timme varannan vecka där patienter träffas själva och får ett forum att diskutera vilka frågor som ska besvaras i basgrupperna (se ovan), vem som presenterar en kedjeanalys (se nedan) samt andra synpunkter och önskemål som rör programmet. Samverkansgruppen tar också fram nya förslag på positiva aktiviteter som kan användas under avslutningsrundan (se nedan).

6. Under 2014 infördes Balansgruppen en timme varannan vecka. Den syftar till att ge DBT FÖ ett förstärkt fokus på levnadsvanor och patienters möjligheter att minska sina sårbarheter. Patienterna arbetar igenom arbetsblad för ett antal områden med betydelse för sårbarheter såsom att normalisera matvanor, att minska drog- och alkoholkonsumtion, att förbättra förmågan att hantera kroppsliga sjukdomar och att ta hand om sin kropp, att förbättra sömnhygien samt att förbättra förmågan att uppnå en tillräcklig och god fysisk aktivitet.

7. I DBT FÖ utformades en Kedjeanalysgrupp redan från början, där en i förväg bestämd patient presenterar 1) en kedjeanalys av ett dysfunktionellt eller funktionellt beteende, eller 2) ett emotionsprotokoll av en emotionell reaktion i en specifik situation. Presentationen görs i gruppen med stöd från gruppledare, därefter försöker gruppen hjälpas åt med att ta fram ett lösningsförslag på hur beteendeimpulser och primära känslor kan hanteras med hjälp av färdigheter. Patienterna uppmanas till att vara kreativa samt icke-dömande och validerande gentemot sig själva och varandra.

8. Varje dag avslutas med en avslutningsrunda i gruppen. Patienter uppmanas berätta om aktiviteter som de har planerat in för dagen eller helgen och

som potentiellt kan leda till positiva känslor hos dem. Ett tydligt budskap är att detta är nödvändigt för att på sikt kunna uppleva positiva känslor oftare och få ett liv värt att leva. Vid behov kan förslag ges till patienten från andra gruppmedlemmar eller från gruppledare, eller från en lista med förslag som regelbundet revideras av patienterna i samverkansgruppen. Vid behov genomförs ytterligare wind down-övningar där patienter gemensamt gör en medveten närvaro-övning, en distraktionsövning eller övningar som förväntas utlösa positiva känslor (såsom att titta på en kort och rolig Youtube-film) för att hjälpa patienter att byta fokus och eventuellt reglera känslor innan de går hem [9].

I DBT-FÖ finns ett starkt fokus på att hjälpa patienten att bygga upp tillräckligt socialt stöd på hemmaplan, till exempel genom insatser från kommun, samt att stärka samverkan mellan vårdgrannar och förbättra kommunikationen mellan exempelvis försäkringskassa, arbetsförmedling, boendestödjare eller anhöriga. Behandlingen inleds och avslutas därför oftast med ett nätverksmöte.

Under programmets utveckling har preliminära data visat att behandlingen kan leda till minskad frekvens av självskada och suicidalt beteende, samt minskat antal dagar i heldygnsvård. I intervjuer har patienter berättat om en hög acceptans för programupplägget i stort och i synnerhet för den DBT-baserade gruppverksamheten som tycks skapa socialt stöd, stärka motivationen till förändring och ökad kunskap om både psykisk ohälsa och effektiva färdigheter. I januari 2016 påbörjades en randomiserad kontrollerad studie där DBT FÖ jämförs med traditionell psykiatrisk behandling under väntelista i en första utvärdering. Studien ska inkludera totalt cirka 60 patienter och beräknas pågå i närmare tre år. ●

MARTINA WOLF AREHULT

Fil. dr, psykolog och psykoterapeut, avdelningschef för DBT-teamet, Åtstörningsenheten och Affektiva behandlingsenheten, Akademiska sjukhuset, Uppsala



REFERENSER

1. Lieb K, Zanarini M C, Schmahl C et al. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet* 2004, 364, 453-61.

2. Chapman A L, Specht M W, Cellucci T (2005). Borderline Personality Disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and life-threatening behaviour*, 35, 388-399. <http://dbt-scandinavia.se/>

3. Lynch T R, Trost W T, Salsman N, Linehan M M (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 181-205.

4. Kåver A, Nilsson Å (2002). Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. *Natur och kultur*.

5. Swenson C R, Sanderson C, Dulit R A, Linehan M M (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients

with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.

6. Bohus M, Haaf B, Simms T et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.

7. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C E et al.

(2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 875-887.

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

9. Linehan M M (2014). *DBT © Skills training manual*. New York: Guilford Press.