



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologexamensuppsats, 20 p

Vårterminen 2005

Dialektisk beteendeterapi för Borderline personlighetsstörning

En pilotstudie i Uppsala

Erik Hjalmarsson

Handledare: Ata Ghaderi

Biträdande handledare: Anna Kåver

Examinator: Lennart Melin

Sammanfattning

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en behandling som utformats av M.M. Linehan för att behandla patienter som uppfyller kriterier för borderline personlighetsstörning (BPS). DBT-programmet i Uppsala var ett kliniskt pilotprojekt som syftade till att utbilda terapeuter i DBT och därefter implementera DBT som behandlingsmodell för BPS. Programmet pågick under 2 års tid och under den tiden genomfördes både utbildning i DBT och det kliniska arbetet. Totalt deltog 27 patienter ($M = 20.2$ år, $sd = 5.6$ år) och samtliga deltagare var kvinnor. Jämfört med vid behandlingsstarten uppvisades efter 12 månader i DBT signifikanta förbättringar hos patientgruppen i ett stort antal variabler som mäter psykiskt mående. Antalet självskadande beteenden minskade också kraftigt under samma period. En analys av effektstorlekarna visade att effekterna överlag var starka till mycket starka vilket gör behandlingsresultatet robust.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
1.1. Borderline personlighetsstörning	4
1.1.1. Prevalens	4
1.1.2. Diagnostik	5
1.2. Behandling av BPS.....	5
1.3. Dialektisk beteendeterapi	6
1.3.1. Biosocial teori	6
1.3.2. Utvidgad Kognitiv Beteendeterapi.....	7
1.3.3. Behandlingens upplägg	8
1.3.3.1. Individualterapi	9
1.3.3.2. Färdighetsträning i grupp	9
1.3.3.3. Telefonkonsultation för patienten	9
1.3.3.4. Gruppkonsultation för terapeuten.....	10
1.4. Tidigare forskning	10
1.4.1. DBT i Sverige.....	11
1.4.2. Är det DBT som ger förändringen?.....	11
1.5. Kliniska replikationsserier.....	12
1.6. Syfte och frågeställningar.....	13
2. Metod.....	14
2.1. Deltagare	14
2.1.1. Bortfall	15
2.2. Material	15
2.3. Procedur	16
2.3.1. Utbildning i DBT	16
2.3.2. Behandling	17
2.4. Design.....	18
2.5. Statistisk bearbetning	19
2.5.1. Psykisk hälsa	19
2.5.2. Upplevelse av behandlingen.....	19
2.5.3. Hälsoekonomi.....	20
3. Resultat.....	21
3.1. Psykisk hälsa	22
3.1.1. KABOSS-S och GAF.....	22
3.1.2. Självskaдебeteende	23
3.1.3. SCL-90-R	24
3.2. Upplevelse av behandlingen.....	25
3.3. Hälsoekonomi.....	26
4. Diskussion	29
5. Referenser	37

1. Inledning

1.1. Borderline personlighetsstörning

Borderline personlighetsstörning (BPS) är en allvarlig psykisk störning som kännetecknas av ett karaktäristiskt mönster av instabilitet i reglering av affekter, impuls kontroll, relationer och självbild (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). På grund av dessa beteendemönster har det varit svårt att finna fungerande behandlingsmetoder för patienter som uppfyller kriterier för BPS.

Suicidfrekvensen är ofta högre i denna patientgrupp än hos andra grupper inom psykiatri, och mellan 70 och 75% av patienterna har någon gång skadat sig själva så allvarligt att deras liv varit i fara. Cirka 10% av dem som uppfyller kriterier för BPS kommer någon gång att ta sitt liv (Linehan, Cochran & Kehrer, 2001). Vidare är ofta komorbiditeten, dvs. förekomst av annan diagnos, hög bland personer med BPS, vilket komplicerar bedömning och behandling av dessa personer. De vanligaste tilläggsdiagnoserna vid BPS är depressiva syndrom och ångestsyndrom och så många som ca 90% av patienterna har visat sig uppfylla dessa kriterier (Zanarini et al. 1998)

1.1.1. Prevalens

I en stor studie i Norge (Tørgersen, Kringlen & Cramer, 2001) undersökte man förekomsten av olika typer av personlighetsstörningar i en normalpopulation mellan 18 och 65 år och fann att prevalensen av personlighetsstörning var 13,4% ($s = 0,7$) i samplet som bestod av 2053 personer. Förekomsten av BPS var 0,7% ($s = 0,2$) och var dubbelt så vanlig hos kvinnor som hos män. BPS var en av de minst vanligt förekommande personlighetsstörningarna i studien. I andra studier som undersökt prevalensen för BPS har resultaten varierat mellan 0,0% (Lenzenweger, Loranger, Korfine & Neff, 1997) och 3,8% (Bodlund, Ekselius & Lindström, 1993). Förekomsten av BPS inom den psykiatriska vården är mycket vanlig. I en större global studie uppskattades antalet patienter inom psykiatri som uppfyller kriterier för BPS till ca 15%, vilket gör BPS till den mest frekvent förekommande personlighetsstörningsdiagnosen (Loranger et al., 1994).

1.1.2. Diagnostik

För att diagnosen BPS ska kunna tillämpas ska en person uppfylla minst fem av nio kriterier i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1995). Dessa kriterier kan, för överskådlighetens skull, delas upp i fyra områden. På så sätt förenklas även särskiljningen av BPS från andra typer av personlighetsstörningar. Det första området innehåller kriterier som rör affektiva störningar såsom starka känslor av tomhet, vrede, sorg och svårigheter i att hantera och kontrollera känslolimpulser. Det andra området rör störningar i kognitioner och tar sig uttryck i t.ex. instabilitet i självbild och paranoida eller dissociativa symtom. Det tredje området beskriver impulsivt handlande vilket kan ta sig uttryck i såväl allmänt destruktivt beteende som självskade- eller suicidhandlingar. Det fjärde och sista området man kan urskilja beskriver de intensiva och instabila relationer till andra människor som personer med BPS ofta har (Lieb et al., 2004).

1.2. Behandling av BPS

Förutom de beteenden som redan nämnts, självskadande beteende och hot om suicid, uppvisar patientgruppen en rad andra beteenden som gör behandlingen svår att genomföra. Många patienter avslutar behandlingen och det är ofta svårt att få till stånd en överenskommelse, eller ett fungerande samarbete, mellan terapeut och patient vad gäller behandlingen. Detta kan bland annat yttra sig i att patienten inte följer ordinerad medicinering eller terapiupplägg (Linehan, 2000a).

Trots att BPS är en av de vanligast förekommande personlighetsstörningsdiagnoserna inom psykiatri, samtidigt som patientgruppen ofta är i ett akut behov av behandling, har påfallande få studier gjorts som mäter utfall av behandlingsinterventioner. Det finns idag endast ett fåtal randomiserade, kontrollerade studier som undersöker psykosociala interventioner för BPS. Av dessa är det enbart några få som visar upp positiva behandlingsresultat, dvs. att behandlingen har signifikant effekt på avsedda variabler (Lieb et al., 2004). De behandlingsinterventioner som uppvisat goda resultat är dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993, 2000) och en variant av psykodynamisk terapi där patienten under perioder är ineliggande på avdelning (Bateman & Fonagy, 1999, 2001). Båda dessa behandlingsmetoder har visat på signifikanta minskningar i både självskadebeteende hos patienterna och på ett antal variabler som mäter psykiskt mående. Just minskning i variabeln självskadebeteende kan ses som ett av de viktigaste behandlingsresultaten då denna variabel är en stor riskfaktor för framtida suicid.

Ungefär hälften av alla människor som tar sitt liv har en historia av självskadebeteende och för 20-25% av dessa har en episod av självskadande ägt rum året innan suiciden (Hawton et al., 1998).

Av de psykosociala behandlingsmodeller som finns idag har DBT störst empiriskt stöd och det är enbart DBT som visat på positiva resultat i flera olika kontrollerade behandlingsstudier (Swenson, Torrey, Koerner, 2002).

1.3. Dialektisk beteendeterapi

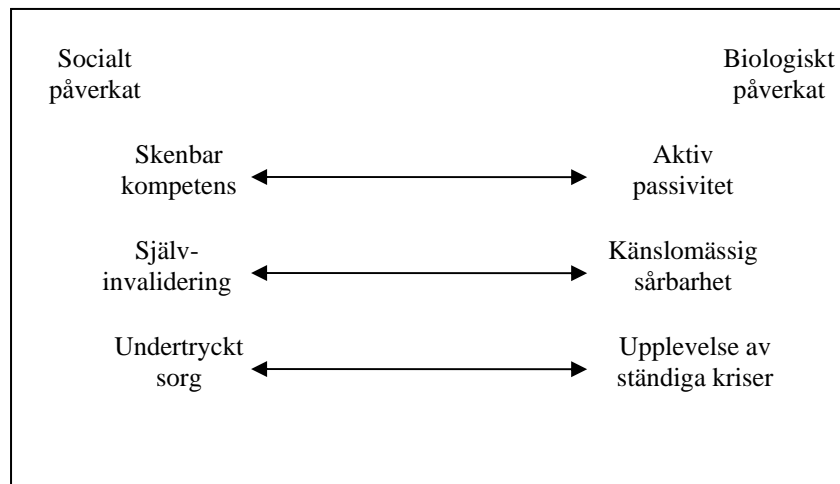
DBT utvecklades som en behandling för suicidala individer. Inom DBT antar man att de personer som har en stark önskan att dö inte besitter de färdigheter som krävs för att skapa ett liv värt att leva. Syftet med behandlingen är att hjälpa patienterna att utveckla färdigheter som krävs för att meningsfullt liv (Robins, Schmidt III & Linehan, 2004).

1.3.1. Biosocial teori

Linehan menar, med utgångspunkt i biosocial teori, att BPS främst är en dysfunktion i förmågan att reglera känslor och att detta är en produkt av en kombination av känslomässig sårbarhet och svårigheter att anpassa känslomässiga reaktioner efter situationen. En stor del av dessa svårigheter har troligtvis sin grund i biologiska faktorer som t.ex. genetisk påverkan eller prenatala faktorer. Vad som dock är avgörande för huruvida en person utvecklar ett beteendemönster som diagnosticeras som BPS är dennes sociala miljö. Enligt Linehan är den centrala faktorn en invaliderande omgivning som inte tar hänsyn till individens upplevelser och känslouttryckningar eller svarar på dessa på ett oregelbundet eller opassande sätt (Linehan et al., 2001). Slående ofta förekommer också en allvarlig traumatisk händelse tidigt i livet hos de personer som senare utvecklar diagnosen BPS och vilken påverkan den händelsen har för den känslomässiga utvecklingen hos dessa personer är än så länge okänd. Tidigare studier har visat att det finns samband mellan sexuella övergrepp i barndomen och ett senare utvecklande av självskadande beteenden (Gratz, 2003).

Resultatet av dessa biologiska och sociala faktorer blir, enligt Linehan, den dysreglering i känslö- och beteendemönster som ofta uppvisas hos personer som uppfyller kriterier för BPS. Dessa borderlinerelaterade beteendemönster kan beskrivas i tre dialektiska dimensioner (se

figur 1) där den ena polen influerats mest av biologiska faktorer och den andra av sociala faktorer (Linehan, 1993).



Figur 1. Beteendemönster i BPS: Tre dialektiska dimensioner.

1.3.2. Utvidgad Kognitiv Beteendeterapi

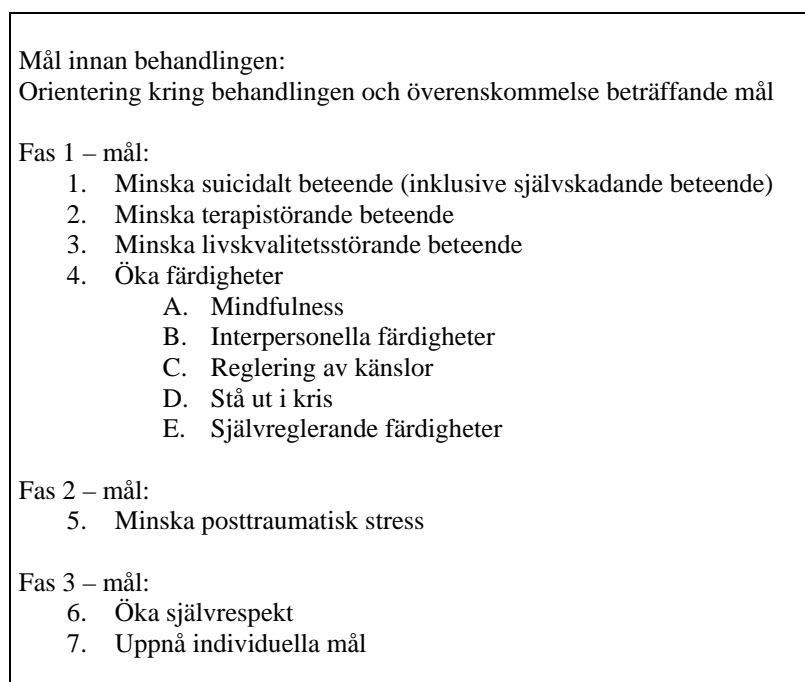
DBT har sin grund i kognitiv beteendeterapi och de tekniker för förändring som finns inom den behandlingsformen. I DBT har man dock utvecklat denna genom att också betona de dialektiska dilemman som människor i allmänhet, och patienter som uppfyller kriterier för BPS i synnerhet, kan ha svårigheter att förhålla sig till och integrerat detta i behandlingen. Dessa dilemman består i svårigheter att förhålla sig till motsatsförhållanden. I DBT framhålls även vikten av begreppen *acceptans* och *mindfulness*. Acceptans introduceras som en dialektisk och nödvändig antites till förändring och mellan dessa ytterligheter rör sig patienten och terapeuten i behandlingen (Linehan, 1993). Mindfulness är både en färdighet som lärs ut till patienten och något som praktiseras av terapeuten i terapisituationen och har att göra med både medvetenhet och närvaro. Som färdighet är mindfulness processen att avsiktligt observera, beskriva och delta i verkligheten, utan att värdera eller döma, i stunden och på ett effektivt sätt (Robins et al., 2004).

Det finns fyra stora skillnader mellan DBT och mera traditionell kognitiv beteendeterapi (Linehan, 1993) och dessa är:

1. Fokus på acceptans och användandet av validering av det som är i stunden
2. Betoningen på behandling av terapistörande beteenden
3. Vikten av att medvetandegöra den terapeutiska alliansen
4. Fokus på dialektiska processer

1.3.3. Behandlingens upplägg

DBT har utformats för att kunna behandla patienter som uppfyller kriterier för BPS i skiftande allvarlighetsgrad och komplexitet. För att kunna tillgodose den stora spridningen i symtom bland patienter med BPS använder man sig av flera parallella behandlingskanaler som löper över olika faser och dessa faser innehåller specifika behandlingsmål. På så sätt blir det enklare för terapeuterna att fokusera behandlingen på rätt intervention i de olika faserna, något som annars kan vara svårt vid behandling av BPS. Utöver dessa specifika behandlingsmål finns även ett mer generellt mål inom DBT. Detta mål består i att öka dialektiska beteendemönster hos patienten och löper över alla behandlingsmetoder och faser. Behandlingen i DBT följer i övrigt en klar och specifik kronologisk indelning (se figur 2). Vilken fas och vilket specifikt mål som blir aktuellt att arbeta med avgörs av vilket av patientens beteenden som ligger högst i den hierarkiska ordningen. Det innebär att när ett mål med högre prioritet är uppfyllt rör man sig vidare mot mål med lägre prioritet. Denna hierarki kan variera något beroende på vilken behandlingsintervention som används men är annars fast (Linehan, 1993).



Figur 2. Hierarki över primära behandlingsmål i DBT.

De fyra mest centrala behandlingskanalerna är individualterapi, färdighetsträning i grupp, telefonkonsultation för patienten och gruppkonsultation för terapeuten (Linehan, 1993).

1.3.3.1. Individualterapi

Varje patient i DBT har en terapeut i individualterapi och denne är också patientens primära terapeut i behandlingsteamet. Individualterapeuten är den som är ansvarig för att patienten upphör med dysfunktionella beteenden och istället byter ut dem mot mera adaptiva responser (Linehan, 1993). Vanligtvis träffas patienten och terapeuten en gång i veckan under 50-90 minuter men detta kan utökas vid akuta kriser för patienten. Målen i individualterapin följer de fasindelade behandlingsmålen och innehållet bestäms från session till session utifrån den prioriteringsordning som bestäms av fasindelningen (Linehan et al., 2001).

1.3.3.2. Färdighetsträning i grupp

Färdighetsträningen i DBT följer en manualiserad form och är uppdelad i olika avsnitt. Den bedrivs oftast i grupp, med träffar ca 2 till 2½ timme per vecka. Dessa grupper ska helst ledas av andra terapeuter än de som är ansvariga för individualterapin, detta eftersom man annars riskerar att fokusera på områden som hör hemma i individualterapin (Linehan et al., 2001). Det huvudsakliga innehållet i färdighetsträningen, som kan liknas vid en skola, utgörs av förvärvande, stärkande och generalisering av färdigheter som mindfulness, att hantera relationer, att reglera känslor och att stå ut i kris. En orsak till att färdighetsträningen bedrivs i grupp och inte i individualterapi är att individualterapiens fokus är på att minska borderlinerelaterade beteenden. Om formatet för färdighetsträningen är för likt det som används i individualterapi finns risk för att fokus förflyttas från arbetet med färdigheter till att istället behandla borderlinebeteenden. Inom färdighetsträningen tas hänsyn till borderlinebeteenden, då speciellt beteenden som riskerar att förstöra terapin. Dock tonas detta ner till förmån för förvärvande av färdigheter. Ytterligare en anledning till att man bedriver färdighetsträning i grupper är att formatet i sig har mycket positivt att erbjuda patienter med BPS i form av arbete med relationsbeteenden, personligt samspel och social inläring. Dessa färdigheter är svåra att lära ut i individualterapi varför gruppformatet fungerar bättre (Linehan, 2000b).

1.3.3.3. Telefonkonsultation för patienten

I DBT är det möjligt för patienter att ha telefonkontakt med sina individualterapeuter mellan terapisessionerna om problem uppstår. Denna telefonkontakt är dock inte av helt godtycklig art utan syftar till att fylla minst en av tre viktiga funktioner. Den första av dessa funktioner har sin grund i antagandet att personer som uppfyller kriterier för BPS har svårt att be om hjälp direkt. Istället för att be om hjälp kan de använda sig av andra beteenden, t.ex. att skada

sig eller att försöka ta sitt liv, som fyller den funktionen. Telefonsamtalens viktigaste funktion är att förändra detta beteende och erbjuda alternativa beteenden. Den andra funktionen telefonkontakten ska fylla är att hjälpa patienten att generalisera och tillämpa de färdigheter man lärt sig i terapin till sitt dagliga liv. Detta eftersom det ibland kan uppstå kritiska lägen då patienterna inte klarar av att tillämpa färdigheterna på egen hand. Den tredje funktionen med samtalen är att minska patientens känsla av avstånd och utanförskap till förmån för den terapeutiska relationen. Detta genom att telefonkontakten ger patienterna möjlighet att mellan sessionerna ge uttryck för känslor av avstånd, ilska eller utanförskap gentemot terapeuten när dessa känslor uppkommer istället för att vänta till nästa session med att ta upp detta (Linehan, 1993).

1.3.3.4. Gruppkonsultation för terapeuten

Att bedriva behandling av patienter som uppfyller kriterier för BPS är ofta påfrestande för terapeuten. Terapeuter kan på grund av den problematik som finns hos patienter med BPS få problem med att hålla sig inom ramarna för behandlingen och efterfölja de principer som finns för DBT. För att underlätta för terapeuterna i deras arbete ska alla som bedriver DBT ingå i ett konsultationsteam, i vilket de kan få stöd och råd i patientarbetet och få hjälp att följa riktlinjerna för DBT. Detta kan ses som en gruppterapi för terapeuterna, där de både iklär sig rollen som klient och terapeut samt underlättar och stödjer varandras arbete med patienterna och sin egen roll som terapeut (Linehan et al., 2001).

1.4. Tidigare forskning

Totalt sett har det gjorts få studier som utvärderar psykosociala behandlingsinterventioner för BPS. De senaste tio åren har det dock genomförts ett antal studier på DBT som syftar till att se vilka effekter behandlingen har för patienter med BPS. Av de behandlingsmetoder som idag finns för BPS är DBT den som har störst empiriskt stöd. Denna empiri består av sju randomiserade kontrollerade studier och sex icke-randomiserade kontrollerade studier (Lieb et al., 2004). DBT har visat på signifikant minskning i variabler som självskadebeteende, kontakter med vården och avslut från behandlingen. Vidare har variabler som mäter psykiskt mående förbättrats signifikant. I och med dessa studier finns flera anledningar till att anta att DBT har något nytt att bidra med vad gäller behandling av BPS. För det första visar dessa studier upp positiva behandlingsresultat för en patientgrupp som länge ansetts vara svårbehandlad (BPS) och det har också visat sig möjligt att tillämpa DBT på andra psykiska

störningar, t.ex. missbruk och ätstörningar, med framgång. DBT har också jämförts med andra etablerade behandlingsmetoder och visat på signifikanta skillnader i flera variabler som är centrala för BPS (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004). För det andra går det att lära ut och sprida DBT utanför forskningsfären. Hawkins och Sinha (1998) visade i en studie att personer i klinisk verksamhet med varierande utbildningsbakgrund kunde ta till sig och lära sig DBT i ett utbildningsprogram på ett fullgott sätt. Vidare har DBT implementerats i behandlingsprogram för BPS både inom öppen- och slutenvård och i vissa fall har detta gjorts av andra än de som utarbetat behandlingsmodellen (Bohus et al., 2000; Bohus et al., 2004; Low, Jones & Duggan, 2001; Mental Health Center of Greater Manchester, 1998; Verheul et al., 2003). Detta verkar tyda på att behandlingsmodellen är användbar även utanför forskningsfären.

1.4.1. DBT i Sverige

I Sverige finns DBT i klinisk verksamhet på ett antal orter som är fördelade över hela landet. Dock finns det mycket lite publikationer om behandlingsresultat. På Karolinska Institutet i Stockholm pågår sedan 1994 en större randomiserad kontrollerad studie, SKIP (*Stockholm county council and Karolinska Institute psychotherapy project for suicidal women with BPD*), som man planerar att publicera 2006. De pilotdata som publicerats från studien visar på lovande resultat med minskningar i vårdkontakter för patienterna (Perseus et al., 2004).

Det finns i nuläget varken randomiserade kontrollerade studier eller implementeringsstudier av DBT i Sverige. Detta gjorde utvärderingen av DBT-programmet i Uppsala viktig då DBT fortfarande, trots sin förekomst på psykiatriska kliniker runt om i landet, är under empirisk granskning. I DBT-programmet använde man sig av en heterogen terapeutgrupp med skiftande utbildningsnivå och vidare arbetade man i klinikövergripande team med terapeuter både från barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

1.4.2. Är det DBT som ger förändringen?

Även om DBT visar upp lovande resultat vad gäller effektivitet för behandling av BPS så bör dessa resultat tolkas med försiktighet. Så gott som alla studier har haft få deltagare och de allra flesta studier har gjorts av upphovsmännen till behandlingsmodellen eller personer med nära anknytning till dessa. Vidare saknas längre uppföljningsdata (2-, 3- och 5-årsuppföljningar) som visar på behandlingens stabilitet över tid. Vad som behövs för att styrka de resultat som finns idag är upprepade studier med större antal deltagare för att kunna

utesluta inverkan av andra variabler (t.ex. motivation och förväntningar hos patienter och terapeuter). Vidare har de studier som gjorts nästan uteslutande rört de två första faserna av DBT. För att utvärdera behandlingen som helhet behövs även data som granskar de sista två faserna i behandlingen. Slutligen kan det vara viktigt att göra flera studier som undersöker huruvida DBT har effekt även utanför den begränsade population man hittills behandlat (Scheel, 2000).

DBT har sin grund i beteendeterapi, och de förändringsstrategier och beteendepprinciper som hämtas därifrån är väl validerade. Vidare finns det i DBT mindre kända tekniker, hämtade från österländsk och europeisk filosofi, och vilken effekt dessa har i psykologisk behandling är fortfarande under empirisk utvärdering. DBT i sin helhet har visat goda behandlingsresultat för BPS vilket den empiri som finns idag visar. Dock saknas fortfarande data som säger något om vilka komponenter i behandlingen som är tillräckliga, nödvändiga eller rent av överflödiga, vilket invändningar mot DBT ofta påtalar. Före sådana undersökningar görs så måste det finnas stödd empiri som visar att behandlingen som helhet är effektiv, och detta är vad som gäller nu (Linehan, 2000a). Trots de invändningar som finns mot den empirigrund som DBT vilar på kan de direkta vinsterna av behandlingen (minskning i självskadebeteende och ökat välmående hos patienterna) ändå motivera användandet av en behandlingsform som ännu inte är helt och hållet empiriskt stödd. Detta speciellt för en patientgrupp där en sådan behandling saknas.

1.5. Kliniska replikationsserier

Empirisk utvärdering av en ny behandlingsform påbörjas ofta i en tillämpad forskningskontext och där utvärderas vilken effekt behandlingen har på avsedda variabler, och då jämfört med andra etablerade behandlingar. Utvärderingen sker ofta genom randomiserade kontrollerade studier, som i sin design begränsar påverkan av andra okontrollerade variabler, och resultatet som följer är en behandlings *efficacy*. Detta mått står alltså för den behandlingseffekt som påvisats i tillämpad forskning. Det finns dock begränsningar med att enbart använda *efficacy* som ett mått på en behandlings effekt. Detta eftersom forskningskontexten kan, genom sin ofta strikt kontrollerade design, vara alltför olik en klinisk kontext, och denna olikhet kan vara avgörande för utfallet av behandlingen. Det är därför viktigt att undersöka huruvida en behandling med god *efficacy* även uppvisar goda resultat i klinisk verksamhet.

För att kunna empiriskt utvärdera en behandlings kliniska tillämpbarhet, eller *effectiveness*, måste den ställas under granskning i en klinisk kontext och ett sätt att göra detta är att använda sig av kliniska replikationsserier. Klinisk replikation är en process där en väldefinierad behandlingsform används i en klinisk kontext för att behandla en specificerad och mätbar typ av problematik hos individer. Behandlaren observerar och registrerar eventuella framsteg och motgångar, och försöker också se huruvida bakomliggande faktorer kan påverka utfallet av behandlingen. Fördelar med att använda sig av kliniska replikationsserier är att de utförs i en naturlig klinisk kontext med ett brett spektrum av patienter med varierande problematik. Resultatet av behandlingen ger ett mått på hur väl en behandlings effekt, som är empiriskt utvärderad i tillämpad forskning, fungerar i klinisk verksamhet vilket står för en behandlings *effectiveness*. Kontrollen över variabler är ofta mindre omfattande än i tillämpad forskning medan vinsterna i form av vad som kan sägas om en behandlings generaliserbarhet och praktiska tillämpbarhet är större.

Att kombinera empiri från tillämpad och klinisk forskning är eftersträvansvärt för att bredare kunna utvärdera effekten av en behandlingsintervention. Idealt är att först utvärdera en behandlings *efficacy* och därefter implementera den kliniskt för att mäta *effectiveness*. Den kliniska verkligheten är dock inte alltid anpassad efter detta vetenskapliga ideal och därför kan ordningen ibland vara annorlunda (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999)

1.6. Syfte och frågeställningar

DBT-programmet var ett kliniskt utvecklingsprojekt som pågick under cirka fyra terminer. Syftet var att utveckla DBT som en klinikövergripande behandlingsmetod för patienter som uppfyller kriterier för BPS. Man ville med denna pilotstudie se huruvida det var möjligt och gynnsamt att genomföra en utbildning i DBT och därefter bedriva DBT under handledning i integrerade team, samt att se vilken effekt DBT-insatserna gav. Ansvarig för programmet var Anna Kåver, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Psykiatricentrum; Uppsala. Följande frågeställningar utarbetades:

1. Hur ter sig den psykiska hälsan för patienter efter 12 månaders behandling med DBT jämfört med vid behandlingsstart?

2. Hur upplever patienten att DBT-behandlingen hjälpt henne och vad har patienten upplevt varit mest till hjälp?
3. Vilka skillnader i vårdförbrukning ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kan man se hos patienter under tiden de går i DBT jämfört med tiden innan behandlingen?

2. Metod

2.1. Deltagare

I programmet ingick sex behandlingsteam med totalt 19 terapeuter från Allmänpsykiatriska, Barn- och ungdomspsykiatriska och Psykos och rehabkliniker. Teamen var spridda över Uppsala län med ett i Enköping, ett i Tierp och fyra i Uppsala och alla tillhör öppenvården. Teamen var integrerade vilket innebär att de arbetade tillsammans över klinikgränserna och detta är något som är ganska ovanligt inom svensk psykiatri. Anledningen till detta var dels att försöka bryta de traditionella gränserna mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri och dels att öka samarbetet mellan klinikerna. Detta kan ha fördelar då patientgruppen ibland rör sig över gränserna för var klinikernas ansvar går och om det då finns ett etablerat samarbete mellan klinikerna ökar möjligheten till mera adekvat vård.

Totalt deltog 27 patienter i behandlingen och samtliga deltagare var kvinnor i åldrarna mellan 15 och 40 år ($M = 20.2$, $sd = 5.6$). Då DBT-programmet genomfördes på tre orter inom Uppsala läns landsting var samtliga patienter boende i länet. Alla patienter uppfyllde kriterier enligt DSM-IV för en BPD-diagnos vilket skattades med *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1999). Personer med stor erfarenhet av diagnostik genomförde bedömningarna. För kvinnor över 18 år gällde att de skulle uppfylla allmänna kriterier för personlighetsstörning enligt DSM-IV plus borderline personlighetsstörning, fem av nio kriterier enligt SCID-II. För kvinnor under 18 år gällde att fem av nio kriterier enligt borderlinediagnos för vuxna enligt DSM-IV skulle vara uppfyllda men ingen diagnos sattes. Även detta bedömdes enligt SCID-II, borderlinedelen. Personer som uppvisade psykotisk störning, allvarlig anorexi som gjorde dem i behov av akut sjukhusvård eller allvarlig alkohol- eller drogmissbruk exkluderades.

2.1.1. Bortfall

Totalt påbörjade 27 patienter behandling inom ramarna för DBT-programmet. Av deltagarna föll tre patienter bort genom att de valde att avsluta behandlingen innan den pågått i 12 månader. Ytterligare två föll bort från datasammanställningen, trots att de fullföljde behandlingen, och detta på grund av att de inte ville fylla i skattningsskalor. Därför fanns de inte med i analysen av hur den psykiska hälsan ter sig. Ytterligare bortfall förekom för olika variabler och detta på grund av att mätskalor för de patienterna var ofullständiga. För de patienter där förmätning fanns tillgänglig men senare mått saknades, tillämpades ”intent-to-treat-analys” och den senast tillgängliga mätningen kom att användas även för följande mättillfällen. I analysen av hälsoekonomi förekom 21 patienter då de gått minst 12 månader i DBT. Tre patienter av de ursprungliga 27 exkluderades då data inte funnits att tillgå. Ytterligare tre patienter exkluderades då de avslutade behandlingen tidigare än efter 12 månader.

2.2. Material

För att se hur patienternas psykiska hälsa varierade under behandlingstiden användes ett antal effektskalor och mått. För att mäta grad av affektiva och borderlinerelaterade symtom hos patienterna användes *Karolinska Affektiva- och Borderline Symtomskalor – Självsfattning* (KABOSS-S; Andersson, Forslund, Gustavsson, & Åsberg, 2003). KABOSS-S är en variant av de CPRS-baserade egenbedömningsskalorna som har utökats med items som är känsliga för BPS. Resultatet på KABOSS-S sammanfattas i fyra övergripande skalor och dessa är depression, ångest, tvång och borderline. Vidare användes *Symtom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, Lipman & Covi, 1973) som mäter ett brett spektrum av psykologiska problem och dess intensitet samt symtom på psykopatologi över ett flertal varierande situationer. SCL-90-R sammanfattas i nio symtomskalor (*somatization, obsessive compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation* och *psychoticism*) och i tre indextal: *Global Severity Index* (GDI) vilket mäter generell psykisk problematik, *Positive Symtom Distress Index* (PSDI) som mäter symtomens intensitet och *Positive Symtom Total* (PST) som står för antalet självrapporterade symtom. Man ville också se vilken effekt behandlingen hade på frekvensen av självskadande och suicidalt beteende. Som en incident av självskadande beteende räknades en i tid avgränsad episod som i sig kan bestå av upprepat självskadande. Detta skattades på DBT veckokort, som är en sammanfattande beskrivning av patientens nuläge, samt på *Brief BPD Treatment Outcome*

Assessment (BPD-TOA, svensk översättning av DBT-teamet i Lund) som utarbetats av Comtois och Linehan (1997). Förutom dessa mått gjorde terapeuterna även skattningar på GAF-skalan där den psykiska funktionsnivån hos patienterna skattades på en skala från 0 till 100 (Global funktionsskattningsskala; Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976).

För att bedöma patienternas upplevelse av behandlingen när den avslutats, samt hur väl de har kunnat tillämpa de färdigheter som lärts ut inom olika färdighetsområden användes utvärderingsformuläret *Dialektisk Beteendeterapi – utvärdering efter behandlingen (A)*. Det är en svensk översättning av *Dialectical behavior therapy, Post-treatment evaluation. Packet (A)* (Rathus & Miller, 1995) och formuläret innehåller tre frågeområden. Det första rör hur stora framsteg patienten upplever att hon har gjort inom sex problemområden som är typiska för patienter med BPS. I det andra och tredje frågeområdet får patienter ta ställning till hur mycket färdighetsmoduler respektive specifika färdigheter, som man arbetat med och lärt sig inom behandlingen, varit till hjälp. De tre frågeområdena besvaras genom att patienter skattar på en femgradig likertskala med svarsalternativen ”inte alls”, ”lite”, ”en hel del”, ”våldigt mycket” och ”helt och hållet” det svarsalternativ som stämmer bäst överens med deras upplevelse.

För att se om DBT-insatsen givit effekt ur ett hälsoekonomiskt perspektiv hämtades data från Uppsala läns landstings patientadministrativa datorsystem (IMX). Data som var intressanta för denna aspekt av studien var antal öppenvårdsbesök inom den somatiska vården, antal inneliggande dygn inom somatisk vård, antal besök inom den psykiatriska öppenvården och antal inneliggande dygn på psykiatrisk avdelning. Besök respektive inneliggande dygn fördelades på de fyra kategorierna utifrån hur de klassificeras i IMX. Jämförelser gjordes för dessa fyra variabler mellan de första 12 månader patienten gått i DBT inom DBT-projektet och de 12 månader som varit innan patienten påbörjade behandling. Totalt hämtades data alltså från ett 24-månadersintervall.

2.3. Procedur

2.3.1. Utbildning i DBT

Utbildningen i DBT pågick i fyra terminer från och med våren 2003 till och med hösten 2004 och kliniskt behandlingsarbete har löpt parallellt med teori och handledning. Den första

terminen var enbart teoretisk med utbildning i emotionsteori, dialektik, validering, de teoretiska hörnpelarna i DBT, behandlingsramar, tekniker, strategier, färdighetsträning och DBT-teamets funktion och arbetssätt. Termin 2 påbörjades det kliniska arbetet och terapeuterna har under de tre terminer som behandlingsarbetet pågått haft minst en patient. Varje team fick handledning varje vecka under tre timmar och teoretiska seminarier, s.k. terapeutiska verkstäder, löpte parallellt med det kliniska arbetet för att fördjupa teoretiska och praktiska kunskaper och i DBT. Detta pågick fram till programmets slut hösten 2004. Totalt sett innehöll utbildningen 110 timmar teori, 153 timmar teamhandledning i grupp, 51 timmar seminarium/terapeutisk verkstad och 3 terminer kliniskt arbete med behandling.

Antagning till programmet skedde genom att anställda inom psykiatri blev informerade om DBT-programmet genom en introduktionsföreläsning och en heldagsworkshop i DBT. Därefter introducerades den kommande utbildningen i DBT och intresserade fick ansöka via e-post. För ansökningar fanns vissa prioriteringsfaktorer och de som gällt för antagningen var (här ej i rangordning): erfarenhet av behandling av patienter som uppfyller kriterier för BPS, motivation till att arbeta med patientgruppen, stegII i KBT eller annan terapiutbildning, stegI i KBT eller annan terapiutbildning, orienteringsutbildning i KBT, arbetsgivarens godkännande att genomgå utbildningen och möjlighet att arbeta med patienter i DBT i sitt ordinarie arbete. En målsättning för indelningen i team var att ha minst en person med stegI-terapiutbildning i varje behandlingsteam.

Ett DBT-ledningsteam bestående av Staffan Lundqvist, bitr. verksamhetschef, BUP-kliniken, Psykiatricentrum; Uppsala, Anna Kåver, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Psykiatricentrum; Uppsala, Kerstin Cederberg-Byström, leg. läkare, BUP-kliniken, Psykiatricentrum; Uppsala och Karin Ovefelt, leg. psykolog, leg psykoterapeut, Psykiatricentrum; Uppsala ansvarade för utbildningsprogrammet och hade den planerande och ledande funktionen i projektet. Medlemmar ur teamet höll, tillsammans med externa handledare med erfarenhet av DBT, i handledning av behandlingsteamerna i individualterapi och färdighetsträning. Teamet erhöll i sin tur handledning och mentorskap av professor Alan E. Fruzzetti från University of Nevada, Reno, USA.

2.3.2. Behandling

Rekrytering av patienter skedde i huvudsak från terapeuternas egna mottagningar och inga remisser togs emot under utbildningstiden. Inklusions-/prioriteringskriterier var kvinnor i

åldrarna 15-25 år och de som var fysiskt självskadande prioriterades. Efter att patienterna inkluderats blev de informerade om projektet skriftligt och gav sitt medgivande till att delta i behandlingen samt utvärderingen. Alla patienter diagnosticerades och en bedömning gjordes av lämplighet för DBT och förmåga att tillgodogöra sig behandlingen. Två personer ansågs efter orienteringsfasen opassande och togs därför inte in i behandlingen.

Behandlingen följde den manualiserade form av DBT som utarbetats av Linehan (1993, 2000b) och påbörjades i slutet av commitmentfasen (3-5 tillfällen), eller när patienten och terapeuten undertecknat behandlingskontraktet, och då gjordes även förmätningar med KABOSS-S, BPD-TOA, SCL-90-R och GAF. Dessa mätningar upprepades sedan efter sex månader och efter 12 månader. Under hela behandlingen fyllde patienten med hjälp av terapeuten i DBT veckokort och detta gjordes varje session. När behandlingen avslutats utvärderade patienten denna med *Dialektisk Beteendeterapi – utvärdering efter behandlingen (A)*.

Behandlingen kunde komma att fortsätta även efter 12 månader om terapeuten och/eller patienten ansåg att det behövdes. Utfall av den förlängda behandlingen låg dock utanför detta projekts ramar och redovisas inte.

2.4. Design

DBT-programmet var en klinisk pilotstudie och ingen kontrollgrupp användes. I studien användes en inomgruppsdesign med upprepad mätning. För den första frågeställningen, psykiskt mående, var antal självskadande beteenden, resultat på KABOSS-S, resultat på SCL-90 och resultat på GAF beroendevariabler och förmätning, sexmånadersmätning och tolv månadersmätning var de tre lägena i den oberoende variabeln tid. Den andra frågeställningen besvarades genom att undersöka resultatet på de olika frågorna i formuläret *Dialektisk Beteendeterapi – utvärdering efter behandlingen*. Medelvärden för dessa frågor jämfördes med varandra. För den tredje frågeställningen var ineliggande dagar inom psykiatri och somatiken samt besök på psykiatrisk eller somatisk klinik beroendevariabler och tid de 12 sista månaderna innan respektive de 12 första månaderna under behandlingen var den oberoende variabeln.

2.5. Statistisk bearbetning

2.5.1. Psykisk hälsa

Alla statistiska beräkningar utfördes i *SPSS 12.0.1 for Windows*. För att se vilken effekt DBT-insatsen givit på patienternas psykiska hälsa tillämpades inomgrupps variansanalyser (ANOVA) upprepad mätning för aktuella variabler. Genom att använda sig av denna analysmetod fick man ett mera precist mått på hur stor varians hos patienterna som berodde på behandlingen genom att hänsyn togs både till hur de varierade sinsemellan (between-subjects variance) och hur de varierade över tidpunkt (within-subjects variance) (Clark-Carter, 1997). Statistiska beräkningar gjordes dels för de patienter för vilka det fanns fullständiga data i de olika variablerna och dels genom en intent-to-treat-analys. För de personer där den första mätningen saknades men där senare mätningar fanns tillgängliga beräknades ett medelvärde från andra patienters förmätningar, och detta värde användes som förmätningmått. I de fallen då antingen 6-månadersmätningen, 12-månadersmätningen eller båda saknades kom det senast tillgängliga värdet att användas för efterföljande mättillfällen s.k. "last observation carried forward". Då bortfallet i form av ofullständiga formulär var ganska stort användes intent-to-treat för att dels få med dem i analysen som genomgått DBT-programmet och för vilka något formulär saknades, och dels för att se om resultaten stod fast även om den mera konservativa metoden intent-to-treat används. För mått på effektstorlek användes Cohens d som står för hur många standardavvikelse två medelvärden skiljer sig åt, i det här fallet 12 månader i DBT jämfört med förmätningen. Enligt Clark-Carter (1997) står 0.2 för en svag effektstorlek (Cohens d), 0.6 för en måttlig och 0.9 för en stark effektstorlek. Dessa siffror gäller för mellangruppsjämförelser. Vid upprepad mätning, som användes här, gäller generellt att det krävs högre effektstorlekar än vid mellangruppsjämförelser för att kunna hävda att effekten är t.ex. stark. Dock finns det inga riktlinjer för dessa gränsvärden så effekterna kom därför att tolkas ungefärligt. De effektstorlekar som presenterats står för skillnaden mellan förmätningen och 12-månadersmätningen. Detta eftersom dessa värden svarade bäst på hur patienterna påverkades av DBT-insatsen.

2.5.2. Upplevelse av behandlingen

I slutet av behandlingen fick patienterna fylla i *Dialektisk Beteendeterapi – utvärdering efter behandlingen*. Formuläret är indelat i tre frågeområden (framsteg inom tidigare problemområden, hjälpfulla färdighetsmoduler och hjälpfulla färdigheter) och medelvärden för patienternas svar jämfördes för att se vilka färdighetsmoduler/färdigheter som varit mest

till hjälp och inom vilket problemområde patienten upplevt mest förbättring. Detta sätt att utvärdera behandlingen har tidigare använts av Miller, Wyman, Huppert, Glassman och Rathus (2000).

2.5.3. Hälsoekonomi

För att se om DBT-insatsen givit effekt på hur mycket vård patienterna förbrukade innan respektive efter DBT-behandlingens start jämfördes två 12-månadersintervaller. Det första omfattade de 12 månader som föregick DBT-programmets start och det andra omfattade de första 12 månader patienten gick i behandling. DBT-behandlingen påbörjades månad 13 och startdatumet sattes den dag då behandlingskontraktet skrevs. För att göra resultaten mera överskådliga och lätthanterliga delades tidsintervallet som är aktuellt för analys upp i fyra tidsperioder som sträcker sig över sex månader vardera. Statistiska analyser med parade t-test användes för att se huruvida antalet besök inom vården varierade när dessa tidsperioder jämfördes.

3. Resultat

Den totala medelåldern i patientgruppen var 20.2 år (sd = 5.6). En undersökning av bakgrundsvariabler visade att 17 av 19 av patienterna uppgav sitt civilstånd som ogift och två av deltagarna hade en partner. Beträffande utbildning hade den typiska deltagaren i DBT-programmet grundskola som högsta utbildningsnivå (15 av 19) och de övriga fyra hade en gymnasieutbildning. De flesta av patienterna gick vid starten av behandlingen på gymnasiet (13 av 21) och fyra studerade på universitet eller högskola. Sju av deltagarna hade ett arbete vid sidan av studierna och tre av patienterna fick antingen sjukbidrag eller arbetslöshetsersättning vid studiens början.

Vad gäller medicinering hade 71% av patienterna (17 av 24) någon form av medicin vid behandlingsstarten. Vanligast var antidepressiv medicin som brukades av 16 av dessa personer. Merparten i patientgruppen brukade ytterligare någon medicin varav sömnmedel (37%), ångestdämpande (25%) och lugnande medel (21%) var de vanligast förekommande.

SCID-II visade att de flesta av patienterna i DBT-programmet uppfyllde kriterier för ytterligare diagnoser på axel-II i DSM-IV. I snitt uppfyllde de kriterier för 4.9 diagnoser (sd = 2.7) och de vanligaste var depressiv personlighetsstörning (90%), antisocial personlighetsstörning och paranoid personlighetsstörning (60%), fobisk personlighetsstörning (55%), passivt-aggressiv personlighetsstörning (50%) och osjälvständig personlighetsstörning och schizotyp personlighetsstörning (45%).

För att se om det fanns skillnader i patientgruppen när de grupperades utifrån bakgrundsvariabler, ytterligare diagnoser och medicinering (t ex äldre kontra yngre, eller de med depressiv personlighetsstörning kontra de utan), gjordes analyser på de olika utfallsvariablerna med oberoende t-test. Rapporterade värden för t.ex. de patienter som uppfyllde kriterier för diagnosen fobisk personlighetsstörning jämfördes med värden för de som inte uppfyllde kriterier för fobisk personlighetsstörning. Vidare undersöktes ålderns inverkan på resultatet genom att se hur patienternas ålder samvarierade med övriga resultat. Inga statistiskt signifikanta skillnader framkom när grupperna jämfördes med varandra vid 12-månadersmätningarna och ingen signifikant påverkan av ålder upptäcktes. Dock ska det noteras att det fanns flera signifikanta skillnader på variablerna som mäter psykisk hälsa vid

förmätningen när gruppen som uppfyllde kriterier för paranoid personlighetsstörning jämfördes med dem som inte uppfyllde dessa kriterier. De patienter som uppfyllde kriterier för paranoid personlighetsstörning låg signifikant högre (sämre) på ångest, tvång och borderline på KABOSS-S. På SCL-90-R uppvisades signifikant högre värden på GSI, PST, PSDI, somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, phobic anxiety och paranoid ideation vilket tyder på sämre mående. Vidare, när patientgruppen delades in i två grupper utifrån de som uppfyllde kriterier för passivt-aggressiv personlighetsstörning och de som inte gjorde det, upptäcktes också stora skillnader mellan grupperna. Patientgruppen som uppfyllde kriterier för den störningen låg signifikant högre på förmätningarna av tvång och borderline på KABOSS-S och GSI, PSDI, interpersonal sensitivity, depression och phobic anxiety på SCL-90-R. Flera av dessa signifikanta skillnader fanns kvar vid 6-månadersmätningen men alltså inte vid 12-månadersmätningen.

3.1. Psykisk hälsa

Den första frågeställningen avsåg att besvara hur patienternas psykiska hälsa varierade mellan för- och 12-månadersmätningen. För att kunna besvara denna genomfördes ett flertal statistiska beräkningar med ANOVA upprepad mätning. Variationen bland deltagarna har inte redovisats i resultatavsnittet då det intressanta var huruvida deltagarnas psykiska hälsa varierade över tid, dvs. från förmätning till 12-månadersmätning.

I de statistiska beräkningarna beträffande patienternas psykiska hälsa förekom 22 personer i åldrarna 16-28 år ($M = 18.7$, $sd = 3.1$). Bortfallet varierade mellan de olika mätvariablerna och antalet deltagare var mellan 13 och 16 i analyserna av de personer som hade kompletta formuläruppsättningar och mellan 18 och 22 för intent-to-treat-analyserna. Anledningen till att antalet patienter varierade i intent-to-treat-analyserna var att det fanns ett antal patienter för vilka alla mätningar saknades i någon variabel. För dessa var det inte möjligt att göra en analys med intent-to-treat då det inte fanns några data att utgå ifrån.

3.1.1. KABOSS-S och GAF

Tabell 1 visar resultat av beräkningar med ANOVA för terapeuternas skattningar av patienterna på GAF-skalan och resultatet på KABOSS-S uppdelat på fyra skalor. Resultaten har presenterats i en analys för de patienter för vilka det fanns mätningar tillgängliga för alla tre betingelser och en intent-to-treat-analys där även de patienter tagits med som saknade

Tabell 1

Resultat av ANOVA för skalor på KABOSS-S och GAF-skattning för patienter med kompletta skattningar (KABOSS-S; n = 15; GAF, n = 16) och intent-to-treat-analys (KABOSS-S; n = 22; GAF, n = 20)

	Förmätning		6 månader		12 månader		F	Effektstorlek (d)
	m	sd	m	sd	m	sd		
Depression								
komplett	26.3	9.2	23.5	12.0	18.9	12.8	4.4*	0.80
intent-to-treat	26.3	9.2	23.2	12.4	19.6	12.8	6.5**	0.73
Ångest								
komplett	25.2	9.9	23.7	11.0	21.9	11.2	1.0	0.34
intent-to-treat	25.2	8.9	24.1	11.4	21.8	11.0	1.5	0.38
Tvång								
komplett	23.2	8.2	20.4	8.6	17.7	9.3	3.2	0.67
intent-to-treat	23.4	7.5	20.0	9.2	17.7	9.5	6.2**	0.76
Borderline								
komplett	33.9	9.5	28.1	13.8	23.0	14.0	7.9**	1.15
intent-to-treat	33.5	9.1	27.4	14.0	23.2	13.8	12.3***	1.13
GAF								
komplett	51.4	6.3	60.8	8.0	67.4	13.4	17.5***	2.56
intent-to-treat	50.9	6.3	59.9	8.0	65.0	13.2	17.9***	2.24

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

någon av mätningarna. I analyserna av patienterna med kompletta mätningar uppvisades signifikanta förbättringar över tid på variablerna GAF ($p < 0.001$), KABOSS-S depression ($p = 0.022$) och KABOSS-S borderline ($p = 0.002$). Effektstorlekarna för dessa skalor var starka till mycket starka. För skalan tvång noterades en tendens till signifikant minskning ($p = 0.058$). De signifikanta skillnaderna mellan mättillfällena bibehölls och stärktes ytterligare när intent-to-treat-analysen tillämpades, GAF ($p < 0.001$), KABOSS-S depression ($p = 0.006$) KABOSS-S tvång ($p = 0.008$) och KABOSS-S borderline ($p < 0.001$). I intent-to-treat-analysen kvarstod effektstorlekarna för dessa skalor som starka till mycket starka.

3.1.2. Självskadebeteende

Ett av de beteenden som DBT uttryckligen syftar till att minska är olika former av självskadande beteende. Vid behandlingsstarten uppgav 87.5% (n = 16) av patienterna att de ägnat sig åt någon form av självskadande beteende de senaste sex månaderna. Efter sex månader i behandling hade den siffran sjunkit till 72.2% (n = 18) och efter 12 månader uppgav 50% av patienterna (n = 16) att de skadat sig själva under de sex månader som föregått mättillfället. En analys för patienter med kompletta skattningar och en intent-to-treat-analys gjordes med ANOVA upprepad mätning för att se hur antalet självskadebeteenden varierade mellan mättillfällena (tabell 2). För patienter där skattningar på självskadebeteende fanns tillgängliga vid samtliga tre tillfällen (n = 14) påvisades en signifikant skillnad ($p = 0.004$). Effektstorleken är stark. I intent-to-treat-analysen (n = 17) fanns det kvar en signifikant

Tabell 2

Resultat av ANOVA för antal självskadehandlingar räknat 6 månader bakåt från mättillfället. Antal deltagare är 14 personer för patienter med kompletta skattningar och 18 personer för intent-to-treat

	Förmätning		6 månader		12 månader		F	Effektstorlek (d)
	M	sd	M	sd	M	sd		
Självskadebeteende komplett	15.4	13.5	4.5	4.6	1.4	2.1	10.6**	0.97
Självskadebeteende intent-to-treat	37.4	69.8	9.4	18.7	6.4	19.1	5.8*	0.44

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

skillnad mellan betingelserna ($p = 0.027$) även om den var mindre än tidigare och effektstorleken var måttlig.

3.1.3. SCL-90-R

I Tabell 3 och 4 sammanfattas resultatet av ANOVA för skalorna på SCL-90-R. I analysen av de patienter för vilka kompletta mätningar fanns tillgängliga (se tabell 3) förekom 13 personer och statistiskt signifikanta skillnader påvisades för sju av de nio symtomskalorna och två av indextalen på SCL-90-R: GSI ($p = 0.007$), PSDI ($p = 0.011$), obsessive-compulsive ($p = 0.05$), interpersonal sensitivity ($p = 0.04$), depression ($p = 0.009$), anxiety ($p = 0.018$), phobic anxiety ($p = 0.011$), paranoid ideation ($p = 0.018$) och psychoticism ($p = 0.029$). Effektstorlekarna för dessa skalor var måttliga till mycket starka. För indextalet PST framkom en tendens till signifikant skillnad ($p = 0.058$) mellan mätningarna.

Tabell 3

Resultat av ANOVA för skalorna på SCL-90 för patienter med kompletta skattningar (n = 13)

SCL-90-R (komplett)	Förmätning		6 månader		12 månader		F	Effektstorlek (d)
	m	sd	m	sd	m	sd		
GSI (generell problematik)	2,1	0,7	1,6	0,8	1,4	0,8	6.2**	0.99
PST (antal symtom)	70,1	14,1	60,2	20,8	59,2	18,4	3.2	0.77
PSDI (intensitet)	2,7	0,5	2,3	0,6	2,1	0,6	7.4*	1.21
Somatization	20,9	11,7	18,7	12,7	16,9	9,8	1.0	0.35
Obsessive-compulsive	19,9	7,6	15,4	8,8	15,5	7,0	3.4*	0.58
Interpersonal sensitivity	20,0	6,2	15,9	9,5	13,9	8,7	4.2*	0.98
Depression	34,6	9,5	27,2	12,1	22,5	12,4	7.0**	1.28
Anxiety	23,9	10,6	17,5	11,2	15,9	10,0	4.8*	0.75
Hostility	12,7	6,7	10,2	5,9	8,5	5,2	2.2	0.63
Phobic anxiety	12,5	5,8	10,1	6,8	7,4	5,9	6.5*	0.88
Paranoid ideation	13,2	5,8	8,9	5,8	8,1	7,5	4.8*	0.88
Psychoticism	15,1	7,6	8,7	7,8	8,0	7,6	5.5*	0.94

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

När intent-to-treat-analysen tillämpades (n = 20) noterades större signifikansvärden för de flesta av skalorna och statistiskt signifikanta skillnader mellan patienternas skattningar över tid förekom här för alla symtomskalor utom en samt alla indextal (se tabell 4) och dessa var:

Tabell 4

Resultat av ANOVA för skalorna på SCL-90 för intent-to-treat-analys (n = 20)

SCL-90-R (intent-to-treat)	Förmätning		6 månader		12 månader		F	Effektstorlek (d)
	M	sd	M	sd	M	sd		
GSI (generell problematik)	2.1	0.6	1.7	0.9	1.5	0.9	6.9**	1.16
PST (antal symtom)	69.9	11.6	60.0	21.5	58.4	20.7	4.2*	0.99
PSDI (intensitet)	2.7	0.4	2.3	0.7	2.1	0.7	10.5**	1.46
Somatization	21.1	9.3	19.6	13.1	16.5	11.6	1.7	0.49
Obsessive-compulsive	19.8	6.1	16.1	8.9	15.3	8.0	4.1*	0.74
Interpersonal sensitivity	19.9	5.0	16.2	9.8	14.4	9.6	5.0*	1.11
Depression	34.3	8.4	28.1	13.4	24.8	14.2	7.2**	1.14
Anxiety	23.3	8.5	19.2	11.9	16.2	10.9	4.6*	0.83
Hostility	13.1	5.6	9.5	6.2	8.0	5.5	5.0*	0.90
Phobic anxiety	12.2	4.7	10.4	7.1	7.9	6.9	5.2*	0.92
Paranoid ideation	12.9	4.7	8.5	5.8	7.7	6.8	9.0***	1.11
Psychoticism	15.1	6.1	9.1	8.0	8.7	7.9	7.2**	1.05

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

GSI ($p = 0.008$), PST ($p = 0.023$), PSDI ($p = 0.002$), obsessive-compulsive ($p = 0.024$), interpersonal sensitivity ($p = 0.024$), depression ($p = 0.007$), anxiety ($p = 0.017$), hostility ($p = 0.011$), phobic anxiety ($p = 0.023$), paranoid ideation ($p = 0.001$) och psychoticism ($p = 0.009$). En annan skillnad gentemot den ursprungliga analysen var att effektstorleken generellt sett blev lägre men effektstorlekarna kvarstod som starka till mycket starka.

3.2. Upplevelse av behandlingen

Vid tiden för datasammanställningen hade 14 av patienterna fyllt i *Dialektisk Beteendeterapi – utvärdering efter behandlingen*. Övriga patienter hade antingen avslutat behandlingen tidigare än efter 12 månader eller också var behandlingen ännu inte klar. Patienterna som utvärderade behandlingen var i åldrarna 16-28 år ($M = 19.3$, $sd = 3.5$). På frågan hur stora framsteg patienterna gjort inom sex problemområden som är typiska för personer med BPS skattades självskadande handlingar högst ($M = 3.7$, $sd = 1.6$) på en skala 1-5. Detta värde låg i intervallet mellan ”en hel del” och ”våldigt mycket” framsteg. Övriga problemområden som skattades var ”impulsivitet (handla utan att tänka efter)” ($M = 3.40$, $sd = 0.99$), ”svängande känslor (snabba intensiva svängningar i humör och liten kontroll över det)” ($M = 3.20$, $sd = 1.21$), ”nedstämdhet” ($M = 3.00$, $sd = 1.00$), ”relationsproblem (mönster av att ha svårt att komma överens med andra)” ($M = 2.93$, $sd = 1.03$) och ”förvirring om mig själv” ($M = 2.93$, $sd = 1.22$). Medelvärden för hur mycket patienterna upplevde att de haft hjälp av behandlingens färdighetsmoduler respektive specifika färdigheter visas i tabell 5.

Tabell 5

Medelvärden och standardavvikelser för färdighetsmoduler och specifika färdigheter för patienter i DBT-programmet på en skala från 1-5 (n = 14)

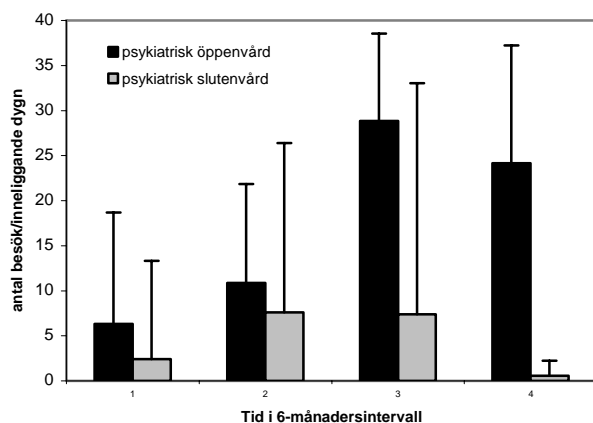
DBT-färdigheter	M	sd	DBT-färdigheter	M	sd
Mindfulnessfärdigheter	3.07	1.22	helt acceptera	2.77	1.30
visshet	3.29	0.91	Relationsfärdigheter	3.00	1.25
observera (se utan ord)	3.14	1.23	peppa mig själv mot oroande tankar	2.86	0.95
beskriva (med ord)	3.29	0.83	förbättra relationen	2.93	0.92
delta (gå med, kasta dig in i)	2.79	1.12	få det jag vill	2.43	1.02
inte döma	3.14	1.03	känna mig effektiv	2.79	1.31
vara koncentrerad	2.57	0.94	bevara självrespekten	3.43	1.22
göra det som fungerar	3.50	1.16	Färdigheter för att styra känslor	2.67	0.98
Färdigheter för att stå ut i kriser	3.20	1.08	minska sårbarhet	3.21	1.12
distrahera mig	3.14	0.86	förmåga att behärska situationen	3.57	1.16
trösta mig själv (5 sinnen)	2.71	1.33	skapa positiva erfarenheter	3.36	1.08
förbättra nuet	3.07	1.21	”surfa” på känslan – acceptera	3.00	1.41
för- och nackdelar	3.00	1.41	göra tvärtemot känslan	2.79	0.89

Av färdighetsmodulerna uppgav patienterna att det var krishanteringsfärdighetsmodulen som varit mest till hjälp (M = 3.20, sd = 1.08). Medelvärden för skattningarna av alla specifika färdigheter varierade mellan 2.43 och 3.57. Översatt till skalsteg i skattningsskalan blev detta från mellan ”lite” och ”en hel del” till mellan ”en hel del” och ”våldigt mycket”. Av de specifika färdigheterna skattades ”förmåga att behärska situationen” högst (M = 3.57, sd = 1.16) följt av ”göra det som fungerar” (M = 3.50, sd = 1.16), ”bevara självrespekten” (M = 3.43, sd = 1.22) och ”skapa positiva erfarenheter” (M = 3.36, sd = 1.08). När de specifika färdigheterna jämfördes gruppvis var det mindfulnessfärdigheter och färdigheter för att styra känslor som skattades högst.

3.3. Hälsoekonomi

Statistiska beräkningar med parade t-test genomfördes där de fyra 6-månadersintervallerna jämfördes med varandra inom respektive vårdområde. De fyra vårdområdena var: psykiatrisk öppenvård, somatisk öppenvård, psykiatrisk slutenvård och somatisk slutenvård. I analyserna av hälsoekonomi förekom 21 av patienterna i åldrarna 15-28 år (M = 18.7, sd = 3.2). I figur 3 och 4 syns medelvärden och standardavvikelser för patienterna fördelat över de fyra vårdområdena.

Inga signifikanta minskningar i vårdförbrukning framkom vid parvisa jämförelser av tidsintervallen med t-test. I kategorin psykiatrisk slutenvård framkom en tendens till signifikant minskning när det andra tidsintervallet jämfördes med det sista intervallet ($t =$

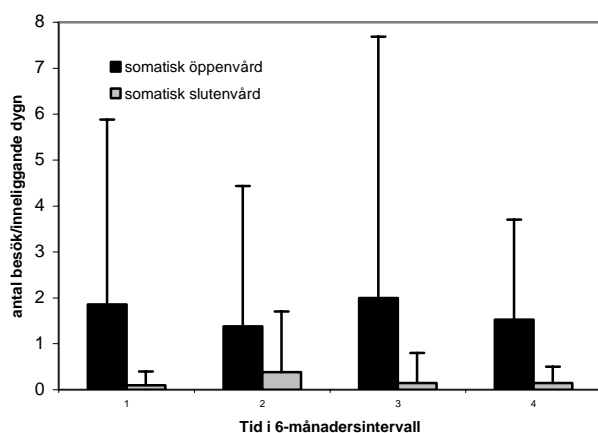


	Psykiatrisk öppenvård	Psykiatrisk slutenvård
1-6 månader	M = 6.3 s = 12.4	M = 2.4 s = 10.9
7-12 månader	M = 10.9 s = 11.0	M = 7.6 s = 18.8
13-18 månader	M = 28.9 s = 9.7	M = 7.4 s = 25.6
19-24 månader	M = 24.1 s = 13.1	M = 0.6 s = 1.7

Figur 3. Psykiatrisk vård fördelat på de fyra tidsintervallen. För öppenvården är värdet på y-axeln medelvärdet för antal besök och för slutenvården medelvärdet för antal inläggande dygn.

1.816, $p = 0.084$). För att ytterligare undersöka denna eventuella minskning i psykiatrisk slutenvård dikotomiserades vårddata i två kategorier, inläggning inom psykiatrin respektive inte inläggning inom psykiatrin, för varje patient och tidsintervall. Därefter gjordes analyser med McNemar's test of change för att se om det förelåg någon skillnad mellan de fyra tidsintervallen. Inga signifikanta skillnader framkom.

I kategorin psykiatrisk öppenvård framkom flera statistiskt signifikanta ökning av vård när tidsintervallen jämfördes med varandra (månad 1-6; månad 13-18, $t = -7.72$, $p < 0.001$), (månad 1-6; månad 19-24, $t = -4.397$, $p < 0.001$), (månad 7-12; månad 13-18, $t = -7.291$, $p < 0.001$) och (månad 7-12; månad 19-24, $t = -3.559$, $p = 0.002$). Det fanns en tendens till en signifikant ökning i vård mellan det första och det andra tidsintervallet ($t = -1.933$, $p = 0.068$)

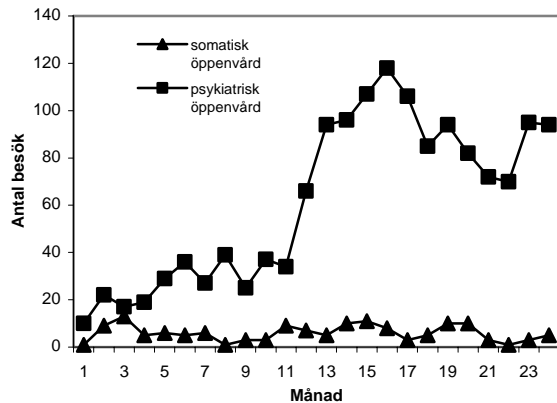


	Somatisk öppenvård	Somatisk slutenvård
1-6 månader	M = 1.9 s = 4.0	M = 0.1 s = 0.3
7-12 månader	M = 1.4 s = 3.1	M = 0.4 s = 1.3
13-18 månader	M = 2.0 s = 5.7	M = 0.1 s = 0.7
19-24 månader	M = 1.5 s = 2.2	M = 0.1 s = 0.4

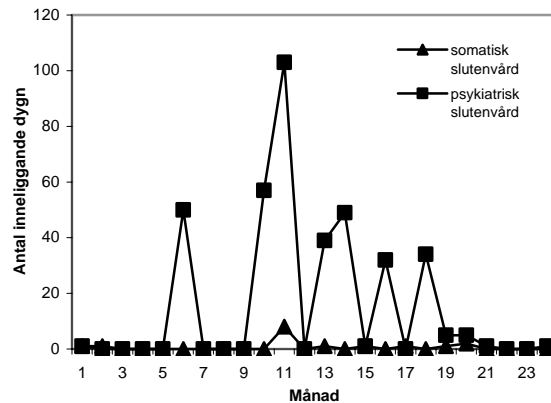
Figur 4. Somatisk vård fördelat på de fyra tidsintervallen. För öppenvården är värdet på y-axeln medelvärdet för antal besök och för slutenvården medelvärdet för antal inläggande dygn.

och en tendens till signifikant minskning mellan det tredje och det fjärde tidsintervallet ($t = 2.01, p = 0.058$).

För den somatiska vården förekom inga signifikanta skillnader mellan tidsintervallen när dessa jämfördes parvis med t-test.



Figur 5. Summan av all öppenvård för patienter i DBT-programmet (n = 21)



Figur 6. Summan av all slutenvård i DBT-programmet (n = 21)

I Figur 5 och 6 visas hur den totala vårdförbrukningen för de 21 patienter för vilka vårddata fanns tillgängliga varierade över samtliga 24 månader som registreringar gjorts. Inga analyser gjordes på separata månader.

4. Diskussion

Resultaten av DBT-programmet var ett generellt bättre psykiskt mående och en stor minskning i antal självskadebeteenden hos patienterna. För vissa patienter har självskadande handlingar försvunnit helt och förmodligen ersatts av andra mera funktionella beteenden. När patienterna påbörjade behandlingen i DBT syntes en stor ökning av psykiatrisk öppenvård, vilket kanske förefaller naturligt då de påbörjade en ny behandling. Även om det framkom tendenser till en gradvis minskning under DBT-programmet var denna studie för begränsad i tid för att undersöka huruvida en sådan förändring var reell eller inte. Patienterna sade sig vara nöjda med behandlingen och upplevde sig ha blivit väl hjälpta. Detta stämde överens med de resultat som förmedlades av skattningsskalor och formulär som mäter psykiskt mående. DBT-programmet var en okontrollerad pilotstudie och därför var det inte möjligt att säkert uttala sig om huruvida det var behandlingen med DBT som orsakade den förändring som framkommit. Däremot verkar det fullt rimligt att säga att den behandling som genomfördes inom DBT-programmet gav goda resultat på ett flertal variabler som mäter psykiskt mående hos patientgruppen och eventuellt framkom det även en hälsoekonomisk effekt i samband med behandlingen.

DBT-programmet syftade till att se huruvida det var möjligt att utbilda terapeuter i DBT och därefter implementera behandlingen i psykiatrisk öppenvård. Behandlingsresultatet utvärderades sedan för att se vilka effekter som följt av implementeringen. Behandlingen utfördes i en klinisk kontext och kontrollen på variabler har därför varit mindre än vid tillämplig forskning. Den mindre rigorösa kontrollen över variabler är en naturlig följd vid "effectiveness-studier" som har som mål att kunna uttala sig om generaliserbarhet och praktisk tillämpbarhet, snarare än att uppvisa hög grad av forskningsmässig kontroll (Hayes et al., 1999). Utveckling och utvärdering av psykologiska behandlingar påbörjas och avslutas ofta i en klinisk kontext och däremellan sker ofta en granskning av behandlingens tillämpade effektivitet eller "efficacy". Framväxten av en behandlingsform är naturlig och progressiv och tidigare misstag korrigeras och utvecklas med senare upptäckter (Agras & Berkowitz, 1980). Att kontinuerligt utvärdera både en behandlingens "effectiveness" och "efficacy" är centralt för psykologisk behandling och båda dessa typer av forskning måste fortsätta att existera. DBT-programmet syftade till att bedöma den kliniska tillämpbarheten hos DBT och detta är inte möjligt utan att först implementera behandlingen i en naturlig klinisk kontext på patienter som

förekommer där naturligt. Patienterna i DBT-programmet uppvisade stor variation vad gäller symtomatologi och diagnostik och terapeuterna kom från skilda kliniska bakgrunder och varierade när det gäller terapeutisk erfarenhet och utbildningsnivå. Därför borde slutsatser kunna dras med behandlingens generaliserbarhet och praktiska användbarhet i fokus och resultaten utgör då en grund för att tolka detta.

Avsaknaden av en kontrollgrupp begränsade dock vad som kunde sägas om förhållandet mellan behandlingen med DBT och de skillnader som påvisades hos patientgruppen, t.ex. att det föreligger ett kausalt samband mellan DBT och skillnaderna som patienterna uppvisade på variablerna. Detta var dock inte syftet med denna studie.

Behandlingen som utfördes i DBT-programmet har gett starka effekter vilket syns på utfallsvariablerna. En tolkning är att detta kan bero på att den utbildningen av terapeuter i DBT som genomfördes fungerat tillfredställande. Detta eftersom andra behandlingar än DBT visat sig ha liten effekt vad gäller behandling av BPS och att patientgruppen i DBT-programmet förbättrades signifikant på ett stort antal utfallsvariabler. Om denna tolkning stämmer skulle behandlingsresultaten kunna innebära att DBT som behandlingsform är möjlig att lära ut till terapeuter med en stor spridning i teoretisk och praktisk kunskap av KBT och DBT, vilket var fallet i DBT-programmet. Det är svårt att uttala sig om terapin som bedrevs följde den manual som utarbetats för DBT eller inte, men den kontinuerliga handledningen i DBT-team och handledning och workshops tillsammans med erfarna DBT-handledare borde ha kontrollerat för att det verkligen var DBT som praktiserades. Detta ligger i linje med de resultat som visades i studien av Hawkins och Sinha (1998) där terapeuter med varierande bakgrund utbildades i DBT. Deras kunskaper testades sedan genom ett kunskapsprov och det visade sig i den studien att terapeutisk bakgrund hade liten effekt på hur väl terapeuterna tog till sig behandlingsmodellen.

Intressant att notera är att det för patienterna inte fanns någon signifikant inverkan av ålder, medicinering eller ytterligare diagnoser på andra variabler. Låg ålder vid terapistart är sedan tidigare associerat med dålig prognos vad gäller BPS (Lieb et al., 2004) men hade här ingen inverkan på utfallsvariablerna och verkade alltså inte försämra resultatet.

Det är mycket möjligt att medicin påverkar patienterna på sätt som inte syns här på grund av de formulär som användes, men medicin verkade inte påverka det borderlinerelaterade

beteendemönstret. Att medicin varken signifikant förbättrade eller försämrade resultatet kan tänkas spegla det som förmedlas genom definitionen av BPS i den biosociala teorin. BPS är enligt den teorin främst en dysfunktion i reglering av affekter som orsakats av en icke-validerande miljö. Hur miljön svarar på individens beteenden påverkar huruvida en person utvecklar ett beteendemönster som är karaktäristiskt för BPS eller inte. Personer med BPS kan betraktas som att de saknar vissa färdigheter som krävs för att de skall kunna klara av att möta svårigheter i den fysiska och psykiska miljön. Genom färdighetsträningen i grupp i DBT förvärvas och generaliseras sådana färdigheter som gör det lättare för personer med BPS att interagera med andra och sig själv i de dimensioner som tidigare varit problematiska. Medicin kan ses som en katalysator som eventuellt påverkar inläringen men detta påverkar inte denna studies behandlingsresultat.

Patienterna i DBT-programmet skiljde sig åt vid behandlingsstarten när det gäller ytterligare diagnoser och medicinering. När patienterna grupperades utifrån uppfyllande av kriterier för ytterligare diagnoser syntes en skillnad på ett flertal utfallsvariabler. Dessa skillnader fanns dock inte kvar vid 12-månadersmätningen och en tolkning av detta är att DBT-programmet klarade av att behandla patienter med BPS som uppvisade varierande svårighetsgrad i problematik och diagnostisk komplexitet. Att kunna använda en behandlingsmodell på ett brett spektrum av patienter är en viktig egenskap om en behandling ska implementeras i klinisk öppenvård.

För att se vilka skillnader i psykiskt mående som fanns mellan förmätningen och 12-månadersmätningarna användes självskattningsskalorna KABOSS-S och SCL-90-R tillsammans med skattningar på GAF och patientens retroaktiva skattningar av självskadande beteenden. De flesta av skalorna och indexen visade på signifikanta skillnader när de två mättillfällena analyserades. Ett problem i DBT-programmet var att det externa och framförallt det interna bortfallet var stort på vissa av variablerna. Ett alltför stort bortfall kan medföra att data inte blir representativa för den patientgrupp som analyseras. Detta kan komma att begränsa studiens generaliserbarhet. En konservativ analysmetod som kan användas för att analysera data och också ta hänsyn till ett bortfall är intent-to-treat. Om patienten, för vilken någon mätning saknas, uppvisar likartade resultat som den övriga patientgruppen på den variabeln som analyseras kan det senast tillgängliga måttet användas även för senare mätningar (last observation carried forward). Det innebär att ingen förbättring uppvisas för dessa personer och det blir därför svårare för gruppen av försökspersoner att uppvisa en

statistiskt signifikant skillnad i den variabeln. Att förbättringarna bland patienterna fanns kvar även i intent-to-treat-analysen, och att effektstorlekarna var genomgående starka till mycket starka, visade att resultaten var robusta och att de data som uppvisades kan sägas gälla för patientgruppen som helhet. Att dessa förändringar berodde på någonting annat än DBT-insatsen är inte speciellt troligt då patienter med BPS sägs uppvisa ett över tid stabilt beteendemönster vilket är svårt att förändra och då de flesta andra behandlingsformer som syftat till att behandla BPS visat sig ha svaga resultat (Lieb et al., 2004). Dock blev det på grund av DBT-programmets upplägg och design inte möjligt att säkert uttala sig om huruvida DBT är en effektiv behandling för patienter med BPS eller inte. Förändringarna kan hypotetiskt sett ha berott på t.ex. förväntanseffekter, spontan återhämtning eller någon annan variabel som inte kontrollerades för.

De mera generella indexen och skattningarna (GAF och GSI på SCL-90-R), som kan sägas motsvara sammanfattande mått på psykiskt mående, visade på stora signifikanta skillnader och på starka effekter mellan mätningarna (GAF; $p < 0.001$, $d = 2.56$), (GSI; $p = 0.007$, $d = 0.99$). Effekter i "effectiveness-studier" ligger ofta lägre än vid "efficacy-studier" så effekterna av behandlingen inom DBT-programmet kan ses som ovanligt starka. Då både SCL-90-R och GAF har visat sig ha god reliabilitet stärkte det mätningarnas pålitlighet. Detta innebär en stor minskning i generell psykisk problematik och en globalt sett förhöjd funktionsnivå vilket skulle kunna motsvara en signifikant lägre grad av psykopatologi hos patienterna efter att de gått 12 månader i DBT. De andra två indexen på SCL-90-R visade att det inte förelåg signifikanta skillnader i antal självrapporterade symtom mellan förmätningen och 12-månadersmätningen, även om det finns en tendens till signifikant skillnad (PST; $p = 0.058$, $d = 0.77$) och att intensiteten i symtom minskade signifikant under de 12 månader patienterna behandlats med DBT (PSDI; $p = 0.011$, $d = 1.21$). I utvärderingsformuläret *Dialektisk beteendeterapi – utvärdering efter behandlingen (A)* skattade patienterna att de gjort "en hel del" till "väldigt mycket" framsteg inom borderlinerelaterade problemområden. Detta stämde ganska bra överens med resultat på index och skattningsskalor. Patienterna skattade även hur mycket specifika färdigheter, som mindfulnessfärdigheter, relationsfärdigheter, färdigheter för att stå ut i kriser och färdigheter för att styra känslor, hade varit till hjälp. Resultaten visade att patienterna haft god hjälp av dessa färdigheter som förmodas göra det lättare att hantera besvärliga situationer. Då skattningarna låg ganska högt ($M = 2.43-3.57$) var det rimligt att anta att färdigheter som förvärvades inom DBT-programmet bidrog till minskningen i indexen (GSI och PSDI) samt det förhöjda GAF-värdet.

De fyra skalorna på KABOSS-S och de nio symtomskalorna på SCL-90 gav en mera ingående bild av hur patienternas mående förändrades under de 12 månader de deltagit i DBT-programmet. Både på KABOSS-S och SCL-90-R fanns det en signifikant minskning i skalan depression vilket tyder på en förhöjd sinnesstämning hos patienterna. Vidare fanns en stor minskning i delskalan borderline på KABOSS-S som mäter ett antal beteenden som ofta ses hos personer med en BPS-diagnos. På SCL-90 fanns det signifikanta skillnader i flera symtomskalor som kan härledas till beteenden som ingår i en borderlinediagnos och dessa var *interpersonal sensitivity*, *anxiety*, *phobic anxiety*, *paranoid ideation* och *psychoticism*. Tillsammans pekade dessa båda formulär på en betydande minskning i depressiva symptom samt att tre av de fyra problemområden som antas finnas i en borderlinediagnos, beteenden som rör affekter, störningar i kognitioner och beteendemönster i relationer, minskade i intensitet i och med DBT-insatsen. Ett frågetecken måste dock riktas mot skalan på KABOSS-S som mäter ångest då den inte uppvisade någon signifikant skillnad i motsats till motsvarande skala på SCL-90. Skalan ångest på KABOSS-S innehåller flera frågor som mäter fysiskt obehag. Sådana frågor finns även på SCL-90-R men ligger där under symtomskalan somatization och där uppvisades ingen signifikant minskning i analysen. Detta kan förklara att signifikanta skillnader uteblev på ångestskalan på KABOSS-S. Patienterna förbättrades inte när det gäller somatiska symptom.

Variabeln självskadande skiljde sig väsentligt åt från förmätningen till 12-månadersmätningen ($p = 0.004$) och effektstorleken var mycket stark ($d = 0.97$). Det är troligt att anta att denna skillnad faktiskt berodde på DBT-insatsen, även om detta inte kan säkerställas eftersom kontrollgrupp saknades. Tidigare studier av andra behandlingsformer än DBT har visat att självskadande beteende är mycket svårt att behandla (Hawton et al., 1998). Även om behandlingarna ger en signifikant minskning i psykologiska variabler så brukar de misslyckas med att reducera antal självskadande beteenden (Hawton et al., 1998). DBT har tidigare i flera randomiserade kontrollerade studier visat på en signifikant minskning i självskadande beteende (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Koons et al., 2001; Van den Bosch, Verheul, Schippers, & Van den Brink, 2002; Verheul et al., 2003). Vidare skattade patienterna i utvärderingsformuläret efter behandlingen att det är just inom området självskadande beteenden som de upplevde att de gjort störst framsteg inom behandlingen. Med detta som utgångspunkt kan det verka rimligt att anta att det var behandlingen med DBT,

som uttalat syftar till att minska förekomsten av självskadande beteenden, som orsakade minskningen i självskadebeteende.

Ett problem med att använda sig av skattnings- och utvärderingsskalor är att det finns en risk att patienterna av olika orsaker svarar på ett sätt som inte stämmer överens med hur det faktiska tillståndet är och genom detta ge en förvrängd bild av hur de mår. Detta problem brukar i psykologisk forskning benämnas "*demand characteristics of the experimental situation*" och påverkar behandlingsresultatet i olika stor grad beroende på en rad faktorer som t.ex. information om vad som gäller, kontextuell inverkan eller studiens experimentella utformning (Orne, 1962). I DBT-programmet är det möjligt att patienterna svarade på ett sätt som de trodde att terapeuterna ville, skattningar som indikerar bättre mående, eller att patienternas skattningar påverkades av att de visste om att deras deltagande i DBT-programmet skulle komma att utvärderas. Det är svårt att säga huruvida, eller hur mycket, detta påverkade behandlingsresultatet men bredden av skattningsskalorna kan ha minskat risken för sådan inverkan.

I analysen av hur mycket vård patienterna i DBT-programmet förbrukade under de två år som jämförts framkom inga signifikanta minskningar mellan de fyra tidsintervallen. Att vissa av skillnaderna inte uppnådde nivån för statistisk signifikans berodde till stor del på mycket stor variation inom patientgruppen, framförallt i variabeln psykiatrisk slutenvård. Dock fanns det tendenser till statistiskt signifikanta minskningar i variablerna psykiatrisk sluten- och öppenvård när det andra (7-12 månader) respektive det tredje (13-18 månader) tidsintervallet jämfördes med det sista 6-måndersintervallet (19-24 månader). Den minskning i vård som kunde anas i månad 19-24 skulle kunna innebära att behandlingen bidrog till att patienterna tog mindre vård i förbrukning men att den stora minskningen i psykiatrisk vård kom först senare än efter 12 månader i DBT. Den tendens till signifikant minskning som påvisades kan ha varit början på denna större minskning i vård. Det tidsintervall som användes för jämförelse var dock för kort för att se en sådan nedgång. Denna tolkning är konsistent med det som framkom i en studie av Perseus et al. (2004). Där syntes en signifikant minskning i psykiatrisk sluten- och öppenvård under de sista 12 månaderna av en 18 månaders DBT-behandling (månad 7-18) när de jämfördes med tidigare intervaller, 12 månader före behandling och månad 1-12 i behandling.

När det gäller den psykiatriska öppenvården skedde en signifikant ökning i vård när behandlingen med DBT påbörjades (månad 13). Detta berodde på att den vård som gavs inom DBT-programmet räknades med i totalsumman av vård och då DBT är en ganska omfattande och krävande behandling så skedde en stor ökning i den variabeln som syns i figur 5. Av praktiska skäl var det inte möjligt att subtrahera den vård som gavs inom DBT-programmet från totalsumman av öppenvård. Därför gick det inte att se hur övrig öppenvårdskontakt (annan än DBT) varierade för patienterna under de 24 månader som var aktuella för analys. Den somatiska vården låg på en förhållandevis likartad nivå under alla de 24 månader från vilka data hämtades och inga statistiskt signifikanta skillnader påvisades. I studien av Perseus et al. (2004) som också undersökte hälsoekonomi framkom det inte heller några signifikanta skillnader i somatisk vård mellan tidsperioderna. Dessa okontrollerade resultat skulle kunna peka på att DBT inte nämnvärt påverkar hur mycket somatisk vård som konsumeras av patienterna.

För att mera noggrant kunna utvärdera den behandling som implementerades genom DBT-programmet är att använda sig av en kontrollgrupp samt att eventuellt jämföra resultaten gentemot andra terapiformer. Detta skulle göra det möjligt att tydligare se vad DBTs specifika bidrag är för patienter med BPS (och kanske också övriga tillstånd). Inom SKIP-projektet på Karolinska institutet i Stockholm håller man på att sammanställa resultat av en studie där DBT jämförs med en psykodynamisk terapiform som grundats på Kernbergs objektrelationsteori samt med "treatment-as-usual". Det kommer att bli den första kontrollerade randomiserade jämförelsen av DBT i Sverige. I SKIP-projektet kommer patienterna att bedömas under lång tid och data kommer att finnas tillgängliga från ett 4-årsintervall. Att se på en behandlings mera långsiktiga effekter (längre än 1-2 år) är viktigt och något som länge saknats i psykoterapiforskning inklusive forskning på DBT.

Förutom att utvärdera behandlingar med kontrollerade studier är det också viktigt att fortsätta med att följa upp och utvärdera en behandlings effektivitet i klinisk verksamhet. Även om den forskningsmässiga kontrollen är mindre än i tillämplig forskning finns det mycket information att hämta från användandet av en behandling i en klinisk kontext. Patienter och terapeuter är här vanligtvis av heterogen art och de krav som ställs på patienter och terapeuter är mera knutna till praktiska och naturliga gränser än vad som är fallet i en tillämplig forskningskontext. Följden av den mera naturliga kontexten i "effectiveness-studier" kan då bli att de resultat som kommer av behandlingen blir mera kopplade till den kliniska kontext

där behandlingen är avsedd att användas. Just detta är något som är ganska svårt att uppnå utan att överge viss variabelmässig kontroll. De vinster, och eventuella förluster, som en behandling under utvärdering kan resultera i är mycket värda för dess framtida utformning såväl som de behandlingsresultat som eventuellt kan följa. DBT-programmet i Uppsala implementerade en behandlingsmodell som är utvärderad genom tillämpad forskning. Därefter har patienter med BPS som uppvisat varierande symtomatologi och allvarlighetsgrad behandlats, och behandlingsresultaten var gynnsamma. Generaliserbarheten och tillgängligheten hos DBT verkar vara hög och detta är viktiga egenskaper när det gäller en behandlings kliniska tillämpbarhet (Hayes et al., 1999).

Behandlingen med DBT i Uppsala fortgår och förhoppningsvis kan det komma ytterligare data kring DBT och dess kliniska användning i framtiden. Förhoppningsvis kommer det i framtiden fler studier i Sverige, och utomlands, som utvärderar "effectiveness" av DBT då det i slutändan är där behandlingen praktiskt ska komma att användas. Resultaten som finns idag är mycket lovande och en fortsatt utvärdering av DBT, både i kontrollerade och okontrollerade studier, skall stärka behandlingens status ytterligare.

Det var svårt att på grund av denna studies begränsade kontext uttala sig om hur väl resultaten kan sägas generalisera till andra patienter med BPS i Sverige, men med liknande terapeutisk utbildning och ett dylikt behandlingsupplägg borde det gå att uppnå goda behandlingsresultat även på andra platser i landet. Denna studie visade att det var fullt möjligt att implementera DBT som behandlingsform inom öppenvård psykiatri och att därefter bedriva behandling för BPS med goda resultat.

Hur terapeuterna i DBT-programmet upplevde att det har varit att arbeta med DBT är nu under utvärdering av Kent-Inge Perseus, Karolinska institutet, Stockholm. Resultaten av detta kommer att publiceras på annan plats.

5. Referenser

Agras, W.S., & Berkowitz, R. (1980). Clinical research in behavior therapy: halfway there? *Behavior Therapy, 11*, 472-487.

American Psychiatric Association. (1995). Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press.

Andersson, E., Forslund, K., Gustavsson, P., & Åsberg, M. (2003). *Symptoms in Borderline Personality Disorder – A new self-rating scale*. Manuskript, Psykiatri Centrum Karolinska, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

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*, 36-42.

Bodlund, O., Ekselius, L., & Lindström, E. (1993). Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normals according to SCID screen questionnaire. *Nordic Journal of Psychiatry, 47*, 425-433.

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

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M.M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 875-887.

Clark-Carter, D. (1997). *Doing Quantitative Psychological Research: From Design to Report*. East Sussex: Psychology Press.

Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (1997). *Brief BPD Treatment Outcome Assessment*. Seattle: University of Washington, Behavioral Treatment & Research Center, Department of Psychology.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV* (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.

Gratz, K.L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.

Hawkins, K.A., & Sinha, R. (1998). Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavior therapy? An evaluation of a State Department of Mental Health training program. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 379-384.

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

Hayes, S.C., Barlow, D.H., & Nelson-Gray, R.O. (1999). *The Scientist Practitioner: Research and accountability in the age of managed care*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*, 35-54.

Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian L.A. (2001) Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*, 371-390.

Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korfine, L., & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population: application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry, 54*, 345-351.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*, 453-461.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M.M. (2000a). The empirical basis of dialectical behaviour therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 113-119.

Linehan, M.M. (2000b). *Dialektisk Beteendeterapi Färdighetsträningsmanual*. Falköping: Natur och Kultur.

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., Cochran B.N., & Kehrer, C.A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In Barlow, D.H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (s. 470-522). New York: The Guilford Press.

Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., Coid, B., Dhal, A., Diekstra, R., Ferguson, B., Jacobsberg, L., Mombour, W., Pul, C., Ono, Y., & Reiger, D. (1994). The international personality disorder examination. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 215-224.

Low, G., Jones, D., & Duggan, C. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: a pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychology*, *29*, 86-92.

Mental Health Center of Greater Manchester, New Hampshire. (1998). Integrating dialectical behaviour therapy into a community mental health program. *Psychiatric Services*, *49*, 1338-1340.

Miller, A.L., Wyman, S.E., Huppert, J.D., Glassman, S.L., & Rathus, J.H. (2000). Analysis of behavior skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 183-187.

Orne, M.T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: with particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, *17*, 776-783.

Perseius, K-I., Samuelsson, M., Andersson, E., Berndtsson, T., Götmark, H., Henriksson, F., Kåver, A., Nilsson, Å., & Åsberg, M. (2004). Does dialectical behavioral therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder. A pilot study. *Vård I Norden*, *24*, 27-30.

Rathus, J.H., & Miller, A.L. (1995). *DBT Skills Rating Scale for Adolescents*. Unpublished manuscript, Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY.

Robins, C.R., Schmidt III, H., & Linehan, M.M. (2004). Dialectical Behavior Therapy: synthesizing radical acceptance with skillful means. In Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (Eds.) *Mindfulness and Acceptance* (s. 30-44). New York: The Guilford Press.

Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of dialectical behaviour therapy: summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: science and practice*, 7, 68-86.

Swenson, C.R., Torrey, W.C., & Koerner, K. (2002). Implementing Dialectical Behavior Therapy. *Psychiatric Services*, 53, 171-178.

Tørgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *American Medical Association*, 58, 590-596.

Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & Van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.

Verheul, R., Van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., Ridder, M.A.J., Stijnen, T., & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Anjana Trikha, M.A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.