

Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning

SBU ALERT-RAPPORT NR 2005-07 • 2005-10-26 • WWW.SBU.SE/ALERT



Sammanfattning och slutsatser

METOD OCH MÅLGRUPP Borderline personlighetsstörning kännetecknas av ett genomgående mönster av instabilitet i regleringen av känslor, bristande impuls kontroll, relationsproblem och låg självkänsla. I kliniska sammanhang yttrar sig störningen i svårigheter att hantera känslor, impulsiva handlingar och aggressivitet, upprepade tillfällen med självskadande beteenden och självmordsförsök. Patienter med borderline personlighetsstörning har ofta även andra personlighetsstörningar eller sjukdomar, t ex depression, ätstörning, drogmissbruk och ångestsjukdomar. DBT är en omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som specifikt utvecklats för kroniskt självmordsbenägna patienter med borderline personlighetsstörning. Metoden har flera inslag, bl a beteendeförändrande tekniker och metoder för att lära sig acceptera känslor. Behandlingen genomförs i flera steg, där självskadande och terapistörande beteenden prioriteras när behandlingen inleds. Ett utmärkande drag för DBT är den omfattande kontakt som behandlingsteamet har med patienten i form av individualterapi, gruppterapi och telefonstöd. Utöver detta ingår handledning och stöd till personal som arbetar med patientgruppen. Det har beräknats att i Sverige har mellan 70 000 och 140 000 personer diagnosen borderline personlighetsstörning. Hur många av dessa som skulle kunna bli aktuella för behandling med DBT är inte klarlagt.

FRÅGESTÄLLNING Kan behandling med DBT ge en minskning av självskadebeteende och drogmissbruk hos personer med borderline personlighetsstörning?

PATIENTNYTTA I sex randomiserade kontrollerade studier har DBT prövats mot annan psykiatrisk behandling. En stor andel kvinnor har ingått i dessa. Behandlingens längd har oftast varit ett år och resultaten varierar mellan studierna, vilket delvis beror på att olika undergrupper har studerats. Resultaten har visat att DBT leder till minskat

självskadebeteende och även till färre behandlingsavbrott. Effekten har visat sig kvarstå vid uppföljning upp till två år. Behandlingen medför eventuellt också minskat behov av sjukhusvård, och hos missbrukare minskad droganvändning. Det finns inga bevis för att resultaten av behandlingen skulle påverkas av om patienten även har en missbruksdiagnos. Det finns inga säkra resultat vad gäller de olika behandlingskomponenternas betydelse för utfallet.

EKONOMISKA ASPEKTER Kostnaden för DBT har undersökts i en svensk studie. Den totala årliga vårdkostnaden per patient sjönk från 320 000 kronor året innan behandlingen startade till 210 000 kronor då behandlingen gavs. Det finns ett behov av hälsoekonomiska studier där metodens kostnadseffektivitet undersöks.

SBU:s bedömning av kunskapsläget

Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att DBT leder till minskat självskadebeteende och att effekten kvarstår vid uppföljning upp till två år (Evidensstyrka 3)*. Eventuellt medför behandlingen också minskat behov av sjukhusvård samt hos missbrukare minskad droganvändning. DBT förefaller således vara en lovande behandlingsform för patienter med borderline personlighetsstörning. Den behöver dock utprövas för svenska förhållanden och det är angeläget att studier avseende metodens kostnadseffektivitet genomförs.

**Detta är en gradering av styrkan i det vetenskapliga underlag som en slutsats grundas på. Graderingen görs i tre nivåer; Evidensstyrka 1 = starkt vetenskapligt underlag, Evidensstyrka 2 = måttligt starkt vetenskapligt underlag, Evidensstyrka 3 = begränsat vetenskapligt underlag.*

Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning

Rapporten är framtagen av SBU i samarbete med:

- **Gerhard Andersson** (sakkunnig), professor, psykolog, Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet,
- **Margda Wærn** (granskare), docent, överläkare, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet,
- **Lars-Göran Öst** (granskare), professor, psykolog, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Problembeskrivning

Borderline personlighetsstörning kännetecknas av ett genomgående mönster av instabilitet i regleringen av känslor, bristande impuls kontroll, relationsproblem och låg självkänsla [1]. För att kunna ställa diagnosen personlighetsstörning krävs att det rör sig om ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö [2]. Borderline personlighetsstörning är enligt ICD-10 att betrakta som en emotionellt instabil personlighetsstörning (F 60.3) och definieras enligt följande; "En personlighetsstörning som karakteriseras av en uttalad tendens att agera impulsivt och utan att betänka eventuella konsekvenser. Humöret är oberäkneligt och föränderligt. Det är vanligt med affektutbrott och en oförmåga att kontrollera de våldsamma reaktionerna. Det finns en tendens till grälsjukt och konfliktsökande beteende, speciellt då impulsiva handlingar bromsas eller hindras. Två varianter av borderline personlighetsstörning kan urskiljas: 1) den impulsiva varianten som främst karakteriseras av emotionell instabilitet och brist på impuls kontroll och 2) varianten som karakteriseras av osäkerhet vad beträffar självuppfattning, livsmål och inre val, en kronisk känsla av inre tomhet, intensiva och instabila interpersonella relationer samt en tendens till självdestruktivt beteende inklusive suicid (själv mord) och suicidförsök (själv mordsförsök)".

En betydligt större andel kvinnor än män får diagnosen borderline personlighetsstörning. Diagnosen är ofta förenad med självskadande beteenden och självmordsförsök. Patienter med borderline personlighetsstörning har ofta även andra sjukdomar som t ex depression, ätstörning, missbruk och ångestsjukdomar. Cirka 90 procent av de patienter med borderline personlighetsstörning som någon gång vårdats vid psykiatrisk klinik har gjort ett eller flera allvarliga självmordsförsök. Omkring 10 procent av patienter med borderline personlighetsstörning avlider till följd av självmord [1]. I Sverige har en prevalensstudie genomförts, där författarna fann en förekomst på 5,4

procent utifrån självrapportformulär som skickades ut till ett representativt urval av normalbefolkningen [3]. I en norsk studie har prevalensen beräknats till 0,7 procent [4]. En viktig skillnad mellan studierna var att i den norska studien genomfördes intervjuer medan man i den svenska använde självskattningsformulär, vilka ger mindre tillförlitliga data.

Orsakerna till borderline personlighetsstörning är endast delvis kända, men genetiska faktorer och negativa händelser under uppväxten, exempelvis fysiska och psykiska övergrepp, har visats bidra till utvecklingen av störningen [1]. Vad gäller naturalförloppet finns få studier, men en uppföljning som gjordes sex år efter att patienterna fått sin diagnos visade att 69 procent då inte längre uppfyllde kriterierna för borderline personlighetsstörning [5]. Dock bör påpekas att deltagarna fortfarande uppvisade flera kvarstående symtom och att de skilde sig från en psykiatrisk kontrollgrupp med andra personlighetsstörningar.

Hittills har det saknats vetenskapliga utvärderingar av behandlingsmetoder för denna patientgrupp. Först på senare tid har psykodynamiska och psykoanalytiska psykoterapiformer börjat utvärderas systematiskt. Dessa metoder baseras på flera olika och delvis motstridiga teorier, men ett centralt tema är bearbetandet av medvetna och omedvetna konflikter och relationer.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) har kommenterats och granskats i ett flertal litteraturöversikter [6]. Dessa har dock ofta gällt antingen personlighetsstörningar i stort [7] eller koncentrerats på självskadande beteenden [8].

Frågeställning

Denna systematiska litteraturgenomgång syftar till att belysa kunskapsläget vad gäller effekter och kostnader som DBT vid behandlingen av patienter med borderline personlighetsstörning är förenad med. DBT jämförs med sedvanlig behandling (treatment as usual), vilken kan variera men ofta består av farmakologisk behandling i kombination med någon form av stödsamtal och/eller psykoterapi. Primära utfallsmått är självskadande beteende och/eller drogmissbruk.

Beskrivning av metoden

DBT är en omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi (KBT), som specifikt utvecklats för kroniskt suicidala (själv mordsbenägna) patienter med borderline personlighetsstörning [9]. I DBT ingår väletablerade tekniker från kognitiva (dvs metoder som syftar till att lära patienten identifiera och hantera tankar) och beteendearterade terapier, ofta beskrivna under samlingsnamnet KBT. Dessa integreras med en filosofisk och teoretisk överbyggnad

som används för att förstå borderlineproblematiken. Teori och praktik inspireras av fyra olika kunskapskällor. Det finns en biologisk förklaringsmodell (sårbarhetsmodell vad gäller känsloreglering), en social modell (upplevelser under uppväxt), en inlärningspsykologisk och kognitionspsykologisk modell (inlärningshistoria och tankemässigt fungerande) och en mer spirituellt/andlig modell (främst i form av tekniker som acceptans och medveten närvaro som ofta är inspirerade av zenbuddism). En central aspekt är det dialektiska perspektivet [9]. Ordet dialektik betyder argumenterings- eller bevisningskonst, även om man inom filosofin ofta använder begreppet för att sammanfatta förloppet tes, antites och syntes. Inom DBT gäller dialektiken dels individens upplevelser och dels hur effektiva behandlingar bör läggas upp. I detta synsätt innehåller varje upplevelse samtidigt motstridiga polariteter, och spänningen mellan dessa ger en möjlighet till förändring. Den fundamentala dialektiska motsättningen i DBT ligger i balansen mellan att bekräfta (validera) och acceptera patienten som hon/han är, samtidigt som behandlingen ger en möjlighet till förändring. Exempelvis kan en behandlare validera patientens känslor och samtidigt föreslå metoder för att kunna hantera dessa känslor och upplevelser.

DBT innehåller flera komponenter, t ex öppenvårdskontakter i form av terapisesioner en gång i veckan. Dessa samordnas med färdighetsträning i grupp och telefonkontakt med den ansvarige terapeuten mellan sessionerna. Syftet med telefonkontakten är att förebygga kriser genom att uppmuntra användningen av färdigheter samt att reparera problem som uppstått i kontakten med terapeuten. En viktig aspekt är dock att suicidala och självskadande beteenden analyseras omsorgsfullt utifrån beteendeanalyser (kedjeanalyser) för att se till att inte dessa beteenden uppmuntras genom uppmärksamhet och ökad kontakt med terapeuten.

I DBT arbetar man i team kring patienten, där behandlarna har olika roller [10]. Exempelvis kan en behandlare vara ansvarig för individualterapi och en annan för färdighetsträningen i grupp. Teamet består av personer som arbetar med denna patientkategori, och kan innefatta läkare, psykolog, psykoterapeut, skötare, sjukgymnast och eventuellt någon ytterligare personalkategori. Alla i teamet förutsätts ha genomgått utbildning i att bedriva DBT. En delkomponent i DBT är därför teamhandledningen som ses som ytterst central. Denna syftar till att motivera behandlarna i teamet och att säkra att DBT-metoden praktiseras på ett korrekt sätt.

Något som utmärker DBT i relation till hur KBT brukar beskrivas i behandlingsmanualer är att en stor vikt läggs vid den terapeutiska relationen mellan patient och terapeut [9]. Målsättningen är noga specificerad i behandlingsmål i hierarkisk ordning. Först bland dessa är att minska självmords- och självskadande beteende. Därefter följer en uppsättning mål som går ut på att kunna genomföra

terapi samt att höja patientens livskvalitet och utveckla färdigheter, exempelvis vad gäller socialt fungerande. DBT är indelad i fyra steg. Det bör dock direkt påpekas att all forskning hittills gällt det första steget där målet är att stabilisera patienten och hjälpa henne/honom att få kontroll över det ofta kaotiska beteendet. I denna fas är målen att a) minska livshotande självmordsbeteenden, b) minska beteenden som stör och försvårar behandlingen, c) minska beteenden som försämrar livskvaliteten, och d) öka färdigheter och kompetent beteende, t ex mindfulness, interpersonellt samspel, reglera känslor, tolerera obehag, dvs stå ut i kriser. Med mindfulness avses metoder som hämtats från meditationstekniker och som innefattar olika former av avslappning och träning i att vara närvarande i nuet (så kallad medveten närvaro). Steg 1 pågår åtminstone ett år, och föregås av en orienteringsfas där grunden för terapiarbetet läggs. I steg 2 fokuseras behandlingen på traumabearbetning och under steg 3 på att stärka självförtroendet och att hantera vardagens problem. Det sista, fjärde, steget går ut på att skapa ett meningsfullt liv.

Även om metoden är utvecklad för borderline personlighetsstörning finns även andra tillämpningar, exempelvis för depression hos äldre [11], bulimi [12] och hetsätningsstörning [13].

Målgrupp

Den primära målgruppen för behandling med DBT är patienter som uppfyller kriterierna för borderline personlighetsstörning (emotionellt instabil personlighetsstörning), utifrån det etablerade diagnosystemet ICD-10 eller DSM-IV. Eftersom förekomsten av borderline personlighetsstörning i den vuxna populationen är minst 0,7 procent torde det röra sig om en stor grupp. En uppskattning visade att det kunde röra sig om mellan 70 000 och 140 000 personer i Sverige som uppfyller kriterierna för diagnosen borderline personlighetsstörning [14].

Relation till andra metoder

Omhändertagandet av personer med borderline personlighetsstörning i Sverige i dagsläget varierar väsentligt, men vad gäller psykoterapeutiska insatser har psykodynamiska och psykoanalytiska metoder länge dominerat utbudet. De flesta personer med borderline personlighetsstörning lär dock ha en kontinuerlig kontakt med psykiatrin, särskilt när självskadande beteenden finns med i bilden. På senare tid har en studie med *psykoanalytiskt inspirerad terapi* för borderline personlighetsstörning publicerats. Denna visar på mycket lovande resultat [15], vilket även har visats i en uppföljning [16]. I litteraturen har man dock kommenterat att metoden endast har prövats i enstaka studier av en forskargrupp och att det inte finns någon manual publicerad [17]. En modell utvecklad av Bateman och Fonagy har en del gemensamt med DBT, exempelvis att metoderna

bygger på en intensiv relationsfokuserad behandling, att det finns en tydligt strukturerad och teoretiskt sammanhängande modell bakom, att terapeuterna är lätt tillgängliga för patienten, att behandlingen ges i olika modaliteter (i olika former) av olika behandlare, och att terapeuterna ges regelbunden grupphandledning [7,17]. Inom KBT finns även andra behandlingsmodeller som inriktats mot personlighetsstörningar, exempelvis *kognitiv terapi* [18] och *cognitive-analytic therapy* [19]. Dessa är dock inte testade i kontrollerade undersökningar. Ett undantag är en metod kallad *Manual-Assisted Cognitive-behavioural Brief Intervention* (MACT), som kombinerar DBT-inspire-rad individualterapi under 26 sessioner med biblioterapi (textbaserad självhjälp). Metoden har visat på lovande resultat i en kontrollerad studie [20], men sämre resultat i en senare studie [21].

Patientnytta

Hälsoeffekter

I Tabell 1 sammanfattas de randomiserade studier som ligger till grund för slutsatser om metodens patientnytta. Den första randomiserade studien utfördes av Linehan och medarbetare [10,22,23]. Därutöver har Linehans grupp publicerat två studier där borderline personlighetsstörning med samtidigt blandat drogmissbruk [24] respektive heroinberoende [25] har studerats. Utfallsmått i de sistnämnda studierna har varit drogmissbruk och inte självmords- och självskadebeteende. Det finns två mindre randomiserade studier som genomförts utanför Linehans grupp [26,27]. Den största publicerade DBT-studien, som även den utförts utanför Linehans grupp, genomfördes i Nederländerna [28,29]. En uppföljning av denna studie har också publicerats [30]. Sammanfattningsvis visar dessa studier att DBT minskar förekomsten av självskadande beteenden och behandlingsavbrott och möjligen behovet av sjukhusvård. Hos missbrukare minskar möjligen graden av drogmissbruk. Det kan vara så att DBT även ger en minskning av andra samtidiga psykiska störningar. Resultatet av behandlingen tycks inte påverkas av om patienten även har en missbruksdiagnos. För att erhålla en kvantitativ uppskattning av hur pass mycket DBT minskar självskadebeteende räknade man ut det genomsnittliga antalet självskadande beteenden för de två studier vars bevisvärde är medelhögt [10,22,23,28–30] (se Tabell 1). För DBT var det genomsnittliga antalet självskadande beteenden under en månad 0,19 och för sedvanlig psykiatrisk behandling 1,43, vilket innebär att självskadebeteenden var 7,5 gånger vanligare vid den sedvanliga behandlingen. I två studier med lägre kvalitet var motsvarande genomsnittliga antal 0,07 för DBT [26,31].

I en mindre randomiserad studie som inte tas upp i tabellen jämförde Simpson och medarbetare om en 12-veckorsbehandling med DBT för personer med borderline

personlighetsstörning påverkades av om deltagaren fick läkemedlet fluoxetin (en selektiv serotoninåterupptagshämmare) eller placebo [32]. Studien omfattade endast 20 patienter. Författarna drog slutsatsen att fluoxetin inte gav något tillskott till behandlingen. I en annan kontrollerad studie fann Soler och medarbetare att olanzapin, ett antipsykotiskt preparat, var bättre jämfört med placebo i en studie där samtliga 60 patienter fick ett 12-veckorsprogram baserat på DBT [33]. Primära utfallsmått som visade resultat till förmån för olanzapin gällde depression, ångest och impulsivitet. Även självskadebeteende mättes men minskade i bägge grupperna och olanzapin gav således inget tillskott i detta avseende.

Ett antal okontrollerade studier finns även rapporterade i den vetenskapliga litteraturen. Av dessa kan nämnas en studie av Bohus och medarbetare som omfattade 31 patienter med borderline personlighetsstörning som genomgått DBT-programmet enligt Linehans manual och jämförts med patienter som rekryterats från väntelistan [34]. En viktig skillnad jämfört med Linehans program var dock att patienterna behandlades i slutenvård. Studieresultaten visade flera positiva effekter av behandling med DBT, bl a en minskning av självskadande beteenden.

Även några studier där effekten av komponenter i behandlingen undersökts var för sig har publicerats. Linehan [9] har presenterat data från en mindre studie för att undersöka om färdighetsträning i sig var effektiv [35]. Studien omfattade 17 patienter, varav 11 randomiserades till färdighetsträning och 8 utgjorde kontrollgrupp. Det bör dock påpekas att samtliga hade pågående individuell psykoterapi. Författarna fann inga effekter av färdighetsträningen och drog slutsatsen att denna komponent inte räcker utan att hela DBT-programmet behövs. Shearin och Linehan visade i en mindre processinriktad studie med tidserieanalys att patienternas självmordstankar påverkades av hur terapeuterna agerade och att DBT-strategierna (t ex att bekräfta patienten) var betydelsefulla [36].

Komplikationer och biverkningar

Några biverkningar av DBT har inte dokumenterats. Tänkbara negativa och skadliga effekter skulle kunna höra samman med att man befinner sig i terapi, men det är svårt att särskilja dessa eventuella effekter från sjukdomsförloppet. En möjlig biverkan kan även ligga i terapeuternas reaktioner, och därför är det ett framträdande drag i DBT att betona teamarbete och personalvårdande insatser [37].

Livskvalitet

Inga studier avseende hur behandling med DBT påverkar patientens livskvalitet har kunnat identifieras.

Tabell 1 Studier som ligger till grund för slutsatsen om kunskapsläget.

Författare År, referens	Studiedesign	Antal patienter i interventions- resp kontrollgrupp	Bortfall (antal patienter)	Resultat i interventions- resp kontrollgrupp	Bevis- värde
Linehan et al 1991 [10], 1993 [22], 1994 [23]	RCT <u>Studiedeltagare</u> Kvinnor (18–45 år) med BPD samt minst två självordshandlingar de senaste 5 åren <u>Behandlingstid</u> 1 år <u>Uppföljning</u> 18 resp 24 månader efter studiestart I en separat studie har en delmängd av studie- deltagarna ingått där interpersonellt fungerande studerats	I=32 (DBT) K=31 (TAU) Ej intention to treat- analys Slutligt antal anges som I=22 och K=22. Av dessa deltog 39 i ettårsuppföljning varav 26 svarade på ett utvidgat testbatteri	Totalt 19 10 före stu- diens start (I=5, K=5), 7 efter förmät- ning (I=3, K=4) samt 2 under pågående behandling (I=2) En deltagare i interven- tionsgrup- pen (I) avled till följd av självord under studiens gång	<u>Självskadande/självordsbeteende</u> I: Minskade med 36,4% (från 100% till 63,6%) under det år studien pågick K: Minskade med 4,5% (från 100% till 95,5%) under det år studien pågick <u>Antal självskadande-/självords- handlingar per person/år</u> I=1,5 (median) K=9 (median) Självordsbeteende svårare i TAU <u>Behandlingsavbrott</u> Färre i interventionsgruppen (I) <u>Antal vård dagar</u> Färre i interventionsgruppen (I) <u>Uppföljning</u> Efter 18 resp 24 månader kvarstod skillnader till fördel för DBT, dock ingen skillnad i självords- handlingar	Medel- högt
Verheul et al 2003 [28], van den Bosch et al 2002 [29], van den Bosch et al 2005 [30]	RCT <u>Studiedeltagare</u> Kvinnor (18–70 år) med BPD. Hälften hade samtidigt drogmissbruk. Självskadande beteende och självordsbeteende ej nödvändigt för inklusion <u>Behandlingstid</u> 1 år <u>Uppföljning</u> 18 månader efter studiestart	I=31 (DBT) K=33 (TAU) Intention to treat- analys	64 patienter randomi- serades. Endast 58 påbörjade behand- lingen (I=27, K=31) Vid halvårsupp- följningen deltog 44 personer	<u>Självordsförsök</u> Ingen signifikant skillnad mellan grupperna (I=2, K=8) <u>Självskadande och självstympande beteenden</u> I=8 K=13 <u>Behandlingsavbrott</u> I=14 K=26 Ingen effekt av samtidig missbruksdiagnos <u>Uppföljning</u> Vid 18-månadersuppföljningen kvarstod effekter vad gällde impulsiva handlingar och självskadande beteenden	Medel- högt
Turner, 2000 [27]	RCT <u>Studiedeltagare</u> 19 kvinnor och 5 män (18–27 år) med BPD samt minst ett självordsförsök <u>Behandlingstid</u> 1 år	I=12 (DBT) K=12 (klient-centre- rad terapi (CCT)) Intention to treat- analys Oberoende bedömare	Totalt 9 I=3 K=6	<u>Självord/självskadande beteende</u> I: 11 patienter visade förbättring K: 3 patienter visade förbättring Antal självordsförsök/själv- skadande tillfällen vid mätning direkt efter behandlingen var 0,75/patient (median) i interven- tionsgruppen (I) och 5,6/patient (median) i kontrollgruppen (K) Effekter till DBT:s fördel har uppmäts även vad gäller andra utfallsmått, exempelvis ilska, depression och emotionsreglering	Lågt

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 1 fortsättning.

Författare År, referens	Studiedesign	Antal patienter i interventions- resp kontrollgrupp	Bortfall (antal patienter)	Resultat i interventions- resp kontrollgrupp	Bevis- värde
Koons et al 2001 [26]	RCT <u>Studiedeltagare</u> Kvinnor (krigsveteraner 21–46 år) med BPD. Självskadande beteende och självmordsbeteende inte inklusionskriterium <u>Behandlingstid</u> 6 månader	Totalt randomiserades 28 patienter. Endast de 20 patienter som fullföljde behandlingen togs med i analysen I=10 (DBT, förkortad) K=10 (TAU inkl terapi en gång/vecka) Deltagarna betalades i samband med resultatutvärderingen	Totalt 8	<u>Självskadande beteende (inkl självmordsförsök)</u> I: Minskning från 50% till 10% K: Minskning från 30% till 20% Skillnaden mellan grupperna var ej signifikant <u>Självmordstankar</u> I: Minskade hos 60% K: Minskade hos 20% <u>Andel som uppfyllde kriterierna för BPD efter avslutad behandling</u> I=30% K=50%	Lågt
Linehan et al 1999 [24]	RCT <u>Studiedeltagare</u> Kvinnor med BPD (18–45 år) och samtidigt drogmissbruk. Självskadande beteende och självmordsbeteende inte inklusionskriterium <u>Behandlingstid</u> 1 år DBT med vissa modifikationer användes <u>Uppföljning</u> 16 månader efter studiestart	I=12 (DBT) K=16 (TAU) Intention to treat- analys	Totalt 10 I=5 K=5	<u>Drogmissbruk</u> I interventionsgruppen (I) hade deltagarna fler abstinenta dagar (dvs varken narkotika eller alkohol) <u>Uppföljning</u> Effekter kvarstod vid 16-månaders- uppföljningen. Även effekter vad gäller urinalys (57% i interventionsgruppen (I) vs 33% i kontrollgruppen (K)), dock ej intention to treat. Bättre social anpassning vid uppföljning för interventionsgruppen (I)	Lågt
Linehan et al 2002 [25]	RCT <u>Studiedeltagare</u> Kvinnor (18–45 år) med BPD och heroinberoende. Självskadande beteende och självmordsbeteende inte inklusionskriterium <u>Behandlingstid</u> 1 år <u>Uppföljning</u> 16 månader efter studiestart	I=11 (DBT, anpassad) K=12 (validering + 12-stegsmetoden) Intention to treat- analys	Totalt 4 I=4 K=0	<u>Drogmissbruk</u> Minskat opiatbruk sågs i såväl interventionsgrupp (I) som kontroll- grupp (K) under studiens gång Minskad psykopatologi sågs i både interventionsgrupp (I) och kontroll- grupp (K) under studiens gång <u>Uppföljning</u> Effekter kvarstod vid uppföljning efter 16 månader. Mer behandlings- avbrott i interventionsgruppen (I)	Lågt

I = interventionsgrupp; K = kontrollgrupp; RCT = randomiserad kontrollerad studie; DBT = dialektisk beteendeterapi; TAU = treatment as usual; BPD = borderline personlighetsstörning

Ekonomiska aspekter

Kostnad

Uppgifter om kostnader för att införa DBT i rutinvård saknas, men kostnaderna för vården (direkta kostnader) och för samhället i övrigt (indirekta kostnader) är sannolikt stora vad gäller omhändertagandet av personer med borderline personlighetsstörning. Frågan har belysts i en avhandling av Heard, som är en av Linehans medarbetare [38]. Hon fann att DBT jämfört med sedvanlig psykiatrisk

vård (dvs farmakologisk och psykologisk behandling som inte utgick från DBT) i samband med ettårsbehandlingen ledde till ökade terapikostnader medan kostnaderna för inläggning för psykiatrisk vård samt kostnaderna för akut-sjukvård minskade. Den totala vårdkostnaden för DBT skilde sig dock inte från kostnaden för sedvanlig psykiatrisk vård.

För svenska förhållanden finns en publicerad studie som inkluderade 22 självmordsbenägna kvinnor med border-

line personlighetsstörning [39]. Data kring kostnader för vården samlades in för tiden ett år före behandlingsstart och även för själva behandlingstiden upp till 18 månader. Den totala årskostnaden per patient sjönk från 320 000 kronor året innan behandlingen startade till 210 000 kronor då behandlingen gavs. Det är dock inte klarlagt vad som ingick i beräkningarna. Författarna fann att minskningen främst förklarades av att patienterna inte lades in för psykiatrisk vård i samma utsträckning under och efter behandlingen.

Fler studier kring kostnader i samband med DBT efterlyses och i dessa bör även indirekta kostnader (exempelvis produktionsbortfall, sjukskrivningskostnad, kostnader pga att en andel av patienterna kan ha problem som involverar rättsväsendet) och kostnader i samband med utbildning av DBT-team tas med.

Kostnadseffektivitet

Inga studier avseende metodens kostnadseffektivitet har kunnat identifieras.

Sjukvårdens struktur och organisation

DBT är en öppenvårdsbehandling som förutsätter en teamkonstruktion och kontinuerlig handledning samt åtgärder i syfte att motverka att personalen slits ut [9]. På flera ställen i litteraturen påpekas behovet av väl fungerande och sammansvetsade DBT-team. Medlemmarna i teamet behöver genomgå utbildning i DBT och även ges handledning externt under en period. Ett problem i sammanhanget är att relativt få psykologer, psykiatrer och annan vårdpersonal har utbildning i KBT, vilket troligen är en förutsättning för kompetent genomförande av DBT som är en form av KBT [40]. Dock visade en studie att komplexiteten i DBT gick att lära ut till kliniker med olika yrkesbakgrund och att en beteendeterapeutisk bakgrund inte tycktes behövas [41]. Blennerhassett och Wilson O'Raghallaigh drog slutsatsen att DBT sannolikt är en metod som bör bedrivas på specialiserade vårdinrättningar [17].

Etiska aspekter

En viktig etisk aspekt hör samman med implementering och kvalitetssäkring av metoden. Exempelvis är det oklart vad det får för konsekvenser om metoden, pga begränsade resurser, bara införs delvis. DBT är ett omfattande program och det finns få studier där de olika komponenterna i behandlingen har undersökts var för sig. Det är därför svårt att ange vilka moment som är centrala. En annan aspekt har att göra med utbildningen av DBT-team och att DBT-utbildningar kan vara otillräckliga för att ge den inlärningsteoretiska basen för den personal som inte har grundläggande KBT-utbildning, vilket skulle kunna innebära att metoden inte ger de resultat som forskningen anger. En tredje aspekt gäller urvalskriterier till terapin och

patienternas möjligheter att välja behandlingsalternativ, vilket förutsätter information om behandlingsformen.

Användning av metoden i Sverige

Metoden har hittills fått en relativt begränsad spridning i Sverige. En undersökning publicerad år 2003 visade att DBT fanns vid 11 vårdinrättningar i Sverige, men sannolikt är den siffran högre idag [42]. Troligen har man dock endast på några få ställen erfaren personal och upparbetade rutiner. En viktig faktor för spridningen av DBT i Sverige är att det pågår forskning bl a vid Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm och vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, samt att flera personer i Sverige genomgått utbildning hos Linehan i USA. På flera ställen i landet anordnas även DBT-utbildningar. Metoden kommer sannolikt att få ökad spridning i Sverige eftersom färdighetsmanualen har översatts till svenska [43] och det även finns flera böcker på svenska där metoden beskrivs [14,37].

Pågående studier

Några pågående studier har kommit till vår kännedom under arbetet med rapporten. Linehan och medarbetare har genomfört en stor randomiserad studie med 113 patienter där DBT jämförs med terapi av "experter" gällande självmord och borderline personlighetsstörning. Studien bekräftar att DBT minskar självmords- och självskadebeteenden [1]. En annan studie har genomförts av Kernberg och medarbetare [44]. Denna omfattade 90 patienter med borderline personlighetsstörning som delades in i tre grupper. I studien jämfördes DBT med överföringsinriktad psykoanalytiskt inriktad behandling samt med stödterapi. Några data från studien har ännu inte rapporterats. I Sverige pågår SKIP-studien (Stockholms läns landstings och Karolinska Institutets Psykoterapiprojekt för självmordsnära kvinnor med borderline personlighetsstörning), vilket är en randomiserad studie med 99 patienter indelade i tre grupper där DBT jämförs med en psykodynamisk terapimodell enligt Kernberg och med sedvanlig psykiatrisk behandling. Denna studie kommer snart att avrapporteras.

Litteratursökning

Litteratursökning har utförts i databaserna PubMed, Cochrane library och PsycInfo år 2005. För en mer detaljerad beskrivning av vilka söktermer och begränsningar som använts se Tabell 2. Förutom sökningar i databaser har referenslistor granskats i relevanta arbeten.

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har uppgett att de inte har några potentiella bindningar eller jäv.

Tabell 2 Sökstrategi.

PubMed 1950–2005 (oktober)				
Behavior therapy	AND	Borderline personality disorder Borderline personality disorder (TW)	AND	Dialectical (TW)
<i>Limits</i>		Randomized controlled trial (PT)		
PubMed 1950–2005 (oktober)				
Borderline personality disorder (TW)	AND	Dialectical (TW)	AND	Cost effectiveness (TW) Costs (TW) Cost (TW)
Cochrane library vers 4-2005				
borderline (All fields)	AND	dialectical (All fields)		
PsycInfo 1887–2005 (april)				
Borderline personality disorder/ID	AND	Dialectical behavior therapy/ID	AND	Random?

Söktermerna i PubMed har utgjorts av MeSH-termer (NLM:s kontrollerade nyckelord, Medical Subject Heading) om inget annat anges. Vid sökning efter ännu ej indexerade artiklar ("in process") användes enbart textord utan begränsningar. TW = text word; PT = publication type. Söktermerna i PsycInfo har utgjorts av nyckelord specifika för databasen. ID = Identifier; ? = trunkering.

Referenser

- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364(9432):453-61. Review.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, USA; 2000.
- Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001;30:311-20.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(6):590-6.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):274-83.
- Scheel KR. The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clin Psychol Sci Prac* 2000;7:68-86.
- Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177:138-43. Review.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317(7156):441-7. Review.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York, USA; 1993.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1060-4.
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11(1):33-45.
- Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):632-4.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):1061-5.
- Näslund GK. Borderline personlighetsstörning. Uppkomst, symptom, behandling, prognos. Natur och Kultur, Stockholm, Sverige; 1998.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1563-9.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):36-42.
- Blennerhassett RC, O'Raghallaigh JW. Dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:278-80.
- Beck AT, Freeman JB. Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Press, New York, USA; 1990.
- Ryle A. Cognitive analytical therapy and borderline personality disorder. Wiley, Chichester; 1997.
- Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med* 1999;29(1):19-25.
- Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med* 2003;33(6):969-76.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(12):971-4.
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994;151(12):1771-6.
- Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999;8(4):279-92.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002;67(1):13-26.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001;32:371-90.
- Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive & Behavioral Practice* 2000;7:413-9.

28. Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, de Ridder MA, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003;182:135-40.
29. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002;27(6):911-23.
30. van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005;43(9):1231-41.
31. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Bohme R, Linehan M. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behav Res Ther* 2000;38(9):875-87.
32. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):379-85.
33. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(6):1221-4.
34. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004;42(5):487-99.
35. Shearin EN, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;379:61-8.
36. Shearin EN, Linehan MM. Patient-therapist ratings and the relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav Ther* 1992;23:730-41.
37. Käver A, Nilsson Å. Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik. *Natur och Kultur, Stockholm, Sverige; 2002.*
38. Heard H. Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder. University of Washington, Washington, USA; 2000.
39. Perseus K-I, Samuelsson M, Andersson E, Berndtsson T, Götmark H, Henriksson F et al. Does dialectical behavioural therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder. A pilot study. *Vård i Norden* 2004;24:27-30.
40. Swenson CR, Torrey WC, Koerner K. Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatr Serv* 2002;53(2):171-8.
41. Hawkins KA, Sinha R. Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavior therapy? An evaluation of a State Department of Mental Health training program. *J Psychiatr Res* 1998;32(6):379-84.
42. Holender H. Dialektisk beteendeterapi (DBT) i Sverige. Lunds universitet, Lund, Sverige; 2003.
43. Linehan MM. Dialektisk beteendeterapi. Färdighetsmanual. *Natur och Kultur, Stockholm, Sverige; 2000.*
44. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Personal Disord* 2004;18(1):52-72.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

SBU är en statlig myndighet som kritiskt granskar hälso- och sjukvårdens metoder och utvärderar metodernas nytta, risker och kostnader. Målet är ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken sjukvård som ska bedrivas.

I rapporterna från SBU Alert redovisas kunskapsläget rörande nya metoder inom hälso- och sjukvården avseende patientnytta, ekonomiska och etiska konsekvenser samt påverkan på sjukvårdens organisation och struktur. Rapporterna skrivs och publiceras i samarbete med sakkunniga inom respektive ämnesområde, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Sveriges Kommuner och Landsting samt med en särskild rådsgrupp (Alerträdet), knuten till SBU Alert.

Publicering av SBU Alert-rapporter sker på SBU:s hemsida där det även finns en kostnadsfri prenumerationstjänst.

SBU Alert-rapport nr 2005-07. ISSN 1652-7151.
Ansvarig utgivare: Nina Rehnqvist, Direktör SBU

SBU Alert
Box 5650, 114 86 Stockholm
www.sbu.se/alert • alert@sbu.se

SBU Alert-kansliet

Helene Törnqvist, Programchef
Ingemar Eckerlund, Projektledare
Bo Freyschuss, Projektledare
Elin Kullerstrand, Projektassistent
Karin Rydin, Utredare
Lena Wallgren, Projektassistent

Alerträdet

Lars Rydén, Ordförande, Professor, Kardiologi
Mona Britton, Professor, Internmedicin
Jane Carlsson, Professor, Sjukgymnastik
Per Carlsson, Professor, Hälsoekonomi
Björn-Erik Erlandson, Professor, Medicinsk teknik
Lena Gunningberg, Med dr, Omvårdnad
Jan-Erik Johansson, Professor, Urologi
Stefan Jutterdal, Utvecklingsdirektör
Dick Killander, Professor emeritus, Onkologi
Felix Mitelman, Professor, Klinisk genetik
Viveca Odling, Professor, Gynekologi
Thomas Tegenfeldt, Dr, Anestesi och intensivvård
Åsa Westrin, Dr Med Vet, Psykiatri
Katrine Åhlström Riklund, Professor, Medicinsk radiologi och Nuklearmedicin