

# Hva er effektiv behandling av selvskading og suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) har hyppig forekomst av selvskading og suicidal atferd. Studier har vist at flere psykoterapiformer har effekt på BPD og at disse behandlingsformene kan redusere forekomsten av selvskading, selvmordsatferd og depresjonssymptomer som medfører økt risiko for selvmord. Viktige behandlingsmål er å forebygge suicidal atferd både gjennom intervensjon i kriser og gjennom langsiktig arbeid for å redusere selvskadingsatferd og andre alvorlige symptomer og problemer som reduserer livskvalitet og fungeringsevne. I dette faktaarket gir vi en kort oversikt over hvilke metoder som anses å ha best effekt i å nå disse behandlingsmålene.

**Dialektisk atferdsterapi (DBT)** ble utviklet for å behandle personer med BPD og kronisk suicidal og selvskadende atferd. Metoden kombinerer kunnskaper fra kognitiv atferdsterapi, dialektisk filosofi og mindfulness-praksis hentet fra zen-filosofi. I behandlingen siktes det mot å hjelpe pasienten til å oppnå kontroll over problematferd som selvskading og suicidalitet gjennom bruk av mestringsferdigheter og gjennom økt evne til å oppleve og sette ord på følelser. DBT har gjennom om lag 40 randomisert kontrollerte studier vist seg effektiv i behandling av BPD og en rekke andre tilstander som har det til felles at de preges av emosjonell reguleringssvikt. Standard DBT varer ett år, men metoden er også tilpasset i en forkortet versjon (16-24) uker for ungdommer (DBT-A) og for barn (DBT-C). Studier viser at ungdommer som får DBT får en vesentlig mindre forekomst av suicidalitet og selvskading enn ved vanlig BUP-behandling og at denne effekten vedvarer i flere år etter behandlingsslutt. DBT tilbys mange steder i Norge.

**Mentaliseringsbasert terapi (MBT)** er en BPD-spesifikk psykodynamisk psykoterapiform med utgangspunkt i antakelsen om at mentalisering, dvs. evnen til å oppfatte og beskrive egne og andres tanker og følelser, er sentralt for å kunne utvikle og opprettholde et sammenhengende selv, opprette en tilknytning til andre mennesker og kunne regulere emosjoner. I et mindre antall studier har behandlingen vist seg effektiv også overfor selvskading og suicidalitet. Varigheten av standard MBT er 18 måneder. Behandlingen er også tilpasset for ungdommer (MBT-A), der varigheten er 12 måneder. Metoden er i bruk mange steder i Norge.

**Emotion regulation group therapy (ERGT)** er en gruppebehandling utviklet på basis av skjemat terapi og dialektisk atferdsterapi for pasienter med BPD og andre med problemer knyttet til emosjonell reguleringssvikt. Behandlingen skjer i grupper og varer i 14 uker. Studier har vist god effekt på selvskading hos kvinner med BPD. Det er også utviklet en internetbasert versjon av ERGT (ERITA). ERGT er foreløpig ikke i bruk i Norge.

**Skjemafokusert terapi (SFT)** er en integrativ kognitiv behandling som sikter mot å oppnå bedring i pasienters personlighetsfungering ved at negative og dysfunksjonelle tanke(skjema), følelses- og atferdsmønstre erstattes av mer hensiktsmessige. Studier har vist at behandlingen har effekt på suicidal og selvskadende atferd hos personer med BPD. Standard SFT varer i tre år. Behandlingen er i bruk i Norge, men i begrenset omfang.

## Behandlingsmessige utfordringer og resultater

Personer med BPD bør tilbys behandlingsmetoder tilpasset hovedsymptomene, som er sviktende affektregulering med aggresjon, ustabile mellommenneskelige relasjoner, selvskading og suicidal atferd. Før behandling iverksettes er det viktig å utføre en grundig og systematisert psykiatrisk utredning. Denne bør omfatte en nærmere beskrivelse av pasientens symptomer og problemer og kunne ut i en diagnostisk vurdering. Det er viktig å ta utgangspunkt i pasientens verdier og behov og hjelpe pasienten til å formulere målsettinger med behandlingen i tråd med disse. Utredningen bør omfatte en utforskning av hvilke forhold som utløser eller medvirker til å vedlikeholde atferd med selvskading eller suicidalt mønster. Behandlingen bør rette seg inn mot å bevisstgjøre emosjonelle reaksjoner knyttet til disse faktorene, utforske dem og utvikle alternative løsninger. Behandler bør tidlig i behandlingen utarbeide en sikkerhetsplan sammen med pasienten. Denne bør gi en trinnvis oversikt over tiltak som kan iverksettes av pasienten selv når risikoen for selvmord eller selvskading øker. Arbeidet med en slik plan skjer i nært samarbeid med pasienten og har samtidig en alliansebyggende og emosjonelt stabiliserende virkning.

Per i dag er det ikke kunnskapsgrunnlag for å hevde at BPD kan behandles medikamentelt. Behandlingen må derfor baseres på psykoterapi. Slik psykoterapi bør være både strukturert og kunnskapsbasert. De psykoterapiformene som er omtalt ovenfor er i varierende grad beskrevet i og veiledet av behandlingsmanualer. SFT er i stor grad manualstyrt hvor det beskrives inngående og i detalj hvordan behandlingen skal gjennomføres. DBT er prinsippstyrt og delvis manualbasert. Det samme gjelder MBT og ERGT.

Kunnskapsbaserte og strukturerte behandlinger gir bedre og mer langvarig effekt enn tradisjonell psykiatrisk behandling («treatment as usual»). Behandlingen bør være ambulant. Det bør tilstrebtes å unngå sykehusinnleggelse. Selv om innleggelse i noen tilfeller med høy grad av selvmordsfare neppe kan unngås, har hospitalisering ikke vist å gi bedre effekt på mønsteret av tilbakevendende suicidal og selvskadende atferd. Både tvangstiltak og langtidsinnleggelse bør unngås. En frivillig poliklinisk behandling med strukturerte behandlingløp av minst tre måneders varighet fremstår som det beste behandlingsformatet og som forebygging av gjentatte kortvarige akuttinnleggelse («svingdørspasienter»).

Personer med BPD har økt tendens til å droppe ut av behandling. En terapi som fra behandlingsstart har en foroverlent, aktiv og engasjerende holdning til pasienten, skaper ofte en sterk terapeutisk relasjon. Samtidig bør pasientens tilknytningssystem ikke overstimuleres, da det lett kan føre til mentaliseringsvikt med økt ustabilitet og avhengighet som resultat. Studier tyder på at DBT gir raskere bedring ved BPD med reduksjon på en rekke utfallsmål, blant annet suicidal og selvskadende atferd. Også MBT gir symptomlette og mindre impulsive, suicidale eller selvskadende handlinger. Både DBT og MBT er blitt tilpasset til bruk for tenåringer, og disse variantene av behandlingen har vist god effekt på suicidal og selvskadende atferd, depressive symptomer og bedret affektregulering.

Innføring av strukturerte psykoterapiformer ved BPD har ført til redusert behandlingstid. DBT-A har kortest dokumentert varighet (16-24 uker) og SFT har lengst varighet (3 år). Man bør tilstrebe å unngå kortvarige psykoterapiopplegg (< 3 måneder).

## Anbefalt litteratur

- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First Empirical Evaluation of Outcomes for Mentalization-Based Group Therapy for Adolescents With BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396-401. Doi 10.1037/per0000210
- Choi-Kain, L., Finch, E., Masland, S., Jenkins, J., & Unruh, B. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21-30. Doi 10.1007/s40473-017-0103-z
- Cristea, I., Gentili, C., Cotet, C., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
- Edel, M., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A., & Brüne, M. (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder – A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 1-15. Doi: 10.1111/bjc.12123
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Out-patient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Gratz, K., Tull, M., & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. 44(10), 2099-2112. Doi: 10.1017/S0033291713002134
- Gratz, K., Bardeen, J., Levy, R., Dixon-Gordon, K., & Tull, M. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 29-35. Doi: 10.1016/j.brat.2014.12.005
- McMain, S., Fitzpatrick, S., Boritz, T., Barnhart, R., Links, P., & Streiner, D. (2018). Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Out-patient Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 497-512. Doi:10.1521/pedi\_2017\_31\_309
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A., Haga, E., Diep, L., Stanley, B., . . . Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.
- Mehlum, L. (2017). DBT as a Suicide and Self-harm Treatment: Assessing and Treating Suicidal Behaviours. I: The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy. Oxford University Press. Doi: 10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.44.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., . . . Van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961-973. Doi:10.1016/j.brat.2009.07.013.
- Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3. Doi:10.1016/j.jaac.2012.Dec.09.018.
- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K., Tull, M., Hedman, E., Bjärehed, J., . . . Hellner, C. (2017). Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: A multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ Open*, 7(10), E016220. Doi: 10.1136/bjopen-2017-016220.
- Stone, M. (2016). Borderline Personality Disorder: Therapeutic Factors. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(4), 505-539.