

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi är en behandlingsmodell som skapades av Marsha Linehan i början av nittiotalet. Behandlingen utvecklades i första hand för patienter med borderline personlighetsstörning, men har efterhand i mindre utsträckning även använts på andra patientgrupper med affektregleringsproblematik och/eller självskaadebeteende samt självmordsbenägenhet.

Teorierna bakom DBT bygger på *inlärningsteori*, *kognitiv teori*, *dialektisk filosofi* och *zenbuddistisk filosofi*. Det beteendeterapeutiska inslaget yttrar sig genom att främja den förändrings och nyinlärningsförmåga som patienten har. I terapin görs funktionella analyser som genom kartläggningen av en situation visar hur ett beteende uppstått, hur det vidmakthålls och hur det kan förändras. Även praktiskt i terapin används patient/terapeut relationen för att främja eller utsläcka beteenden. Det kognitiva inslaget skall få patienten att reflektera över sin situation och hjälpa henne att se mer realistiskt på den. Dessa tekniker kommer dock i bakgrunden jämfört med de beteendeterapeutiska, då det kan vara svårt att nå fram till personer med stark psykisk smärta genom att använda dessa. Den dialektiska delen av terapin har sitt ursprung i att borderlinepersonligheter har problem att ta till sig motstridiga aspekter av tillvaron. Terapin skall hjälpa patienten att försonas med dessa dilemman, t.ex. att patienten kan känna sorg och glädje på samma gång eller att han duger som han är och samtidigt arbetar för förändring. För terapeuten är det ett dialektiskt dilemma att både arbeta bekräftande och stödjande samtidigt som konfrontation och förändring är viktigt. De zenbuddistiska filosofiernas inflytande visar sig genom att det finns övningar i DBT som skall ge patienten en ökad förmåga till medveten närvaro och acceptans.

Arbetet med DBT utförs i olika faser med olika målhierarkier. *Orienteringsfasens* primära mål är att skapa en god arbetsallians samt att öka patientens motivation. Den avslutas med att ett behandlingskontrakt upprättas mellan klient och terapeut. *Den första fasen* i det terapeutiska arbetet går ut på att skapa säkerhet och stabilitet. I detta ingår fyra mål som är hierarkiskt ordnade: 1. Att komma tillrätta med självmordsbeteende. 2. Att arbeta bort terapistörande beteenden, t.ex. uteblivande från sessionen eller tystnad. 3. Att arbeta med livskvalitetsstörande beteende, exempelvis sjukhusvistelse eller ohållbara, destruktiva relationer. 4. Att öka patientens färdigheter inom affektreglering, problemlösning, sociala relationer etc. *Den andra fasens* mål är att bearbeta traumatiska livshändelser och minska posttraumatisk stress. Det första målet i denna fas är att verbalisera, bearbeta och acceptera traumat. Nästa mål är att minska skuld, skam och självinvalidering. *Den tredje fasens* mål är att arbeta framåt. Detta skall ske genom att öka patientens självrespekt och hjälpa henne att uppnå individuellt satta mål. *Den fjärde fasen* skall öka patientens livskvalitet och livsglädje genom att öka engagemanget i det egna livet och i relationer. Ett annat mål i denna fas är att få patienten att känna sig levande och tillhörig samt att kunna leva i mindfulness. Terapin avslutas genom en successiv utglesning av de terapeutiska kontakterna. Skulle en patient under terapins gång återfalla i destruktiva mönster går man i arbetet tillbaka till den första fasen. Angående tidsaspekten för DBT kan den variera, men en vanlig tidsåtgång är att en patient befinner sig i den första fasen ungefär ett år.

Centralt för DBT som behandlingsform är att man arbetar i ett team kring patienten. Det finns en terapeut som är ansvarig för det individuella arbetet och en annan som är ansvarig för färdighetsträningen. I *individualterapin* arbetar terapeuten utifrån de ovan satta målhierarkierna. Arbetet sker både genom acceptans/valideringsstrategier och genom konfrontation/förändringsstrategier. Vid en krissituation, om patienten t.ex. vill skada sig

själv, kan patienten ringa denna terapeuten och få hjälp att hantera situationen på ett mer konstruktivt sätt. I en sådan situation kan terapeuten hjälpa patienten att utnyttja de färdigheter som han lär sig i färdighetsträningen. *Färdighetsträningen* sker för det mesta i grupp och består av fyra avsnitt: 1. Medveten närvaro skall ge patienten en möjlighet att bli mer uppmärksam på sina tankar och känslor. Detta skall ge en ökad förmåga till impuls kontroll och minska tomhetsupplevelser. 2. Färdighetsträning i relationer skall ge patienten en ökad förmåga till att skapa och bevara relationer samt att sätta gränser och upprätthålla sin självrespekt. 3. Färdighetsträningen i att reglera känslor skall ge patienten en ökad affekt tolerans, genom att visa att känslan i grund och botten är funktionell och förklarbar. Denna träning skall även lära patienten att skilja mellan primära och sekundära känslor samt att sörja för att sårbarheten sänks genom livsstilsförändringar, t.ex. ordentlig mat och tillräckligt med sömn. 4. Färdighetsträningen med acceptans skall ge patienten färdigheter i att hantera krissituationer. Dessa är att kunna distrahera sig, att kunna lugna och trösta sig själv, att kunna stå ut i ögonblicket samt att kunna väga för och nackdelar mot varandra i ett långsiktigt respektive kortsiktigt perspektiv.

I DBT är även teamhandledningen viktig. Den innebär att flera terapeuter har handledning samtidigt och kan få hjälp av varandra då de kör fast i arbetet och med att upprätthålla det dialektiska synsättet inom terapin.

I studier som gjorts visas att DBT minskar förekomsten av självskadande beteenden och behandlingsavbrott, möjligen minskas också behovet av sjukhusvård, missbruksproblematik samt andra samtidiga psykiatriska störningar.

Källor:

Kåver, Anna & Nilsonne, Åsa (2002): *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Natur och Kultur, Stockholm

SBU Alert-rapport nr.2005-07, 2005-10-26

<http://www.sbu.se/www/showFullText.asp?reportId=893&key=&from=Subpage.asp?catID=9&pageID=78&typeId=3&subject=>