



LUND UNIVERSITY

Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur

Lundh, Lars-Gunnar

Published in:
Läkartidningen

2014

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lundh, L-G. (2014). Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur. *Läkartidningen*, 111, CH9E.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur

Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för DBT och MBT

LARS-GUNNAR LUNDH, professor i klinisk psykologi, leg psykolog, leg psyko-
terapeut, insti-

tutionen för psykologi, Lunds universitet
Lars-Gunnar.Lundh@psy.lu.se

Självskadebeteende har beskrivits som ett växande problem under senare årtionden, framför allt hos ungdomar. Inom psykiatrin är självskadebeteende främst förknippat med diagnosen borderline-personlighetsstörning. Det har tidigare varit vanligt att kategorisera självskadebeteende tillsammans med suicidalitet, men en allt tydligare distinktion görs nu mellan icke-suicidalt självskadebeteende och suicidförsök.

Under arbetet med den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-5 föreslogs att »non-suicidal self-injury« skulle föras in som ny diagnos. Processen mynnade dock ut i att diagnosen placerades i sektion 3 av DSM-5, som ett av flera tillstånd som kräver mer forskning innan de kan bli officiella diagnoser. I de föreslagna diagnoskriterierna ingår att individen under minst 5 dagar det senaste året har tillfogat »den egna kroppsytan« skada, utan suicidal avsikt, men ändå av en sådan allvarlighetsgrad att det orsakat kliniskt signifikant lidande eller nedsatt funktion på viktiga livsområden. Självskadebeteendet ska vara förknippat med minst två av följande omständigheter:

- att det omedelbart föregås av interpersonella svårigheter eller negativa känslor eller tankar
- att det föregås av en period då individen är upptagen av tankar på att skada sig själv som är svåra att motstå
- att tankar på att skada sig själv är vanligt förekommande även när de inte omsätts i handling
- att beteendet förväntas leda till minskade interpersonella svårigheter eller ett mindre negativt känslotillstånd.

Det finns flera skäl att skilja mellan icke-suicidalt självskadebeteende och suicidförsök. Förutom att de icke-suicidala självskadebeteendena sällan är livshotande, har de också ett annat syfte och en annan funktion. Avsikten är inte att dö utan framför allt att hantera svåruthärdliga känslor, men syftet kan också vara att kommunicera till andra hur dåligt man mår eller att finna gemenskap med andra som skadar sig själva. Samtidigt står det klart att det också finns ett starkt samband mellan dessa båda former av självdestruktivitet. Således

»Avisikten är inte att dö utan framför allt att hantera svåruthärdliga känslor, men syftet kan också vara att kommunicera till andra hur dåligt man mår...«

har icke-suicidalt självskadebeteende visat sig vara en viktig riskfaktor för självmord [1].

Vanligt – särskilt bland ungdomar

Lindriga former av icke-suicidalt självskadebeteende är vanligt förekommande, särskilt bland ungdomar. I en stor svensk undersökning med över 3 000 gymnasieungdomar [2] rapporterade 35,6 procent (56,2 procent av flickorna) att de skadat sig själva avsiktligt vid minst ett tillfälle.

I denna studie gjordes också ett systematiskt försök att uppskatta hur många av ungdomarna som uppfyllde diagnoskriterierna för den föreslagna diagnosen »non-suicidal self-injury« i DSM-5; resultaten visade att detta skulle gälla 6,7 procent av ungdomarna (11,1 procent av flickorna och 2,3 procent av pojkarna). Det är oklart vad den stora könsskillnaden beror på, men pojkar tycks generellt hantera personliga problem på andra sätt. Självskadebeteende kan ses som en form av aggressivitet riktad mot den egna kroppen – pojkar riktar i stället mer aggressivitet mot omgivningen.

Svårbehandlad patientgrupp

Patienter med självskadebeteende har allmänt beskrivits som en mycket svår grupp att behandla. Behandlaren riskerar vid mötet med dessa patienter ofta att drabbas av »en blandning av känslor som kan innefatta hopplöshet, fasa, skuld, raseri, svek, vämjelse och sorg« [3]. Sådana känslor kan vara svåra att hantera, vilket riskerar att gå ut över patienten. Det finns därför skäl att den behandlingspersonal som arbetar med denna patientgrupp har extra utbildning i att vidmakthålla ett professionellt och empatiskt förhållningssätt, eftersom de kommer att råka ut för situationer där behandlarrelationen sätts på allvarliga prov.

Risken för iatrogena effekter i arbetet med denna patientgrupp har framhållits av många ledande terapeuter och forskare på området, inklusive Linehan [4] samt Fonagy och Bate-man [5], dvs upphovspersonerna till de i dag mest omtalade behandlingsmodellerna för patienter med borderline-personlighetsstörning: dialektisk beteendeterapi (DBT) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT).

Linehan [4] framhåller att dessa patienter är emotionellt sårbara och har lång erfarenhet av att få sina upplevelser invaliderade av omgivningen. De riskerar att skadas ytterligare om de får sina upplevelser invaliderade även inom vården, av vårdpersonal som inte lyckas behålla ett professionellt och

SAMMANFATTAT

Icke-suicidalt självskadebeteende skiljer sig från suicidförsök genom att sällan vara livshotande och ha en annan funktion (framför allt emotionsreglering). Icke-suicidalt självskadebeteende är en viktig riskfaktor för självmord.

I en svensk studie med över 3 000 gymnasieungdomar var prevalensen av icke-suicidalt självskadebeteende 6,7 procent. Risken för iatrogena effekter bedöms vara betydande vid

behandling av patienter med självskadebeteende. Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för ett litet antal psyko-terapiformer, främst dialektisk beteendeterapi och mentaliseringsbaserad terapi. Gemensamma faktorer för dessa terapiformer är bl.a en tydlig behandlingsstruktur och ett empatiskt validerande förhållningssätt samt fokus på emotioner och emotionsreglering.

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

empatiskt förhållningssätt i bemötandet. Enligt Fonagy och Bateman [5] har dessa patienter också ett »hyperaktivt anknytningsystem« och extra svårt att »mentalisera« när anknytningsystemet aktiveras. Ett bra bemötande inom vården kräver en väl avvägd balans mellan emotionell anknytning i terapirelationen och arbete med mentaliseringsprocesser i och utanför terapirelationen – om relationen blir alltför intensiv riskerar patienten att hamna i starka känslor som hon/han inte kan »mentalisera« utan i stället agerar ut i form av självdestruktivt beteende.

Här görs en kort sammanfattning av de randomiserade kontrollerade studier (RCT) som finns av DBT, MBT och ett par andra lovande terapiformer på detta område. Fokus riktas på de effekter som dessa metoder visats ha på självskadebeteende och på vad som allmänt verkar vara viktigt vid behandling av patienter med självskadebeteende.

Artikeln är en sammanfattning av en forskningsöversikt som skrivits inom ramen för det Nationella självskadeprojektet [6].

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi innefattar en kombination av individuell terapi, färdighetsträning i grupp och möjlighet till telefonkontakt i krissituationer mellan sessionerna. En väsentlig komponent är också konsultationsteamet, som tillämpar DBT-principer i handledningen av terapeuterna. Konsultationsteamet spelar en central roll som stöd för terapeuten i att upprätthålla den terapeutiska relationen och balansen i denna, och kan därmed motverka risken för iatrogena effekter.

Enligt Linehan är självskadebeteendet framför allt ett maladaptivt försök att hantera överväldigande, intensivt smärtsamma känslor. En viktig del av den dialektiska beteendeterapin handlar om att hjälpa patienten att utveckla nya, mer effektiva sätt att ta hand om dessa känslor. För detta syfte används alla traditionella KBT-metoder (dvs kognitiva tekniker som problemlösning och realitetsprövning samt beteendeterapeutiska tekniker som exponering, positiv förstärkning och färdighetsträning). Även acceptans och validering används, liksom metoder influerade av österländskt tänkande (mindfulness) och dialektisk filosofi, och processer i terapirelationen betonas.

Begreppet validering spelar en central roll inom DBT. Validering innebär att på ett entydigt sätt förmedla till patienten att hennes/hans upplevelser är begripliga och förståeliga i sitt sammanhang. Enligt Linehan [4] innehåller detta tre led:

- Empatiskt lyssnande.
- Icke-värderande spegling av patientens tankar, känslor och beteenden, med en öppen inställning till om terapeuten uppfattat dessa på ett riktigt sätt.
- Bekräftelse av det adekvata (begripliga, »logiska«) i patientens upplevelser. Alla upplevelser är adekvata i någon mening, och det är en viktig uppgift för terapeuten att hitta detta och validera det.

Det finns ett tiotal randomiserade kontrollerade studier av DBT, varav de flesta studerat effekterna av 1 års terapi. I en studie [7] som tydligt visar på styrkan med DBT jämfördes denna behandling med psykodynamiskt eller eklektiskt inriktade »expertterapeuter«, vilka nominerats av chefspersoner inom psykiatri som särskilt skickliga i att bedriva terapi med svåra klienter. DBT visade sig överlägsen »expertterapeuterna« på de flesta utfallsmått, inklusive suicidförsök. Patienterna i DBT förändrade också sin självbild i mer positiv riktning, på så sätt att de blev mer självbekräftande och utvecklade mer omsorg om sig själva samt minskade sin benägenhet att attackera sig själva [8].

»Det är oklart vad den stora könsskillnaden beror på, men pojkar tycks generellt hantera personliga problem på andra sätt.«

Intressanta är också de samband som man fann mellan terapirelationen och utfallet på självskadebeteende. Hos DBT-patienterna fanns ett signifikant samband mellan en upplevelse av positiva känslor (värme och omsorg) från terapeutens sida och minskat självskadebeteende [8]. Dessa analyser visade också att upplevelsen av positiva känslor från terapeutens sida föregick utvecklingen av mer positiva känslor hos patienten gentemot sig själv. Detta var däremot inte fallet för de patienter som behandlades av »expertterapeuterna«, vilket tyder på att dessa effekter har att göra med det specifika terapeutiska förhållningssättet i DBT.

Däremot är det svårt att hitta egentlig evidens för de traditionella KBT-komponenterna i DBT. I en studie med kvinnor med borderline-diagnos i kombination med opiatberoende jämfördes DBT med en behandling som innehöll valideringsdelen av DBT (comprehensive validation therapy; CVT) i kombination med Anonyma narkomaners 12-stepsprogram. Terapin i CVT beskrevs som icke-styrande (non-directive) och förbjöd användningen av KBT-inriktade förändringstekniker, men behöll möjligheter till krisintervention. Trots avsaknaden av KBT-tekniker gav CVT lika goda resultat som DBT. Andelen avhopp var dessutom betydligt lägre i CVT-gruppen (0 procent) än i DBT-gruppen (36 procent) [9]. Dessa resultat tyder på att valideringsdelen är den viktigaste komponenten i DBT.

Liknande slutsatser kan dras av den hittills största studien av DBT, som genomfördes i Kanada. Deltagarna var 180 patienter som randomiserades antingen till DBT eller till »general psychiatric management« (GPM) – en behandling med psykodynamisk terapi enligt Gundersons modell, utan KBT-inslag. Resultaten visade att DBT och GPM hade lika goda effekter på självskadebeteende och andra utfallsmått, såväl vid eftermätningen som vid 2-årsuppföljningen [10, 11]. Både DBT och GPM har en tydlig struktur, med fokus på »här och nu« och på emotion, och betonar vikten av empati och validering samt innefattar krishantering.

Sammanfattningsvis tyder DBT-forskningen på följande:

- Effekterna av DBT går inte att reducera till enbart terapeutisk skicklighet, oberoende av terapeutisk metod (eftersom jämförelsen med expertterapeuterna utföll klart till DBT:s fördel).
- Valideringsdelen av DBT är viktigare än KBT-komponenterna (eftersom CVT ledde till lika goda resultat som DBT).
- DBT tillhör en grupp av långtidsterapier som ger likvärdiga resultat, eftersom de innehåller gemensamma faktorer som en tydlig struktur, betoning av empati och validering, fokus på emotion och emotionsreglering och tydliga riktlinjer för hantering av suicidala kriser samt systematisk handledning.

Mentaliseringsbaserad terapi

Den mentaliseringsbaserade terapin (MBT) har en psykodynamisk grund men ett annat syfte än traditionell psykodynamisk terapi: att förbättra patientens mentaliseringsförmåga här och nu. Begreppet mentalisering inkluderar

- att förstå andras beteende i termer av inre mentala skeenden
- att förstå sina egna mentala skeenden
- att kunna differentiera mellan sina egna och andras mentala

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

la tillstånd och att skilja mellan mentala tillstånd och yttre verklighet.

Medan autistiska personer har en allmänt nedsatt förmåga till mentalisering, antas borderline-patienter ha en väl utvecklad mentaliseringsförmåga men lida av svårigheter att mentalisera i emotionellt laddade nära relationer till andra (anknytningsrelationer).

Centralt för terapeutens förhållningssätt är vad Bateman och Fonagy kallar en »icke-vetande attityd« (not-knowing stance) – dvs terapeuten förmedlar att han/hon inte kan veta vad som rör sig inom patienten men är nyfiken och intresserad av att lära sig om patientens inre upplevelser. En viktig princip i MBT är att »inte överstimulera anknytningsystemet«. I början av terapin behöver terapeuten därför begränsa sig till interventioner som empatiskt lyssnande och stöd, problemlösning och psykoedukation.

Litet längre fram i terapin kan terapeuten utvidga interventionerna till mer krävande sådana, tex »mentalisering av överföringen«, där terapeuten först och främst validerar patientens upplevelse av vad som sker i terapirelationen. Därefter utforskar man tillsammans vad som lett fram till dessa upplevelser av terapirelationen. Terapeuten tar i detta sammanhang på sig ansvaret för sin del i dessa skeenden i stället för att komma med överföringstolkningar. Terapeut och patient samarbetar för att komma fram till en förståelse av det som händer; metaforiskt talar man om detta som att terapeuten behöver föreställa sig att »sitta sida vid sida med patienten, och inte mitt emot henne«. Likheten med användningen av validering inom DBT är slående.

Det finns tre publicerade randomiserade kontrollerade studier av MBT, där självskadebeteende ingår bland utfallsmått. I den första [12] jämfördes ett intensivt dagavdelningsprogram med en kontrollgrupp som fick standardbehandling utan psykoterapi. Syftet var enbart att kontrollera för spontan remission. I den andra [13] jämfördes MBT i ett öppenvårdsprogram med en specialkonstruerad terapi (structural clinical management; SCM) med en tydlig behandlingsstruktur med manual och kompetent handledning. Både MBT och SCM innefattade kriskontakt, krisplanering och farmakologisk behandling samt skriftlig information om behandlingen. Behandlingen sträckte sig i båda dessa studier över 18 månader och gav signifikant bättre resultat för MBT än för jämförelsegrupperna. Det tog dock 1 år av behandling innan MBT-patienterna visade bättre resultat på självskadebeteende. Intressant att notera är också att behandlingsresultaten i den första studien stod sig bra i den långtidsuppföljning som gjordes 8 år efter behandlingsstarten [14].

I en tredje studie [15] ingick 12–17 år gamla ungdomar med självskadebeteende och depression. Här användes en kombination av 12 månaders individuell MBT en gång i veckan och MBT-familjeterapi en gång i månaden. Kontrollgruppen fick standardbehandling (som i drygt hälften av fallen innebar antingen individualterapi eller en kombination av individualterapi och familjearbete). MBT gav bättre effekter på både självskadebeteende och depression, och resultaten visade också att effekterna åtföljdes av en förbättrad mentaliseringsförmåga och ett minskat undvikande av anknytningsrelationer. Detta är den första randomiserade kontrollerade studien som visat otvetydigt positiva resultat för ungdomar med självskadebeteende.

»En gemensam nämnare för samtliga terapiformer som visat effekt på självskadebeteende är att de har en tydlig behandlingsstruktur ...«

Det finns dock enbart tre randomiserade kontrollerade studier att tillgå i dagsläget där effekter av MBT har studerats på självskadebeteende, och eftersom upphovspersonerna till MBT är involverade i alla tre återstår det ännu att visa att MBT kan uppnå goda resultat även i studier gjorda av oberoende forskargrupper.

Schemafokuserad terapi

Schemafokuserad terapi är en integrativ behandlingsform som utvecklats av Jeffrey Young utifrån kognitiv grund, men med inslag från anknytningsteori, psykodynamisk objektrelations-teori och emotionsfokuserad psykoterapi. Terapin är 3-årig och bygger på fyra huvudsakliga typer av förändringsmekanismer:

- terapeuten går in i en begränsad föräldraroll (limited re-parenting)
- arbete med »mentala bilder« (experiential imagery) och dialoger
- kognitiv omstrukturering och psykoedukation
- att bryta beteendemönster.

I en multicenterstudie från Holland [16] randomiserades 88 patienter med borderline-diagnos till antingen schemafokuserad terapi eller överföringsfokuserad psykodynamisk terapi. Schematerapin gav bättre effekt på de flesta mått, inklusive psykiatriska symtom, personlighetsmönster, livskvalitet och självskadebeteende. Detta är den enda studie hittills som visat signifikanta skillnader i effektivitet mellan två teoretiskt grundade behandlingsformer som utvecklats specifikt för borderline-patienter.

Intressant är att dessa terapiformer skiljer sig tydligt åt vad gäller både teknik och terapeutiskt förhållningssätt. Schematerapin framhäver betydelsen av ett empatiskt stödjande terapeutiskt förhållningssätt. Detta är snarast kontraindicerat i den överföringsfokuserade terapin, eftersom syftet där är att aktivera patientens negativa överföring, dvs aggressiva känslor i relation till terapeuten, så att denna kan tolkas i terapin och integreras. Intressant i detta sammanhang är att man fann signifikanta skillnader i terapeutisk allians mellan de två terapiformerna: såväl terapeuter som patienter skattade den terapeutiska alliansen som starkare i schematerapin, och styrkan i terapeutisk allians visade signifikanta samband med såväl fullföljande av behandlingen som behandlingsutfallet [17]. Återigen pekar detta på den stora betydelsen av det terapeutiska förhållningssättet med denna patientgrupp.

Emotionsreglerande gruppterapi

Emotionsreglerande gruppterapi (emotion regulation group therapy; ERGT) är den mest lovande korttidsterapin som hittills utvecklats för självskadebeteende. Behandlingsmodellen, som utvecklats av Kim Gratz, är en 14 veckors gruppterapi som är inriktad på att arbeta med deltagarnas medvetenhet om känslor, sätt att reglera dem och vad de värderar i livet [18]. ERGT är avsedd att vara en tilläggsbehandling för patienter med borderline-problematik som redan har en individuell samtalskontakt. Grupperna består av högst sex deltagare, och varje veckosektion är 90 minuter lång. Modellen är influerad av DBT och ACT (acceptance and commitment therapy).

ERGT baseras på en teoretisk modell för förståelsen av självskadebeteende, »experiential avoidance model« [19]. Syftet är att motverka behovet av självskadebeteende genom att bidra till utvecklingen av mer konstruktiva och mer accepterande sätt att möta svåra känslor. Dit hör

- ökad medvetenhet, förståelse och acceptans för emotioner
- förmåga att engagera sig i målinriktat handlande trots negativa emotioner
- flexibel användning av strategier för att reglera emotionella

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

reaktioners intensitet och duration i stället för att försöka eliminera dem helt

- villighet, beredskap, att stå ut med negativa emotioner i samband med engagemang i meningsfulla aktiviteter.

I behandlingen ingår arbete på att skapa ökad medvetenhet kring vad deltagarna värderar i livet och möjligheten att i varje ögonblick välja hur man vill handla i enlighet med sina värderingar.

Det finns hittills två randomiserade kontrollerade studier av ERGT, vilka visat goda resultat [20, 21]. Intressant är också att resultaten visar en minskad emotionell dysreglering hos deltagarna, vilken åtminstone delvis skulle kunna förklara effekterna på självskadebeteendet. Liksom för MBT gäller dock även för ERGT att resultaten ännu inte replikerats av någon oberoende forskargrupp.

Gemensamma faktorer med framgångsrik behandling

Utifrån den hittills gjorda forskningen är det relevant att ställa frågan vad det finns för gemensamma faktorer som förenar de mest framgångsrika terapiformerna och som kan vara viktiga vid behandling av patienter med självskadebeteende. Några exempel är följande:

Tydlig behandlingsstruktur. En gemensam nämnare för samtliga terapiformer som visat effekt på självskadebeteende är att de har en tydlig behandlingsstruktur som patienterna informeras om redan från början. Detta skapar förutsägbarhet och kontinuitet i behandlingen – något som framhålls som mycket viktigt inom alla dessa terapiformer.

Empatiskt-validerande, lyssnande och undersökande. Vad gäller det terapeutiska förhållningssättet är en gemensam fak-

tor för de ovan nämnda terapiformerna att de betonar vikten av att lyssna till patienten och att utforska patientens upplevelser på ett empatiskt och validerande sätt. Vid problematiska skeenden i terapirelationen validerar terapeuten patientens upplevelser, varpå man utforskar vad som lett fram till dessa. Terapeuten tar i detta sammanhang på sig ansvaret för sin del i dessa skeenden i stället för att se patientens upplevelser som förvrängningar.

Emotionell medvetenhet och emotionsreglering. Vad gäller innehållet i metod och arbetssätt är det gemensamt för samtliga fyra terapier att de har fokus på ökad medvetenhet om emotioner och förbättrad emotionsreglering.

Strategier för att motverka iatrogena effekter. Att psykologisk behandling, liksom medicinsk behandling, kan åstadkomma skada om den inte genomförs på ett kompetent sätt är något som kommit att uppmärksammas alltmer under senare år. Det finns en del som tyder på att denna risk är extra uttalad för patienter med självskadebeteende. Ett återkommande tema i de nämnda terapiformerna är medvetna strategier för att motverka iatrogena effekter som kan uppkomma inom vården med denna patientgrupp.

Patienter utan borderline-diagnos måste också studeras

Till sist är det viktigt att komma ihåg att så gott som samtliga gjorda studier handlat om patienter med borderline-personlighetsstörning. Det återstår att visa att samma behandlingsmetoder är verksamma även för patienter med självskadebeteende som inte uppfyller kriterierna för en borderline-diagnos.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury: A clear marker for suicide risk. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:103-8.
2. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, et al. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(5):759-73.
3. Frances A. The borderline self-mutilator: introduction. *J Pers Disord*. 1987;1:316.
4. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
5. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:1-3.
6. Lundh LG. Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen? Uppdaterad 14 juni 2013. <http://www.nationella-sjalvskadeprojektet.se/download/18.3f4c6c4a13e6133832c137b/1371623590809/Lundh+Forskning+C3%B6versikt+behandling+sj+C3%A4lvska-debeteende+%282%29.pdf>
7. Linehan MM, Comtois KA, Murray, AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757-66.
8. Bedics JD, Atkins DC, Comtois KA, et al. Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80:66-77.
9. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, 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;67:13-26.
10. McMain SF, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1365-74.
11. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, et al. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up period. *Am J Psychiatry*. 2012;169:650-61.
12. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1563-9.
13. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1355-64.
14. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008;165:631-8.
15. Roussow TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51:1304-13.
16. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:649-58.
17. Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, et al. The therapeutic alliance in schema-focused and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:104-15.
18. Gratz KL. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J Clin Psychol*. 2007;63:1091-103.
19. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006;44:371-94.
20. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2006;37:25-35.
21. Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Psychol Med*. 2013 Aug;1-14.

■ KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

■ SUMMARY

Self-harm, particularly in the form of non-suicidal self-injury, has been identified as an increasing problem among adolescents and young adults. Treatment effects on self-harm have been studied in a number of RCTs, although only some treatments show consistently positive effects. Dialectical Behaviour Therapy (DBT) is the most empirically studied treatment so far. A comparison with other treatments (including mentalization-based treatment, schema-focused therapy, and some others) suggest the following common factors as being probably important for the efficient treatment of self-harm: 1) a clear treatment structure; 2) an empathically-validating therapeutic relationship; 3) a methodological focus on increased emotional awareness and improved emotion regulation; and 4) explicit strategies to decrease the risk for iatrogenic effects of treatment, which for several reasons seem to be especially pronounced with this group of patients.