

Terapeutisk allians som motivationsfaktor i DBT

Vid Sofia Åkerman

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en intensiv terapiform som ställer höga krav på förändring och delaktighet hos patienten. Relationen mellan terapeut och patient är den kanske enskilt viktigaste faktorn för att väga upp dessa krav och för att motivera patienten att fullfölja terapin. I artikeln reflekterar författaren kring begreppet *terapeutisk allians* i DBT, med patientperspektivet i fokus.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) har sitt ursprung i fyra teoretiska hörnstenar: inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi samt zenbuddhistisk filosofi. Det är en terapiform som kräver mycket av sina patienter. Att flera gånger i veckan komma till terapin, göra hemuppgifter och att ständigt arbeta mot invanda mönster är krävande för vem som helst, men sannolikt extra krävande för den som dessutom lider av psykiska problem. DBT är i gengäld en behandling som ger mycket tillbaka, inte bara sett till lovande behandlingsresultat (SBU, 2005) utan till behandlingsintensitet och till de resurser patienten får till sitt förfogande. Behandlingen innefattar både individualterapi, färdighetsträning i grupp och telefonkonsultation vid behov. Behandlingens intensitet och krav på förändring kräver dock ett aktivt engagemang också från terapeuten.

Den dialektiska beteendeterapins grundare, Marsha Linehan (1993), menar att relationen till terapeuten är det enskilt viktigaste redskapet för att uppnå en beteendeförändring hos en patient och för att få henne att fullfölja terapin. I denna artikel diskuteras faktorer i relationen mellan patient och terapeut i DBT, som kan tänkas främja patientens motivation att fullfölja behandlingen. Reflektionerna har i första hand sin utgångspunkt i de erfarenheter av DBT som har förmedlats till mig genom informella möten med patienter, detta genom min verksamhet som författare och som ordförande i den ideella organisationen SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation). Dessa möten, som ofta är stödjande men på ett medmänskligt snarare än professionellt plan, har givit mig en värdefull insyn i hur behandlingen upplevs ur ett patientperspektiv. Då resonemanget grundar sig på personliga erfarenheter har jag vid analysen inte gått systematiskt till väga, utan min text är hypotetisk och bör främst betraktas som just en personlig reflektion kring ett om-

råde där det idag saknas forskning. Det faktum att jag har egen erfarenhet av självskadebeteende i tonåren, men idag är självskadefri och verksam som sjuksköterska har naturligtvis också betydelse för mitt resonemang.

Motivation hos patient respektive terapeut

DBT är en principstyrd behandlingsform, ursprungligen utformad för suicidala patienter med borderline personlighetsstörning. Terapeut och patient arbetar efter en förutbestämd målhierarki, där en minskning av suicidalt och självskadande beteende är av högsta prioritet. Letaliteten bland patienter med borderline personlighetsstörning ligger på omkring 10% (Black et al., 2004; Soloff et al., 2005) och en grundläggande förutsättning för en framgångsrik behandling är naturligtvis att patienten håller sig vid liv. Det är dock viktigt att komma ihåg att det som av terapeuten betraktas som ett dysfunktionellt och livshotande beteende, av patienten i hög grad betraktas som en livsviktig copingstrategi. Den som skadar sig själv är vanligen mycket motiverad att bli av med det känslomässiga lidandet som ligger till grund för självskadebeteendet, medan självskadebeteendet i sig är sekundärt. Vårdpersonal i sin tur tenderar att vara mer motiverade att prioritera självskadebeteendet framför det känslomässiga lidandet, eftersom självskadebeteendet medför stora risker och eftersom det endast kortvarigt reducerar negativa känslor för att sedan stärka dem ytterligare (Øverland, 2006). Således uppstår en intressekonflikt av "vad är hönan och vad är ägget"-karaktär: Är en minskning av självskadebeteendet en förutsättning för att det känslomässiga lidandet ska minska, eller är en minskning av det känslomässiga lidandet en förutsättning för en minskning av självskadebeteendet? Mot denna bakgrund vågar jag påstå att terapeuten på flera sätt

springer i uppförssbacke i terapins första fas, och det är viktigt att komplettera med faktorer i terapin som kan ha en utplanande effekt. Marsha Linehan (1993) hävdar att en av de mest betydande orsakerna till att patienter bryter behandlingen i ett tidigt skede, är brister i det hon på engelska kallar "commitment", ett begrepp som innefattar motivation både från patienten och från terapeuten att genomföra behandlingen. Att i denna inledande fas utkräva hundra procentig motivation av patienten menar jag är orimligt; vi kräver trots allt att hon ska överge sin nödlösning, sin trygghet och sin kanske effektivaste strategi för coping, samtidigt som förtroendet för terapeuten ännu inte har hunnit byggas upp. Osäkerhet och tvivel i denna fas är förmodligen mer en regel än ett undantag. Många patienter som just börjat i DBT finner sannolikt betydligt större trygghet i sin självdestruktivitet än i sin terapi, och detta kan tänkas vara en betydande orsak till tidiga avhopp och till att DBT överhuvudtaget inte blir aktuellt för vissa patienter, trots att de annars uppfyller kriterierna för inklusion.

Betydelsen av en terapeutisk allians

Forskning visar att den terapeutiska alliansen mellan patient och terapeut kan ha större betydelse för det slutgiltiga behandlingsresultatet än valet av terapeutisk teknik (Lambert & Barley, 2001). Marsha Linehan (1993) menar vidare att det inte går att göra mycket innan en terapeutisk allians existerar mellan patient och terapeut. Terapeutisk allians är ett vitt begrepp som inkluderar många variabler, men det som vanligen åsyftas är samarbetet och det känslomässiga bandet mellan patient och terapeut (Martin et al., 2000). En god relation till terapeuten gör att patienten får en högre tolerans både mot enstaka misstag och mot delar av behandlingen som kan

upplevas mindre behagliga. En sämre relation till terapeuten har motsatt effekt; det skapar en känslighet inför brister och svagheter hos såväl terapeut som behandling. Den terapeutiska alliansen är således betydelsefull inte enbart för det slutgiltiga behandlingsresultatet, utan den är också det effektivaste medlet för att hålla patienten motiverad att stanna i terapin. Vad anser då patienter är viktiga faktorer för en god terapeutisk allians?

Patienters bild av en god terapeutisk relation

En rad faktorer påverkar naturligtvis samarbetet och det känslomässiga bandet mellan terapeut och patient. För att avgränsa mig och för att i första hand lyfta fram de faktorer som av självskadande personer kan tänkas vara av särskild vikt, kommer jag att utgå från en diskussion som nyligen fördes på föreningen SHEDO:s webbaserade diskussionsforum för personer med ätstörningar och självskadebeteende. Den största gruppen användare på detta forum är unga kvinnor i åldern 18–25 år. Av det material som finns att tillgå på forumet framgår det att användarna lider av varierad bakgrundsproblematik, har olika erfarenhet av vård och behandling och även har kommit olika långt på vägen ur sin självdestruktivitet. Jag valde att på forumet ställa två frågor som sedan låg till grund för en öppen diskussion som vem som helst anonymt kunde delta i (med undantag för ett eget valt användarnamn): *Vilka egenskaper tycker du är viktiga hos en terapeut? Vad är det som gör att man stannar kvar i en viss behandling, alternativt hoppar av* (Zebraforum, 2009)? Som stöd för mitt fortsatta resonemang kommer jag att använda mig av särskilt beskrivande eller representativa citat ur diskussionen som följde.

”Jag tycker det är viktigt att terapeuten visar ett visst förtroende tillbaka [...] För mig är det viktigt att min psykolog visar vad hon känner. Jag vill att hon ska få bli lite arg om jag gör något som är fel, och jag vill att hon ska bli glad om det händer något bra.”

En faktor som flera betonade i sina svar, är vikten av att terapeuten förmedlar värme och äkthet. Den professionella fasaden får inte vara så stark att den

döljer människan där bakom. Som patient är det lätt att känna sig utelämnad, att man ger av sitt allra innersta medan terapeuten aldrig behöver ge någonting tillbaka. Att som terapeut dela med sig av en liten personlig episod av relevans för ämnet som diskuteras får ofta en oerhört bekräftande effekt. Patientens berättelser måste också återspeglas i terapeuten reaktioner. Att förmedla den gemensamma känslan av sårbarhet, men fortfarande med fokus på patienten, är i själva verket den högsta nivån av validering enligt Marsha Linehans valideringsskala med sju nivåer, utformad som hjälpmedel för att skapa, bevara och utveckla relationer (Kåver, 2006). En forumanvändare uttryckte dock att hon besvärades av känslomässiga reaktioner från terapeuten med motiveringen att ”oro hade hon nog av ändå”. En övervägande majoritet ansåg ändå att reaktioner från terapeuten upplevdes bekräftande, men betonade vikten av att dessa reaktioner håller sig inom en professionell ram:

”En annan terapeut jag hade hade in alldeles för mycket känsla i våra möten. Hennes ”Åh, herregud!”- responser fick mig att inte klara av att prata med henne. Helt enkelt kände jag att hon inte skulle kunna handskas med det. Så henne slutade jag hos ganska snabbt.”

Ytterligare egenskaper hos terapeuten som av flera framhövs som särskilt viktiga, var flexibilitet och förmåga att möta patienten som en unik individ, utan att färgas alltför mycket av egen förförståelse. En användare uttrycker att det inte får upplevas som att terapeuten söker bekräftelse på en på förhand bestämd teori, utan att slutsatser måste dras genom en öppen dialog tillsammans med patienten. Samtidigt måste terapeuten bidra med nya perspektiv – en annan användare ansåg att en grundförståelse hos terapeuten är nödvändig, för om man som patient ständigt måste förklara allt känns det svårt att komma vidare. Vidare framhövs flera användare att terapeuten måste förmedla trygghet och pålitlighet. Terapeuten måste ha förmågan att utvärdera svårigheter och prövningar, men samtidigt inse sina begränsningar och ha förmågan att sätta gränser.

Terapeutisk allians i forskning och i DBT

De egenskaper som lyftes fram av de femton forumanvändare som deltog i diskussionen, kan i hög grad anses överensstämma med resultaten i den forskning som har granskat patientupplevelser av faktorer viktiga för en god terapeutisk allians inom psykoterapi och psykiatrisk vård. Terapeuten måste ha en förmåga att kontrollera egen förförståelse och egna värderingar, patient och terapeut måste ha en någonlunda gemensam syn på patientens problem, och den terapeutiska relationen måste präglas av värme, intresse och engagemang (Johansson & Eklund, 2003). Då emotionell sårbarhet karaktäriseras av hög känslighet för emotionell stimuli, hög intensitet i den emotionella reaktionen och långsam återgång till normalläge (Linehan, 1993), kan det tänkas att många av de patienter som blir aktuella för DBT dessutom har en extra känslighet inför personliga egenskaper hos terapeuten och signaler denna medvetet eller omedvetet sänder ut. DBT är utformat för att möta behoven hos emotionellt sårbara patienter som bland annat kan ha svårt att finna stabilitet i mellanmänskliga relationer. I DBT är validering, acceptans och mindfulness viktiga komponenter för upprättande av en god och effektiv terapeutisk allians. En rad förhållningssätt, strategier och utgångspunkter förser terapeuten med redskap och förhoppningsvis också trygghet i sin roll som terapeut. Dock kan även redskap som är till för att hjälpa istället stjälpa om de används på fel sätt eller i fel sammanhang. Mitt eget första intryck av DBT år 2000, då jag var sexton år och fortfarande aktivt självskadande, blev tyvärr negativt på grund av en missuppfattning rörande begreppet ”göra citronsaft av citroner”. Efter en helgkurs i DBT envisades några vårdare på min barnpsykiatriska slutenvårdsavdelning med att ständigt utsätta oss patienter för obehagliga/tråkiga/ ansträngande saker i syfte att vi skulle lära oss hantera de negativa känslor det väckte. I själva verket handlar metaforen om citronerna och citronsaften om att utnyttja svåra situationer

för att öva färdigheter, inte skapa sådana situationer. Jag avskräcktes också när jag fick höra att de patienter som börjar i DBT får teckna ett behandlingskontrakt där de förbinder sig att arbeta för att minska sitt självdestruktiva beteende. Kraven på förändring blev alltför stora innan jag ens påbörjat terapin. Dialektik måste således genomsyra hela behandlingen, inte bara synsätt och förhållningssätt till patienterna utan också användningen av de olika strategierna. Denna dialektik är viktig genom hela behandlingen, men kanske än viktigare i behandlingens tidiga skede då den terapeutiska alliansen ännu är obefintlig eller skör, och därmed inte förlåter terapeutiska snedsteg. En forumanvändare skrev som svar på mina tidigare nämnda frågor (Zebraforum, 2009): "Jag klarar inte av terapeuter som försöker förändra mig, eller är alltför påstridiga om att förändringar "måste" göras. Samtidigt som det känns viktigt att terapeuten behåller tron på att förändringar är möjliga i de skeden då jag tvivlar. Alltså den där balansen mellan att acceptera mig precis som jag är samtidigt som jag får hjälp att förändra de beteenden som jag inte vill ha kvar, känns jätteviktig om än lite motsägelsefull. Om terapeuten är för fokuserad på förändring känner jag mig mest fel och värdelös, men samtidigt går jag där för att jag vill få till en förändring."

Skribenten beskriver den oerhört viktiga balansen mellan acceptans och förändring, validering och konfrontation, samt betydelsen av att terapeuten behärskar den (Kåver & Nilsonne, 2002). Alla patienter i DBT innehar en viss motivation, inte minst för att minska sitt känslö-

mässiga lidande, men att lämna självdestruktiviteten bakom sig är svårt och obehagligt. Man vet vad man har, men inte vad man kommer att få. En obalans mellan validering och konfrontation, med övervikt åt konfrontation, riskerar att få patienten att lämna behandlingen i förtid eller, som i mitt fall, inte ens börja i den. En obalans med övervikt åt validering riskerar å andra sidan att få behandlingen att stagnera.

Slutsats

Orsakerna till tidiga avhopp inom DBT kan vara många. Kanske har patienten vid tidpunkten för behandlingen inte innehaft den grad av motivation som en DBT-behandling trots allt kräver. Kanske har DBT helt enkelt inte varit rätt behandling för den aktuella patienten, eller så har terapeutens och patientens personkemi inte matchat. Ett grundantagande i DBT är dock att patienten aldrig kan misslyckas med en behandling, utan det är i sådana fall behandlingen som har misslyckats. Det är därför viktigt att fundera kring hur behandlingen i så många fall som möjligt ska bli framgångsrik.

En god terapeutisk allians mellan patient och terapeut har sannolikt större betydelse för det slutgiltiga behandlingsresultatet än valet av terapeutisk teknik. Det är också det enskilt viktigaste redskapet för att motivera en patient att fullfölja terapin. Patienter framhåller i hög grad basala relationsfrämjande egenskaper hos terapeuten som viktiga för en god terapeutisk allians; det handlar om balansen mellan att vara medmänskliga och professionell, att lyssna och förstå förutsättningslöst, att förmedla värme och engagemang. Terapeuten måste också förstå och behärska de redskap som ges inom ramen för DBT, som i grunden har utformats för att möta behoven hos självskadande, emotionellt sårbara patienter. Många goda verktyg för upprätthållande och bibehållande av en god terapeutisk relation finns inom DBT:n-utmaningen tycks bestå i att använda dem rätt och att inte förminska betydelsen av ren och skär medmänsklighet.



Sofia Åkerman är sjuksköterska och författare samt ordförande för organisationen SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation). Hon har skrivit två böcker om självskadebeteende utifrån sina egna erfarenheter som tidigare självskadare.

Referanser

- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). **Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention.** *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-39
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). **Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care.** *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 339-346
- Kåver, A. (2006). **KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi.** Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). **Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik.** Stockholm: Natur och Kultur.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). **Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome.** *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 38 (4), 357
- Linehan, M. (1993). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.** New York: Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). **Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450
- Soloff, P. H., Fabio, A., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2005). **High-lethality status in patients with borderline personality disorder.** *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 386-99
- Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. (SBU). (2005). **Dialektisk beteendeterapi vid borderline personlighetsstörning.** Stockholm: SBU. Hämtad den 27. december 2009 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Dialektisk_beteendeterapi_DBT_borderline_personlighetsstornig_200507.pdf
- Zebraforum. (2009). **Terapeutiska relationer.** Hämtad den 27. december 2009 från <http://forum.shedo.org/forum/viewtopic.php?f=33&t=7036>
- Øverland, S. (2006). **Selvskading. En praktisk tillnærming.** Bergen: Fagbokforlaget.



Sofia Åkerman har skrivit två böcker om självskadning der hun bl.a. forteller om egne erfaringer.