Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Nor; Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud

Selvskadende ungdommer i Telemark har fått tilbud om ferdighetstrening i gruppe. Denne artikkelen beskriver metoden og hvilket utbytte ungdommene hadde av tilbudet.

TEKST
Anne T. Brager-Larsen
Solveig Magnussen
Ingebjørg Hestetun

PUBLISERT 4. desember 2007

ABSTRACT:
Dialectic behavior therapy for adolescents in Norway: Theory, method and presentation of treatment experiences
Dialectic behavior therapy (DBT) and treatment experiences from group treatment of adolescents using DBT are presented. Five patients aged 15–19 completed treatment and were interviewed before and 3 months after the treatment period. The adolescents reported fewer suicide attempts and incidences of self-harm behavior, and more adaptive strategies replacing earlier dysfunctional behaviors during treatment and in the following 3 months period. One of five reported a decrease in general symptom level (SCL- 90-R). However, all reported reduction in experienced problem-related distress and would recommend this treatment to other adolescents. DBT appears to be applicable in a Norwegian context.

Keywords: psychotherapy; adolescents, suicidal behavior prevention, dialectical behavior therapy

EMNER Psykoterapi for ungdom · Suicidalitet · Dialektisk atferdsterapi

Vi retter en stor takk til ungdommene og terapeutene som la til rette for at undersøkelsen kunne finne sted.

Selvmordsforsøk og selvskading uten suicidalhensikt er et problem hos et stort antall ungdommer. Disse ungdommene får ofte et utilstrekkelig behandlingstilbud.

Dialektisk atferdsterapi (Dialectical Behavior Therapy; DBT) er opprinnelig utviklet av Marsha M. Linehan for kronisk parasuicidale kvinner diagnostisert med borderline personlighetsforstyrrelse, og er en ny metode i Norge. Behandlingen bygger på kognitiv atferdsterapi, dialektisk tenkning og zen-buddhisme. Sentralt i behandlingen er

arbeidet med emosjonell regulering og utvikling av sosial kompetanse. Tilnærmingen er tilpasset til bruk i behandling av parasuicidal ungdom og har vist lovende resultater i behandling av denne gruppen. I denne artikkelen vil vi presentere dialektisk atferdsterapi slik den er utviklet av Linehan, en tilpasning av metoden for behandling av selvskadende ungdom, og erfaringer fra et behandlingstilbud der den brukes i gruppebehandling for ungdom.

I en undersøkelse av ungdommer i videregående skole i Norge, den såkalte CASE-studien (Cases of Adolescents' Selfharm in Europe),opplyste 10,7 % at de tidligere hadde skadet seg med hensikt, 6,6 % hadde gjort dette i løpet av det siste året. Omtrent 15 % av ungdommene rapporterte at de hadde søkt hjelp etterpå. Blant ungdommer som hadde tatt overdose med medikamenter, var det 50 % som søkte kontakt, mens det ved kutting kun var 6 % (Ystgaard, Reinholdt, Husby & Mehlum, 2003). Tallene omfatter både alvorlige selvmordsforsøk og varierende alvorlighetsgrad av selvskading. I en annen spørreundersøkelse av skoleungdom, «Ung i Norge», rapporterte 8,3 % at de hadde forsøkt å ta livet sitt, og halvparten hadde ikke snakket med noen om dette (Rossow & Wichstrøm, 1997). Blant de som søker hjelp, faller mange ut av behandlingstilbudet, og frafall på inntil 59 % er rapportert (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003). Opptil 77 % av ungdom som får behandling, møter ikke jevnlig eller fullfører ikke behandlingen (Trautman, Stewart & Morishima, 1993). Vi har ikke tilsvarende studier i Norge. Det er stort behov for effektive terapiintervensjoner for å hjelpe disse ungdommene, slik at de bedre kan tolerere stress, regulere følelser og gjennom nye ferdigheter redusere selvmordsatferd eller annen destruktiv atferd.

Dialektisk atferdsterapi er opprinnelig utviklet for behandling av voksne, men i modifisert form har den vist lovende resultater i behandling av suicidal ungdom (Miller & Rathus, 2002). Dette var bakgrunnen for at en ved Ungdomspsykiatrisk senter ved Sykehuset Telemark HF i samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo valgte å satse på dialektisk atferdsterapi i behandlingen av parasuicidal ungdom. Kompetanse og tilbud ble gradvis bygget opp, og ferdighetstreningsgruppe startet i 2004. Siden terapiformen er lite utbredt i Norge, ønsket vi å få erfaringer med om ferdighetstreningsgruppe (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler & Leigh, 1997) fungerer i norsk kontekst. På dette tidspunktet hadde individualbehandling med denne tilnærmingen ikke kommet i gang.

Standard dialektisk atferdsterapi

Som nevnt er dialektisk atferdsterapi opprinnelig utarbeidet for behandling med yngre voksne parasuicidale kvinner med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). Parasuicid, slik Linehan (1993) bruker dette begrepet, er definert som enhver akutt, intensjonal selvskadende atferd med fysisk skade som resultat, med eller uten intensjon om å dø. Impulsivitet, sterke og ustabile følelser med selvskading og suicidal atferd er symptomer som beskriver denne pasientgruppen, og som i det diagnostiske DSM-IV-systemet (APA, 1994) betegnes som borderline personlighetsforstyrrelse (BPD). I det internasjonale klassifiseringssystemet

ICD-10 (WHO, 2000) går den under betegnelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I denne artikkelen har vi valgt å bruke borderline personlighetsforstyrrelse, siden hovedsakelig DSM-IV-systemet er anvendt i teori og forskning angående dialektisk atferdsterapi.

Behandling av denne pasientgruppen er uten tvil krevende, og det er når terapiformer ikke hjelper, at nye blir skapt. Ikke siden Becks kognitive terapi har noen terapiform innenfor den kognitive atferdsterapeutiske tradisjonen møtt så stor interesse i USA og i Europa (Miller & Rathus, 2000). I Sverige gis tilbud om dialektisk atferdsterapi flere steder. I Norge har det i de siste par årene vært en økende interesse for metoden, og enkelte steder gis i dag slike behandlingstilbud.

Dialektisk atferdsterapi er den behandlingstilnærmingen som i kontrollerte studier har vist best resultater med den nevnte diagnosegruppen. I hovedsak omfatter denne forskningen kvinner (Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991; Paris, 2005; Robins & Chapman, 2004). Den første randomiserte kontrollstudien ble publisert i 1991. Den viste reduksjon av sinne, suicidforsøk og andre parasuicidale handlinger, færre innleggelsesdager, forbedret sosial tilpasning og behandlingsføyelighet, samt redusert frafall fra terapien (Linehan et al., 1991). Ved ett-års-oppfølging var resultatene opprettholdt (Linehan, Heard & Armstrong, 1993).

Dialektisk atferdsterapi er en integrert og prinsippbasert terapi. Den bygger på kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med zen-buddhistiske prinsipper og dialektisk tenkning (Linehan, 1993a). De sistnevnte områdene har gitt navn til terapien. Linehan hentet også elementer fra andre terapier, som psykodynamisk, klientsentrert, gestalt-, paradoksale og strategiske terapier. Prinsippene metoden er basert på, er dialektiske perspektiver, biososial teori, spesifikke behandlingsmåter, behandlingsstadier og -mål, en integrering av akseptering og endringsstrategier, samt vektlegging av den terapeutiske relasjonen (Linehan, 1993a; Miller & Rathus, 2000).

Dialektisk perspektiv

Dialektikk er et begrep hentet fra filosofien og betyr kunsten å diskutere. Begrepet viser til tenkningens bevegelse gjennom motsetninger som forenes i høyere enheter (Berulfsen & Gundersen, 2000). I dialektisk atferdsterapi forstås dialektikk som evne til å romme flere sider av samme sak og til å forstå handlingers eller hendelsers kompleksitet og raskt skiftende karakter. Uvikling gjennom spenning mellom motsetninger er sentralt. Akseptering og krav om endring er eksempler på dette. Linehan dro også nytte av den dialektiske teorien i beskrivelser av vansker i alliansen med pasientene, samt at det ga henne ideer til strategier i behandlingen. Gjennom den dialektiske forståelsen vil en hjelpe pasienter til å romme motstridende impulser og følelser, som at en kan både sørge og glede seg eller både ville dø og ville leve samtidig. Dette vil være et alternativ til en rigid og dikotom tenkning (Kåver & Nilsonne, 2002; Linehan, 1993a).

Biososial teori

Linehans biososiale teori (Linehan,1993a) tar opp bakgrunnen for utvikling av metoden og forhold som opprettholder vanskene. Noen barn er biologisk sårbare med hensyn til å regulere følelser. Disse har sterk følsomhet overfor emosjonelle stimuli, intense emosjonelle reaksjoner og returnerer langsomt til baseline. Når slike barn stadig blir møtt på en måte der barnets følelser og erfaringer blir mistolket eller avvist, eller barnet urettmessig blir ugyldiggjort eller tillagt skyld (på engelsk «invalidated»), øker risikoen for utviklingen av psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. I et dysfunksjonelt miljø vil dette skje til tross for at barnets responser gir mening i forhold til situasjonen og hva som er aksepterte normer. Senere kan barnet også være med på å skape en økende grad av negativ bekreftelse. Enkelte barn er spesielt sårbare og kan oppleve feiltolkning og avvisning også i et funksjonelt miljø. Borderline personlighetsforstyrrelse beskrives således i Linehans teori primært som en dysfunksjon av emosjonell regulering, forårsaket av et gjensidig samspill mellom biologisk emosjonell sårbarhet og et dysfunksjonelt miljø som forsterker denne sårbarheten (Kåver & Nilsonne, 2002; Linehan, 1993a). Suicidal og selvdestruktiv atferd blir viktige affektregulerende egenskaper og betraktes som maladaptive forsøk på problemløsning ved overveldende, intense og smertefulle negative følelser (Linehan, 1993a).

Spesifikke behandlingsfunksjoner og behandlingsmåter

I behandling av pasienter med sammensatte problemer peker Linehan (1993a) på behovet for å arbeide med flere funksjonsområder. Det er nødvendig å 1) hjelpe pasienten å utvikle nye ferdigheter, 2) hjelpe pasienten å øke motivasjonen, 3) hjelpe pasienten å generalisere hva hun/han har lært i daglig livet, 4) hjelpe terapeuten å bevare motivasjon og ferdigheter og 5) strukturere pasientens omgivelser for å øke pasientens og terapeutens muligheter (Linehan, 1993b; Robins & Chapman, 2004). Disse funksjonsområdene blir det arbeidet med gjennom flere behandlingskanaler (se senere).

Behandlingsstadier og mål

Pasienter som har diagnosen borderline pesonlighetsforstyrrelser, har ofte flere problemområder. I dialektisk atferdsterapi har en håndtert dette ved å dele opp behandlingen i fire sekvensielle stadier, som er bestemt etter nivå av dysfungering. Hvert stadium har et tydelig hierarki av behandlingsmål. Følelsesmessige svingninger hos pasienten kan gjøre det vanskelig både for pasient og terapeut å arbeide med det som er vesentlig. Slike definerte behandlingsmål hjelper pasienten å holde struktur.

Før stadium I starter, er det en orienteringsfase hvor målet er å skape en allianse med pasienten og gi informasjon som er nødvendig for å kunne ta stilling til om hun eller han vil gå i denne formen for behandling. Et grundig gjennomført orienteringsstadium har vist seg å minske antallet pasienter som avslutter terapien for tidlig, og synes å være til stor nytte lenger ute i terapien når motivasjonen svikter og problemene hoper seg opp (Linehan, 1993b). Deretter starter terapiarbeidet på stadium I, hvor det overordnede målet er pasientens sikkerhet, og hvor arbeid med omfattende

kontrollsvikt, for eksempel selvskading og stoffmisbruk, blir prioritert. For å oppnå dette rettes arbeidet mot fire hierarkisk ordnede delmål:

1. redusere livstruende og annen selvskadende atferd
2. redusere atferd som forstyrrer terapien
3. redusere atferd som påvirker livskvaliteten
4. øke atferdsmessige ferdigheter

I stadium II arbeides det med å redusere problematferd og posttraumatisk stress som har sammenheng med tidligere traumeerfaringer. Traumebearbeiding starter ikke før pasienten har fått utviklet ferdigheter som er nødvendige for å håndtere emosjonelle reaksjoner i forbindelse med en slik bearbeiding. I stadium III arbeider en med å øke pasientens selvrespekt og å nå individuelle mål som kan knyttes til dagliglivets problemer. På stadium IV er målet å skape et liv verdt å leve, forbedre livskvalitet, engasjere seg og kjenne seg levende her og nå (Koerner & Linehan, 1997; Linehan, 1993a, 1993b, 1999).

Både i forskning og terapi er det stadium I som hittil har fått størst oppmerksomhet (Miller & Rathus, 2000; Robins & Chapman, 2004). Ikke alle pasientene gjennomfører alle stadiene. Terapien blir tilpasset etter pasientens behov. Det er for eksempel ikke nødvendig å gå igjennom stadium I dersom pasienten ikke viser selvmordsatferd og har ressurser og stabilitet som er nødvendig for å begynne på stadium II.

Akseptering og endringsstrategier

Det er sentralt å lære og å oppmuntre pasienten til å forstå og akseptere eller forsone seg med sine tanker, følelser og handlinger. For å få til endring er det nødvendig å bekrefte (validere) pasienten. Hvor ofte og mye pasienten bør bekreftes, vil variere blant pasienter og for den enkelte pasient over tid. Dysfunksjonell atferd blir sett på som et problem som kan løses, og pasienten lærer strategier for dette. Eksempler på problemløsningsstrategier er atferdsanalyse og kognitiv omstrukturering. Sammen med dialektiske strategier utgjør validering og problemløsning kjernen i terapien (Linehan, 1993a).

Terapeutisk relasjon

Uten en sterk positiv terapeutisk relasjon er det lite sannsynlig at pasienter som er suicidale og har borderline personlighetsforstyrrelse, vil forbli i terapi, og et av de tidligste målene i terapien er raskt å utvikle en terapeutisk relasjon (Linehan, 1993a). Det legges stor vekt på forpliktelse til terapi, bekreftelse, varme, sensitivitet, ikke-dømmende holdning og fokus på andre følelser enn sinne. All atferd som forstyrrer terapi, blir umiddelbart prioritert og arbeidet med, og økt tilgjengelighet ved telefonkonsultasjoner mellom timene er tillitskapende og knytter pasienten sterkere til terapi (Linehan, 1993a).

Behandlingskanaler

Syntesen av ulike behandlingskanaler er spesielt vektlagt. Individualterapi, ferdighetstrening i gruppe, telefonkonsultasjon og terapeutkonsultasjonsteam foregår *parallelt* over et år. Dette betyr at pasienten møter til både individualterapi og ferdighetstreningsgruppe en gang i uken. I sitt kliniske arbeid identifiserte Linehan (1993a) fire karakteristiske problemområder ved borderline personlighetsforstyrrelse: forvirring om seg selv, impulsivitet, emosjonell ustabilitet og interpersonlige problemer. I ferdighetstreningen tas dette opp i fire korresponderende moduler der en arbeider med:

1. «mindfulness»-ferdigheter, for å redusere forvirring og utvikle selvinnsikt og evnen til i større grad å være oppmerksomt til stede i tilværelsen
2. frustrasjonstoleranse-ferdigheter for å redusere impulsivitet
3. følelsesregulering
4. interpersonlige ferdigheter

I dialektisk atferdsterapi fremheves grunnleggende respekt for pasienten kombinert med understreking av at pasienten er deltaker i en prosess som skal gjøre henne/ham til en aktiv problemløser og deltaker i eget liv (se tabell 1).

TABELL 1. VIKTIGE ANTAKELSER I DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (LINEHAN, 1993A)

1. Pasienten gjør så godt hun/han kan.
2. Pasienten ønsker å bli bedre. Terapeuten antar ikke at pasienten mangler motivasjon. Pasienten må gjøre større framskritt, anstrenge seg mer og øke motivasjonen for forandring.
3. Pasienten har antakelig ikke selv skapt sine problemer, men det er likevel hun/han som må gjøre noe med dem.
4. Den selvmordsnære pasientens liv er uutholdelig. Pasienten må lære seg en ny atferd i alle relevante situasjoner. Pasienten kan ikke mislykkes i terapien.
5. Terapeuter som behandler pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, har behov for støtte.

Generaliserbarhet

Terapimetoden, og ulike modifiseringer av den opprinnelige metoden, har nå blitt brukt på en rekke områder i forhold til stoffmisbrukere med borderline personlighetsforstyrrelse (Dimeff, Rizvi, Brown & Linehan, 2000; Linehan et al., 1999), ADHD-problematikk (Hesslinger et al., 2002), spiseforstyrrelser (Telch, Agras & Linehan, 2001), eldre deprimerte (Lynch, 2000; Lynch, Morse, Mendelson & Robins, 2003), antisosial personlighetsforstyrrelse (McCann, Ball & Ivanhoff, 2000), familiemishandlere (Fruzzetti & Levensky, 2000) og suicidale ungdommer (Miller et al., 1997). Som eksempel viste en studie i Tyskland med voksne med ADHD-diagnose, hvor dialektisk atferdsterapi var modifisert til et tretten ukers ferdighetstreningsprogram, reduksjon i depresjon og ADHD-symptomer, og forbedring i selektiv og delt

oppmerksomhet på nevropsykologiske tester (Hesslinger et al., 2002). Det finnes også programmer for inneliggende pasienter, og behandlingen kan eventuelt foregå hjemme hos pasienten (Linehan, 1993a).

Dialektisk atferdsterapi for ungdom

Ungdomstiden er en utviklingsperiode med dramatiske biologiske, kognitive, sosiale og emosjonelle endringer. Flere psykologiske problemer og utfordringer er forbundet med denne perioden, som nedsatt stemningsleie, problemer med følelsesmessig regulering og identitetsdanning, konflikt med foreldre, egosentrisitet, økende krav om frihet fra foreldre og behov for selvstendighet. Mer tid tilbringes med venner, og mottakelighet for påvirkning fra dem øker, likeså seksuell eksperimentering, og bruk av alkohol og stoff (Miller & Hartstein, 2002). Alle disse forandringene kan skape problemer selv for normal ungdom. Særlig vil sårbar ungdom stå overfor en økt risiko for å utvikle psykiske vansker i ungdomsperioden.

Vi har i dag begrenset kunnskap med hensyn til hva som kan være god behandling for å redusere selvskadende atferd hos ungdom (Hawton, 2005). De problemområdene som dialektisk atferdsterapi retter seg spesielt mot, er emosjonell ustabilitet, impulsivitet, interpersonlige problemer og usikker selvforståelse, og ligger nær opp til utviklingsområder i ungdomstiden (Miller et al., 1997). Dette, og den høye forekomsten av suicidal eller selvskadende atferd i denne aldersgruppen, er bakgrunn for at Miller og medarbeider (Miller, 1999; Miller et al., 1997; Rathus & Miller, 2000) har tilpasset dialektisk atferdsterapi for suicidale ungdommer med borderline-trekk.

Det er hittil ikke gjennomført randomiserte kliniske studier med denne behandlingen for ungdom, men Rathus og Miller (2002) viser til lovende resultater fra en ikke-randomisert kontrollstudie. I denne studien ble ungdomstilpasningen av dialektisk atferdsterapi sammenliknet med ordinær behandling av suicidal ungdom. Resultatene viste at gruppen som fikk dialektisk atferdsterapi, hadde færre innleggelser på sykehus innenfor psykisk helsevern. Flere fulgte opp behandlingen på tross av at de som fikk dette tilbudet, hadde alvorligere problemer enn kontrollgruppen. Det var ingen forskjell i antall selvmordsforsøk mellom gruppene, men det var forskjell når det gjaldt reduksjon av selvmordstanker, generelle symptomer på psykiske vansker og borderline-symptomer. Dette må ses på bakgrunn av at gruppen som fikk dialektisk atferdsterapi ved behandlingsstart, hadde mer alvorlig problematikk. I Canada gjennomførte Katz, Cox, Gunasekara og Miller (2004) en studie med formål å vurdere om metoden kunne anvendes på innlagt suicidal ungdom. De benyttet en kvasieksperimentell design i en naturlig setting, der en klinikk ga dialektisk atferdsterapi og en annen psykodynamisk psykoterapi. Ungdommene som fikk denne formen for hjelp, reduserte forekomsten av atferdsproblemer allerede under innleggelsen, til forskjell fra ungdommene som fikk psykodynamisk psykoterapi. Begge gruppene viste reduksjon i parasuicidal atferd, depressive symptomer og selvmordstanker (Katz et al., 2004).

Modifisering

Tilpasningen av for ungdom (Miller et al., 1997) innebærer at:

1. Behandlingsvarigheten er forkortet fra 1 år til 16 uker
2. Foreldrene deltar sammen med ungdommene i ferdighetstreningsgruppe og ved behov i individualterapi
3. Reduksjon av antall ferdigheter som det arbeides med
4. Forenkling av språket

I hovedsak er dette endringer i rammer; innholdet i behandlingen er beholdt. Reduksjon i behandlingsvarighet ble gjennomført fordi det var behov for å tilby ungdom en mer kortvarig behandling. Ungdom har også i mindre grad enn voksne utviklet kroniske symptomer (Rathus & Miller, 2000). På grunn av reduksjon i behandlingsvarigheten ble antallet ferdigheter som skulle læres, redusert. Forenklingen av språket ble gjort på arbeidsark og i undervisning i forbindelse med ferdighetstreningen slik at det ble kulturelt tilpasset ungdomsgruppen og på rett utviklingsnivå (Miller et al., 1997).

Begrunnelsen for å inkludere familiemedlemmer i ferdighetstreningsgruppene er at ungdommen fortsetter å leve i sitt dysfunksjonelle miljø. Sett ut fra et utviklingsperspektiv står ungdommen midt i separasjons- og individueringfasen, og kommunikasjon og kontakt mellom ungdom og foreldre er ofte konfliktfylt (Blos, 1979). Målet med foreldredeltaking er å fremme generalisering og opprettholde allerede lærte ferdigheter ved å lære familiemedlemmer hvordan de kan forsterke gode løsningsstrategier og modellere hensiktsmessig atferd. En er også opptatt av å forbedre kommunikasjon. Det dialektiske dilemmaet for ungdommene er å skape balanse mellom en trygg separasjon og samtidig effektiv bevaring av relasjonene og tilhørighet til foreldrene (Kåver & Nilsonne, 2002). Ifølge Miller et al. (1997) vil et familiemedlem oppmuntres til å være med i individualtimene i ca. to tredeler av tiden.

Miller og medarbeidere er knyttet til Montefiore Medical Center i New York. Ungdom med suicidalproblematikk får der tilbud om behandling med dialektisk atferdsterapi dersom de tilfredsstiller følgende inklusjonskriterier: a) gutter og jenter i alderen 13–19 år, b) parasuicidal atferd de siste 16 ukene, c) nåværende selvmordstanker og trekk fra borderline personlighetsforstyrrelse (definert etter SCID-II; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990). Eksklusjonskriterier er: mental retardasjon, psykotisk lidelse, bipolar lidelse eller alkohol-/stoffavhengighet/-misbruk som primærdiagnose (Miller et al., 1997).

Flerfamiliegruppe med ferdighetstrening

Målene med ferdighetstreningen er å hjelpe ungdommene til å få en bedre balanse mellom følelser og fornuft. Ved å lære strategier eller spesifikke verktøy blir de bedre i stand til å mestre problemsituasjoner og smertefulle følelsesmessige tilstander (Miller et al., 1997). Linehan (1993a) erfarte at hun i individualterapien brukte mye tid på å redusere pasientens motivasjon til å dø. Dette forstyrret arbeidet med å utvikle nye ferdigheter. På bakgrunn av dette delte hun terapien i to deler: individualterapi og

ferdighetstrening. Ferdighetstreningen gis som gruppetilbud der ungdommene møter sammen med et familiemedlem to timer ukentlig (Miller et al., 1997). Gruppen gir også ungdommene mulighet til å støtte hverandre, sammenlikne seg med andre som har problemer, og lære ferdigheter av hverandre (Kåver & Nilsonne, 2002). Timene følger ferdighetstreningsmanualen (håndbok) laget for ungdom (Miller et al., 1997). Den inneholder detaljerte instruksjoner og arbeidsark med ferdigheter knyttet til de ulike ferdighetsmodulene (Linehan, 1993b). Det arbeides med å tilegne seg ferdigheter i timene som også skal trenes på utenfor og mellom timene (Miller et al., 1997). Noen år etter den første ungdomstilpasningen ble det laget en tilleggsmodul for suicidal ungdom og deres foreldre, som ble kalt den gylne middelvei («walking in the middle path»). Den ble laget for å arbeide spesifikt med motsetninger og dilemmaer som oppstår mellom ungdom og deres familie (Miller, Glinski, Woodberry, Mitchell & Indik, 2002). Gruppebehandlingen i ungdomsversjonen har samme struktur som i standard behandling, men inneholder denne ekstra ferdighetsmodulen. I hver av de fem modulene arbeider en målrettet med et problemområde og relevante ferdigheter. Målet er at de nye ferdighetene skal erstatte tidligere dysfunksjonell atferd.

Ferdighetsmodulene

Mindfulness er inspirert av Zen-meditasjon og betraktes som kjernemodulen i dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993a). «Mindfulness» kan oversettes med «oppmerksomt nærvær» og innebærer å lære å styre bevisstheten, holde fokus her og nå og erfare den ytre realiteten slik den framtrer (Kåver & Nilsonne, 2002). Den retter seg både mot identitetsforvirring og manglende regulering av selvet. Målet er å utvikle en livsstil som innbærer å delta i det som skjer, på en bevisst måte (Linehan, 1993a). Ungdommene vet ikke alltid hva de føler, hva som opprører dem, eller hvilke mål de har. Gjennom utvikling av oppmerksomt nærvær vil de bli bedre i stand til å bruke informasjon fra omgivelsene, og til å ta mer balanserte og kloke avgjørelser («wise-mind decisions»). Styrket evne til oppmerksommhet, økt tilstedeværelse og kontroll gir også en styrket selvfølelse (Linehan, 1993b; Miller et al., 1997). «Mindfulness»-ferdigheter er de første som læres og gjentas ved hver ny modul.

Stresstoleranse. Denne modulen retter seg mot å tolerere og overleve krise og akseptere livet som det er i øyeblikket (Linehan, 1993b; Miller & Hartstein, 2002). Stresstoleranseferdigheter styrker evnen til å akseptere både seg selv og den nåværende situasjonen på en ikke-dømmende måte. Fire typer overlevelsesstrategier læres i denne delen: distraksjonsstrategier, selvberoligende strategier, øke oppmerksomheten i øyeblikket, og vurdere fordeler og ulemper. Ungdommen skal øke ferdighetene til bedre å holde ut i vanskelige situasjoner som ikke lar seg påvirke på noen måte, i stedet for å bruke destruktive strategier og å la impulsene styre. Parasuicidal, rus-relatert og risikofylt seksual atferd er eksempler på slik destruktiv atferd. Erkjennelsen og akseptering av at livet også innholder smerte, gjør en bedre i stand til å mestre livsbelastninger (Linehan, 1993a).

Følelsesregulering. Denne modulen retter seg mot ungdommenes emosjonelle intensitet og labilitet, som kan fremtre som hurtige, intense stemningsendringer med liten kontroll eller i en mer eller mindre negativ følelsemessig tilstand. Målet er å kontrollere følelser ved å forstå dem bedre, redusere egen sårbarhet og ta i bruk strategier for å endre vanskelige følelser (Linehan, 1993a).

Interpersonlige ferdigheter. De ferdighetene som læres i denne modulen, er strategier for å si nei, be om det en behøver, og mestre konflikter med andre mennesker ved å lære å forhandle når en ønsker å opprettholde gode relasjoner og for å bevare selvrespekt (Linehan, 1993a).

«Den gylne middelvei». I denne delen blir det lagt vekt på å lære ungdom og foreldre å finne en syntese mellom ekstreme atferdsmønstre. Eksempel på dysfunksjonelle atferdsmønstre er for strenge regler versus for løse regler eller enten–eller-tenkning (Miller & Hartstein, 2002). Målet er å få en mer balansert livsstil. Uavhengig av hvor de befinner seg i stadiene i terapien, legges det vekt på å øke evnen til å gå «den gylne middelvei» og løse motsetningsfylte eller dialektiske spenninger i både tanker, følelser og handlinger (Miller & Rathus, 2000). Å bekrefte og gyldiggjøre er essensielt. Linehan tilkjennegir at pasientens atferd, tanker og følelser kan være dysfunksjonelle, men sier samtidig også ved uttrykket «to search for the nugget of gold buried in a sandy river bed» at det alltid finnes atferd som kan bekreftes (Linehan, 1993a).

En skjematisk oversikt over disse ferdighetene og tilsvarende problemområder er vist i tabell 2.

TABELL 2. OVERSIKT OVER DE FEM MODULENE MED PROBLEMOMRÅDER OG AKTUELLE FERDIGHETER

Problemområder (atferd som skal reduseres)	**Ferdigheter** (atferd som skal økes)
1. Liten selvinnsikt	1. «Mindfulness»
2. Impulsivitet	2. Toleranse for stress
3. Emosjonell ustabilitet	3. Følelsesregulering
4. Interpersonlige problemer	4. Interpersonlige ferdigheter
5. Ungdoms og familieproblemer	5. «Den gylne middelvei»

Individualterapi

Ferdighetstrening alene er ikke nok. Studier har vist at gruppebehandling kombinert med individualterapi virker bedre enn slik gruppebehandling kombinert med annen form for individualterapi (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Individualterapeuten skal hjelpe pasienten til å anvende ferdigheter som er lært i gruppetimene. Det er derfor av betydning at terapeuten har god kjennskap til disse ferdighetene (Linehan, 1993b). Det anvendes dagbok for hver uke, hvor de sentrale temaene er suicidal og selvdestruktiv atferd, atferd som forstyrrer livskvalitet og terapi, og bruk av nye atferdsmessige ferdigheter. Når en står overfor problematferd, tas det i bruk atferdsanalyse. Kjeden av hendelser som førte til en gitt reaksjon hos pasienten

(atferdsmessige, emosjonelle, kognitive), og eventuelt omgivelsenes respons på pasientens atferd, blir gjennomgått detaljert for å komme frem til utløsere og hva som opprettholder atferden. Eksempel på problematferd kan være selvskading eller manglende oppfølging av hjemmeoppgaver. Neste steg er en analyse av mulige løsninger, utvikling av teknikker for å hindre at problemene igjen oppstår, og arbeid med alternativ adaptiv atferd (Katz, Gunasekara & Miller, 2002; Koerner & Linehan, 1997; Miller & Rathus, 2000). Målet på sikt er at pasienten selv skal kunne identifisere en endringsstrategi og en strategi som gjør at pasienten aksepterer situasjonen slik den er (Linehan, 1993a).

Telefonkonsultasjon

Pasientene skal ha mulighet til telefonkontakt med individualterapeuten mellom timene. Det er individualterapeuten som vanligvis best kjenner pasientens nåværende muligheter og begrensinger og vil ha det beste utgangspunktet for å kunne forsterke små og nærmest umerkelige forbedringer (Linehan, 1993a). Det er imidlertid ikke slik at pasienten kan ringe gjennom hele døgnet. Det settes rammer for denne kontaktformen. Pasienten kan få telefonkonsultasjon av individualterapeut i følgende situasjoner:

1. Kort for å drøfte hvilken ferdighet som kan anvendes i stedet for en selvdestruktiv handling
2. Kort for å rapportere om gode nyheter som kan bidra til å bryte assosiasjonen mellom atferdsvansker og oppmerksomhet fra terapeuten
3. Når pasienten opplever at forholdet til terapeuten kan ha blitt skadet av noe som er blitt sagt eller gjort, og er urolig for relasjonen (Linehan, 1993a; Miller et al., 1997)

Terapeutkonsultasjon

En viktig funksjon i dialektisk atferdsterapi er å ha et konsultasjonsteam for terapeutene. Behandlingsopplegget er krevende, og det legges vekt på nært samarbeid mellom terapeutene og gjensidig veiledning og støtte fra kollegaer for å forhindre utbrenthet og hjelpe til med å opprettholde balanse i samspillet med pasienten (Kåver & Nilsonne, 2002; Linehan, 1993a).

Undersøkelsen

Hensikten med undersøkelsen var å belyse hvorvidt dialektisk atferdsterapi er anvendbar i en norsk kontekst, og hvilke erfaringer ungdommene hadde med tilbudet.

Metode

Deltakere var polikliniske eller innlagte pasienter ved en ungdomspsykiatrisk seksjon, og de deltok i en ferdighetstreningsgruppe. De fleste hadde omfattende vansker på forskjellige områder som angst, depresjon, rus, tvang og spiseforstyrrelse. Enkelte hadde hatt langvarig kontakt med hjelpeapparatet. Andre hadde tidligere ikke fått noe hjelp, men hadde hørt om gruppetilbudet via andre ungdommer. Inklusjonskriterier for behandlingen var tidligere selvmordsforsøk eller annen selvskadende atferd, samt ett

eller flere andre symptomer som en finner ved borderline personlighetsforstyrrelse. Vanligvis gir psykisk helsevern for barn og ungdom behandlingstilbud opptil 18 år. Ferdighetstreningsgruppa var åpen for ungdom i alderen 15–19 år. Eksklusjonskriterier var psykisk utviklingshemning, psykose eller behov for tolk. Ungdommene ble informert om at en i tillegg ønsket å gjøre en undersøkelse av behandlingstilbudet ved intervju, og at deltakelse i dette var frivillig.

Kliniske prosedyrer

Gruppetilbudet omfattet ukentlige møter på 1½ time over 20 uker. Gruppen var åpen, med mulighet for at nye medlemmer kunne slutte seg til underveis, og totalt elleve deltakere. To terapeuter ledet gruppen. Det ble benyttet ferdighetstrening etter modellen for ungdom (Miller et al., 1997), men uten at foresatte deltok i ferdighetstreningen. Gruppelederne hadde en grundig diskusjon med ungdommene i forkant om å ha med foresatte i undervisningen. Ungdommene ga tydelige tilbakemeldinger om at de ikke ønsket foresatte med. Flere av ungdommene bodde i fosterhjem eller på institusjon. Foreldre, foresatte eller personell fra omsorgsinstitusjoner deltok innledningsvis på en åpen dag med informasjon om ferdighetstreningsgruppen og undervisning om behandlingsopplegget. Ungdommene fikk ikke individualterapi etter modell fra dialektisk atferdsterapi. De av ungdommene som hadde individualterapi fra før, fortsatte med dette tilbudet parallelt med ferdighetstreningsgruppen. Alle fikk anledning til å benytte seg av telefonkonsultasjon i akutte kriser, men tilbudet ble gitt med forbehold om at terapeuten ikke hadde mulighet til å være tilgjengelig hele døgnet. Dette ble nøye gjenn-omgått sammen med ungdommene tidlig i behandlingen. Behandlerne hadde møte for oppsummering umiddelbart etter hver gruppesamling, og som regel et ukentlig møte for gjensidig veiledning og støtte. Deler av Linehans manual (1993b) for ferdighetstreningsgruppe ble brukt, men med enkelte tilpasninger for norske forhold og for ungdomsgruppen. Viktigst her er noe større vekt på rollespill. På dette tidspunktet var ikke Millers manual tilgjengelig for gruppelederne.

Instrumenter

To intervjuere benyttet semistrukturert intervju ved gruppestart (T1), og ved tre måneder etter avsluttet gruppe (T2). Ungdommene ble spurt om suicidforsøk og annen selvskadende atferd samt intensjon og omfang. De ble også spurt om hvilke problemer de hadde, rangerte hvor alvorlig de opplevde den totale problembelastningen, og i hvor stor grad opplevd problembelastning påvirket den daglige fungeringen. Dette ble angitt på Likert-skalaer, gradert fra 1 til10, der 1 er «ikke noe problem» og 10 «veldig stort problem». Ved T1 ble ungdommene også intervjuet om forventninger om hjelp til problemene sine, og ved T2 ble de intervjuet om opplevelse av nytte og eventuelt anbefaling til andre. I tillegg til intervjuet fylte ungdommene ut et standardisert spørreskjema, SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised) ved T1 og T2. Instrumentet er et selvutfyllingsskjema som viser generelt psykisk ubehag og med delskalaer for blant annet angst, depresjon, tvangssymptomer, interpersonlige forhold og psykotiske

symptomer (Derogatis, 1994). Det er oversatt til norsk og er brukt i en rekke norske og internasjonale studier (Vassend, Lian & Andersen, 1992).

Resultater

Totalt elleve ungdommer fikk tilbud om gruppe, der ni av dem deltok i behandlingen ved gruppestart og to sluttet seg til underveis. Av disse ble en ekskludert fra gruppen, og to falt fra. Av de som fullførte gruppetilbudet, ønsket to ikke å la seg intervjue, og en ungdom flyttet før intervju ved T2. Vi har derfor intervju og SCL-90-R-besvarelser ved både T1 og T2 for fem ungdommer; de rapporterte resultatene gjelder disse.

Suicidalitet

Alle ungdommene opplyste om selvmordstanker ved T1. De fleste fortalte om tidligere selvmordsforsøk, og enkelte av forsøkene var alvorlige og med høy dødsintensjon. Eksempler på metoder som ble beskrevet, var forgiftning med tabletter eller kutting av pulsåre. Det ble også fortalt om situasjoner med suicidalimpulser uten at dette resulterte i et reelt forsøk. En ungdom forteller å ha hatt en pistol klar til å fyres av, en annen forsøkte å bli påkjørt. Ved T2 ble ungdommene bedt om å svare på om de nå hadde like mye selvmordstanker som før behandlingsstart, og om de hadde gjort nye selvmordsforsøk etter behandlingsstart. De fleste svarte at de tenkte mindre på å ta livet sitt, men dukket tanken opp, tok de i bruk ferdigheter som de lærte i gruppen, for å redusere det emosjonelle trykket. Dette kunne være å sette på musikk, begynne å synge, spille et instrument, gjøre en fysisk aktivitet, se på TV eller skrive. En ungdom sier: «I stedet for å skade meg så kan jeg sparke, spille gitar, synge eller skrive. Å skrive hjelper meg best.» Noen hadde skrevet opp slike alternativer til selvdestruktiv atferd og opplyste at dette hjalp dem til å ta i bruk nye ferdigheter i stedet for å skade seg. Dette ble også rapportert av en ungdom som hadde klart å stoppe i en aktiv selvmordshandling i en situasjon der det emosjonelle lidelsestrykket var høyaktivert. Generelt rapporterer ungdommene om redusert omfang av suicidalatferd tre måneder etter behandlingsslutt sammenliknet med behandlingsstart, med unntak av en som opplyser om selvmordsforsøk under behandlingsperioden.

Selvskading

Ungdommene beskriver sine selvskademetoder, som var bruk av passer, barberblad, brødkniv, skalpell, glasskår og kniv. De opplyser ved T1 at de ikke hadde prøvd å få hjelp i forkant av skadesituasjonene. Som regel snakket de heller ikke med noen etter selvskadingen, et par hadde snakket med venner eller med mor. Flere ungdommer fortalte også at de forsøkte å skade seg så lite synlig som mulig. En ungdom sier det slik: «Det er mest skalpell egentlig, for da blir det så fine kutt, og så lukker sårene seg så bra igjen. Jeg vil ikke at det skal bli store arr. Hvis jeg hadde gjort det med saks eller kniv, så hadde det vært svære stygge arr nedover hele armen. Hvis jeg hadde hatt store arr over hele armen, så er det mye lettere å bringe opp igjen minner. Ja, jeg prøver å tenke veldig logisk hele tiden, for å prøve å gjøre ting rasjonelt.» Ved T2, tre måneder etter avsluttet behandling, opplyste de fleste i gruppen at de ikke hadde skadet seg siden gruppestart,

men en forteller: «Jeg tenker at av og til må jeg få lov til å gjøre det for å roe meg ned. Kutter meg når jeg er alene, men mye sjeldnere enn før.»

Ungdommenes erfaring medferdighetstreningsgruppe

Ved T2 rapporterer ungdommene å ha fått mer kontroll over egne impulser og lært nye strategier å ta i bruk når det blir vanskelig. Eksempler på tilbakemeldinger på ungdommenes generelle erfaring med ferdighetstreningsgruppen er: «Jeg takler situasjoner bedre» og «Jeg lærte mye, ting vi skulle gjøre når det var som verst, lærte meg selv å si ting». De har erfart at de kan trene seg til å takle vanskelige situasjoner, og sier at de ikke hadde kommet på dette selv. Men ikke alt beskrives i like positive termer. Enkelte savnet mer tid og vekt på egne vansker og temaer i gruppen, og for noen har det også til tider vært kjedelig: «Det ble for teoretisk», «Hadde jeg hatt hodeputen min, hadde jeg sovnet». Å levendegjøre temaer synes viktig for flere, og rollespill viste seg å være positivt. I rollespillene kunne ungdommene spille egne gode erfaringer for de andre, og med det vise hva de hadde gjort. «Vi står sammen, og lærer hverandre små triks som hjelper», «Da er det lettere å kjenne seg igjen». De fleste av ungdommene rapporterer at livet har endret seg til det bedre. En ungdom sier at gruppetilbudet hadde gitt mer mening med livet, mens en annen sier: «Jeg har fått det bedre med meg selv, og krangler ikke hver dag lenger.» Andre igjen erfarte å få bedre relasjoner til venner. Flere fortalte at møtet med de andre ungdommene har hjulpet dem å rette blikket ut fra seg selv, og faktisk erfare at andre kan ha det like smertefullt som dem selv. Opplevelsen av å være alene om å ha problemer synes å ha blitt mer nyansert.

Råd og anbefalinger fra ungdommene

Gjennomgående anbefaler ungdommene tilbudet til andre i samme situasjon. De er entydig positive til å møte og være sammen med andre ungdommer som også har det vanskelig. Flere opplevde gode læringssituasjoner i gruppetimene, formidler at andre ungdommer med problemer burde gi et slikt tilbud en sjanse, og at de selv hadde gått glipp av en del om de ikke hadde gått i gruppen.

Opplevd problembelastning og symptomnivå

Under intervjuet ble de fem ungdommene bedt om å oppgi grad av problembelastning på en Likert-skala fra 1 til 10. Ungdommene graderte problemene sine til å være høyere ved behandlingsstart enn ved T2, tre måneder etter avsluttet behandling. Gjennomsnittsskåre ved T1 var 8, ved T2 var den 4. Tilsvarende ble ungdommene bedt om å oppgi i hvilken grad problemene påvirket den daglige fungeringen. Gjennomsnittsskåre ved T1 var 6,5, ved T2 var den 3,5.

Symptomnivå ble målt ved SCL-90-R ved T1 og T2 for å ha et mål på grad av eventuell symptomendring etter behandlingstilbudet for den enkelte ungdom. En ungdom viser reduksjon i symptombildet på SCL-90-R (målt på GSI, Global Severity Index, og tilsvarer gjennomsnittet av de 90 enkeltskalaene i instrumentet). De fire andre ungdommene hadde noe økte symptomer, men denne økningen i symptomer er så liten

at vi ikke kan utelukke at skåringsforskjellen er test–retest-varians, og vi konkluderer derfor med tilnærmet lik symptomstatus på T1 som ved T2 for fire av fem ungdommer.

Diskusjon

Ungdommene formidler positiv erfaring med gruppebehandling med dialektisk atferdsterapi. Det indikerer at denne behandlingstilnærmingen for ungdom også er anvendbar i norsk kontekst.

Semistrukturert intervju med ungdommene var et naturlig metodevalg for å belyse den enkelte deltakerens opplevelse og erfaring med ferdighetstreningsgruppe. På bakgrunn av slik rapportering er det imidlertid usikkerhet med hensyn til i hvilken grad endring i faktisk atferd har funnet sted. Utvalgsstørrelsen i undersøkelsen begrenser generaliserbarhet. Imidlertid gir resultatene indikasjoner som bør følges opp i større forskningsprosjekter. Undersøkelsen avsluttes etter siste intervju tre måneder etter avsluttet gruppe, og vi kan derfor ikke si om ungdommenes rapporterte endringer vil vare over tid og uansett situasjon. Til det trengs studier av lengre varighet.

Modifikasjoner – betydning for resultatet?

I sin helhet består dialektisk atferdsterapi av fire ulike parallelle behandlingskanaler (individualterapi, ferdighetstreningsgruppe, telefonkonsultasjon og terapeutkonsultasjon). Behandlingsopplegget ved Ungdomspsykiatrisk senter hadde flere sentrale modifikasjoner. I Miller et al. (1997) sin ungdomstilpasning deltar et familiemedlem sammen med ungdommen i ferdighetstreningsgruppen. Målet er å etablere en gjensidig bedret forståelse og forsterking av mer konstruktive måter å kommunisere og samhandle med hverandre på. Noen av ungdommene i vår studie levde i omsorgssituasjoner preget av konflikter og omsorgssvikt. Andre bodde i fosterhjem eller på institusjon. Siden omsorgsgiverne ikke deltok i ferdighetstreningsgruppen, fikk en ikke mulighet til å arbeide direkte med forholdet mellom ungdom og foreldre. Det er mulig resultatet ville blitt påvirket positivt dersom foreldre eller annen omsorgsgiver hadde deltatt mer aktivt i behandlingsopplegget.

I individualsamtaler med dialektisk atferdsterapi er det sentrale å gi pasienten mulighet til å ta opp akutte problemer i detalj, i tillegg til å følge opp temaer fra ferdighetstreningen (Kåver & Nilsonne, 2002). Ungdommene i studien fikk ikke slik individualterapi. Enkelte hadde annet individualterapeutisk tilbud, og kunne der ta opp aktuelle kriser og bearbeide problemer. Dette ga likevel ikke den muligheten til å følge opp temaer fra ferdighetstreningen i forhold til egen situasjon og fungering som vektlegges i dialektisk atferdsterapi.

Linehan (1991) fremhever betydningen av den terapeutiske alliansen mellom terapeut og pasient som utvikles i individualterapi og er viktig for at pasienter med borderlinetrekk skal følge opp behandlingen. Sentralt i behandling er muligheten til alltid å kunne ta kontakt per telefon i visse gitte situasjoner. I denne studien var det lagt noen begrensninger, jf. kliniske prosedyrer ovenfor. I tillegg var det gjort en tilpasning

med noe større bruk av rollespill enn i Linehans (1993b) modell, noe som viste seg å fungere godt for de norske ungdommene.

Dialektisk atferdsterapi er forholdsvis ressurskrevende, med flere parallelle behandlingskanaler. I en innkjøringsfase kan det være nødvendig å starte opp med deler av tilbudet for å komme i gang. Slik kan en få viktig erfaring med bruk av behandlingsmetoden, samtidig som terapeutene utvikler sine ferdigheter. Et åpent spørsmål er likevel i hvilken grad slike deltilbud har god nok effekt for målgruppen.

Problematferd og symptomnivå

De unge opplyser om reduksjon i selvskadende og suicidal atferd, reduksjon i opplevd problembelastning og bedret fungering i dagliglivet. En ungdom rapporterer om reduserte symptomskårer, men fire viser ingen symptomreduksjon som vist på SCL-90-R. Tilsynelatende er det her en motsetning. Vi kan imidlertid forstå dette som uttrykk for at de unge har fått økt bevissthet om egne følelser og i større grad er i stand til å forholde seg til disse. Målet i det første stadiet av behandlingen er nettopp å få kontroll på selvskading og selvmordsatferd (Katz et al., 2002; Linehan, 1993a). Dernest er det et mål å hjelpe ungdommene til i større grad å få tilgang på egne følelser og regulere disse. Dette kan medføre økning i erkjente psykiske symptomer. Vi kan således tenke oss en faktisk bedring med hensyn til psykiske eller emosjonelle vansker uten en tilsvarende nedgang i rapporterte symptomer på SCL-90-R.

I en randomisert studie av gruppeterapi for ungdom med selvskadende atferd viste resultatene redusert selvskading etter gruppeterapien, men ikke redusert depressiv symptomatologi

(Wood, Trainor, Rothwell, Moore & Harrington, 2001). Her ble blant annet metodikk fra dialektisk atferdsterapi brukt i behandlingen. Andre har funnet reduksjon i generelle symptomer på psykiske vansker og depressive symptomer ved bruk av dialektisk atferdsterapi (Katz et al., 2004). Linehan et al. (1991) fant at metoden ga reduksjon i suicidal atferd sammenliknet med vanlig behandling («treatment as usual»). Det var ikke forskjell mellom gruppene når det gjaldt reduksjon av depresjon og håpløshet. Funnet indikerer, som forfatterne påpeker, at reduksjon i suicidal atferd ikke medieres av endring i depresjon og håpløshet. Våre ungdommer opplyser om redusert suicidal og selvskadende atferd, men ikke reduksjon i symptombelastning hos fire av fem. Dette kan være en konsekvens av at behandlingen i første rekke var rettet mot suicidalitet og selvskading, ikke mot generelt symptomnivå. En alternativ forklaring er som nevnt økt tilgang til egne følelser.

Behandlingstilbudet omfattet kun ferdighetstreningsgruppe og mulighet til begrenset telefonkontakt. Fravær av individuell dialektisk atferdsterapi kan også ha betydning for manglende reduksjon i generelle symptomer. Flere legger vekt på betydningen av denne kombinasjonen for god terapeutisk effekt. Studier har vist at gruppebehandling med dialektisk atferdsterapi kombinert med tilsvarende individualterapi virker bedre enn slik gruppebehandling kombinert med annen form for individualterapi (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). I en studie fant Linehan (1993a) at elleve pasienter som

deltok i ferdighetstreningsgruppe og i tillegg fikk ordinær individualterapi (ikke dialektisk atferdsterapi) ikke hadde bedre resultater enn åtte pasienter som kun mottok ordinær individualterapi. Rathus og Miller (2002) undersøkte bruk av ungdomstilpasningen av metoden, og fant reduksjon i generelle symptomer i tillegg til reduksjon i selvmordsatferd, selvmordstanker og borderline-symptomer. Dette ble også funnet i en tysk pilotstudie for ungdom (Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz, 2006). I begge disse studiene omfattet behandlingstilbudet både individualterapi, ferdighetstreningsgruppe og telefonkonsultasjon til ungdommene. De vanligste funnene på tvers av studier viser at dialektisk atferdsterapi reduserer alvorlig dysfunksjonell atferd, øker behandlingsføyelighet og reduserer hospitalisering (Swenson & Torrey & Koerner, 2002). Når vi i vår studie ikke fant reduksjon av generelt symptomnivå hos fire av ungdommene, kan dette ha sammenheng med det reduserte tilbudet, som blant annet ikke omfattet individualterapi basert på dialektisk atferdsterapi og familiedeltaking.

Heterogen gruppe – felles målsetting

Gruppen var heterogen. Det var stor variasjon med hensyn til psykiske vansker. Også omsorgssituasjonen varierte. Dette synes ikke å ha skapt vansker når det gjelder gruppefungering og mulighet hos den enkelte til å gjenkjenne problemer, få bekreftelse og lære løsninger i kontakten med de andre gruppemedlemmene. Vår erfaring tilsier derfor at gruppen godt kan være heterogen med hensyn til psykiske vansker forutsatt felles fokus med hensyn til å få økt mestring av selvskading og suicidalitet. En fordel med dialektisk atferdsterapi for ungdom er at behandlingen retter seg mot suicidal ungdom med komorbid psykopatologi, en gruppe som det er vanskelig å hjelpe, og som ofte utelates fra behandlingsstudier (Miller & Glinski, 2000).

Solveig Magnussen

Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon

Sykehuset Telemark HF

Ulefossveien 52

3710 Skien Tlf 35 00 35 24

E-post solveig.magnussen@blefjellsykehus.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 12, 2007, side 1475-1484

TEKST

Anne T. Brager-Larsen
Solveig Magnussen
Ingebjørg Hestetun

+ Vis referanser

Referanser

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.). Washington, DC: Author.

Berulfsen, B. & Gundersen, D. (1986). Fremmedordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Blos, P. (1979). The adolescent passage: Development issues. New York: International Universities Press.

Derogatis, L. R. (1994). SCL-90R: Symptom Check List-90-R: Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer systems.

Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M. & Linehan, M. M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 457-468.

Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E. (2006). Dialektische-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Sucidalität, Parasuicidalität und selbstverletzenden Verhaltens-weisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. Zeitschrift für kinder- und Jugend-psychiatrie und Psychotherapie, 34, 15-27.

Fruzzetti, A. E. & Levensky, E. R. (2000). Dialectical therapy for domestic violence. Rationale and procedures. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 435- 447.

Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 386-405.

Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. I K. Hawton (Ed.), Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice (ss. 197-220). New York: Oxford University Press.

Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykierek, P., Richter, H., Berner, M. et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – A pilot study using structured skills training program. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252, 117-184.

Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S. & Miller, A. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 276-282

Katz, L. Y., Gunasekara, S. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient parasuicidal adolocents. I L. T. Flaherty (Ed.), Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies. Annals of the American Society of Adolescent Psychiatry (ss. 161-178). New York: Analytic Press.

Koerner, K. & Linehan, M. M. (1997). Case formulation in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. I T. D. Eells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation. (ss. 340-367). New York: Guilford Press.

Koons, C., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavioral Therapy, 32, 371-390.

Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2002). Dialektisk beteende terapi vid emosjonellt instabil personlighetsstörning. Teori, Strategi ock teknik. Stockholm: Natur & Kultur. Norsk utgave: Oslo: Gyldendal Akademisk.

Linehan, M. M. (1993a). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1999). Development, evaluation, and dissemination of effective psychososial treatments: Levels of disorders, stages of care, and stages of treatment research. I M. G. Glantz, & C. R. Hartel (Eds.), Drug abuse: origins and interventions (ss. 367-394). Washington, DC: American Psychological Association.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive - behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 48, 1060-1064.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Archives of General Psychiatry, 63, 757-766.

Linehan, M. M., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 50, 971-974.

Linehan, M. M., Scmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, C., Kanter, J. & Comtois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. The American Journal of Addictions, 8, 279-292.

Lynch, T. R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 468-477.

Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T. & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. American Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 33-45.

McCann, R. A., Ball, E. M. & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 447-456.

Miller, A. L. (1999). Dialectical behavior therapy: A new treatment approach for suicidal adolescents. American Journal of Psychotherapy, 53, 413-417.

Miller, A. & Glinski, J. (2000). Youth suicid: Assessment and intervention. Journal of Clinical Psychology, 56, 1131-1152.

Miller, A. L., Glinski, J., Woodberry, K., Mitchell, A. & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescent: Part 1, Proposing a clinical synthesis. American Journal of Psychotherapy, 56, 1-17.

Miller. A. L. & Hartstein, J. (2002). Fremskritt i dialektisk atferdsterapi for suicidal ungdom. Suicidologi, 7, 7-17.

Miller, A. L. & Rathus, J. H. (2000). Special series. Dialectical behavior therapy: Adaptions and new applications. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 420-425.

Miller, A. L, Rathus, J., Linehan, M. M., Wetzler, S. & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Journal of Practical Psychology and Behavior Health, 3, 78-86.

Paris, J. (2005). Recent advances in treatment of borderline personality disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 8, 435-472.

Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. Cognitive & Behavioral Practice, 7, 425-434.

Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior, 32, 146-156.

Robins, C. J. & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. Journal of Personality Disorders, 18, 1,73-89.

Rossow, I. & Wickstrøm, L. (1997). Når nøden er størst - er hjelpen nærmest? Hjelp og behandling etter selvmordsforsøk hos ungdom. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 117, 1740-1743.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. & First, M. B. (1990). Structured clinical interview for DSM-III personality disorders: SCID-II (Version 1.0). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Swenson, C. R., Torrey, W. C. & Koerner, K. K. (2002). Implementing dialectical behavior therapy. Psychiatric Services, 53, 171-178.

Telch, C. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical beahvior therapy for binge eating disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 1061-1065.

Trautman, P. D., Stewart, N. & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 32, 89-94.

Vassend, O., Lian, L. & Andersen, H. T. (1992). Norske versjoner av NEO-Personality Inventory, Symptom Checklist 90 Revised og Giessen Subjective Complaints List. Del I. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 29, 1150-1160.

Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A. & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 40, 1246-1253.

World Health Organization (2000). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 123, 2241-2245.