



Klinikk møter forskning

Ved Anne Brager-Larsen og Siri Toven

Selvskadende atferd blant ungdom er et økende problem i Norge, og det er fremdeles begrenset kunnskap om hva som er effektiv behandling. Det skal derfor gjennomføres en randomisert kontrollert studie der hensikten er å sammenligne effekt av dialektisk atferdsterapi (DBT) med effekt av ordinær behandling som gis til emosjonelt ustabil ungdom med gjentatt villet egenskade. Seksjon for Selvmordsforskning og -forebygging (SSFF) ved Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo, samarbeider med blant andre Ullevål universitetssykehus i gjennomføringen av studien. I denne artikkelen presenterer vi DBT og behandlingsstudien. I tillegg oppsummerer vi erfaringene så langt med å etablere et nytt behandlingstilbud for selvskadende ungdom. En studie ute i klinikken byr på utfordringer utover de strengt forskningsmessige.

Innledning

Forskning viser at forekomsten av selvskading er økende, særlig blant ungdom (Retterstøl et al., 2002). I en undersøkelse av ungdommer i norsk videregående skole (Ystgaard et al., 2003) opplyste 10,7 % at de hadde skadet seg selv med vilje en eller flere ganger i løpet av livet. 6,6 % opplyste å ha skadet seg i løpet av siste året, og av disse hadde kun 14,7 % vært i kontakt med sykehus etterpå. Over halvparten (56 %) av de som hadde skadet seg siste året, rapporterte at de hadde ønsket å dø under selvskadningen. I en annen norsk undersøkelse av skoleungdom rapporterte 50 % at de ikke hadde fått hjelp etter selvmordsforsøk (Rossow & Wichstrøm, 1997). I ungdomsalderen er prevalensraten for suicidforsøk høy med en topp rundt 16–18-årsalder (Lewinsohn et al., 1996). Opptil 50 % av ungdom gjentar forsøket (Shaffer & Piacentini, 1994), og gjentakelsesrisiko er størst innen 3 måneder etter første forsøk (Goldacre & Hawton, 1985; Lewinsohn et al., 1996). Tidligere suicidforsøk er en av de viktigste risikofaktorene for gjennomført selvmord (Gould et al., 2003; Mehlum et al., 2007).

Denne statistikken aktualiserer spørsmålet om hvilken behandling som tilbys ungdom med selvskadings- og suicidalproblematikk, om den behandlingen vi gir er effektiv, og om det finnes behandlingsformer som er mer effektive enn andre. Dette er det i dag begrenset kunnskap om (Hawton, 2005; Mehlum et al., 2006), og det er i denne sammenheng SSFF har påbegynt en behandlingsstudie der formålet er å sammenligne effekten av DBT med effekten av ordinær behandling.

Hvorfor sammenligne DBT og ordinær behandling?

Det er ikke kjent at det er publisert noen studier på norsk som beskriver hvilken behandling som gis til barn og unge som skader seg selv med vilje. Det finnes heller ingen systematisk oversikt over hva som er "ordinær behandling" for denne pasientgruppen i psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP). Ordinær behandling forstås som den behandling som per i dag tilbys ved BUP. DBT er den behandlingstilnærmingen som i kontrollerte studier har vist best resultater for voksne med liknende problematikk (Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991; Paris, 2005; Robins & Chapman, 2004; Mehlum et al., 2006). Resultater fra studier med ungdom og DBT har så langt vist lovende resultater (Rathus & Miller, 2000; Katz et al., 2004).

Hva er DBT?

Dialektisk atferdsterapi er en variant av kognitiv atferdsterapi med spesifikke tillegg og justeringer. DBT var opprinnelig utviklet av Marsha M. Linehan for behandling av voksne kvinner med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (Linehan et al., 1991). Impulsivitet, sterke og ustabile følelser, og høy forekomst av selvskading og suicidal atferd preger denne pasientgruppen. Selvskadende atferd synes å ha flere funksjoner, blant annet

affektregulering og utløsning av hjelp og oppmerksomhet fra et ellers hyppig invaliderende miljø. *Validering* er et nøkkelbegrep i DBT og betyr omgivelsenes bekreftelse av en persons opplevelser som riktige, forståelige og gyldige. Det motsatte er *invalidering* som kan oversettes med ugyldiggjøring (Linehan, 1993a; Käver & Nilsson, 2002). Når et emosjonelt sårbart barn lever i et miljø der barnets egne opplevelser blir avvist eller feiltolket, øker risikoen for utvikling av psykiske vansker og forvirring rundt egne følelser. Et invaliderende miljø lærer ikke barnet å identifisere og sette ord på egne følelser. Fra dette perspektivet sees selvskading som et forståelig, men ugunstig forsøk på å håndtere overveldende negative følelser (Linehan et al., 1991; Linehan 1993a; Miller, 1999). Ett av målene i DBT er å erstatte den uhensiktsmessige atferden med mer hensiktsmessige ferdigheter, som det legges stor vekt på å innarbeide.

Som navnet tilsier er et dialektisk perspektiv gjennomgående i DBT – i tenkning og i praksis, i psykologisk forståelse og i teknikk. Begrepet betegner idéen om at tilværelsen er paradoksal, at endring bestandig fordrer flere, ofte motsetningsfylte innsikter og perspektiv, og at erkjennelse innebærer at motsetninger aksepteres for å oppheves på et høyere nivå (Linehan 1993a). Gjennom en dialektisk forståelse vil en hjelpe pasienter til å romme motstridende impulser og følelser. Det terapeutiske målet er å leve mer balansert – mer både-og – i forhold til sentrale dilemma. Eksempler på dialektiske dilemma er behovet for akseptering versus behovet for endring, og behovet for selvhjelpenhet versus behovet for å bli hjulpet av andre.



Professor Marsha M. Linehan har utviklet DBT.

Tabell 1. Dialektisk atferdsterapi

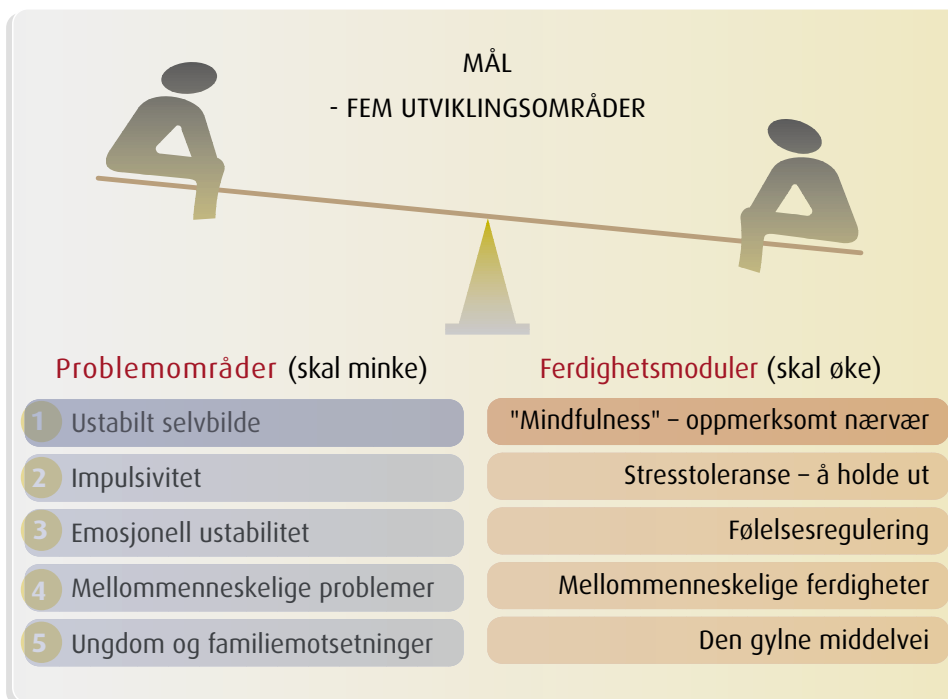
DBT for ungdom

Miller og medarbeidere (1997) tilpasset DBT til bruk overfor suicidal og selvskadende ungdom med borderline personlighetstrekk. Tilpasningen innebærer at behandlingen er kortet ned fra 1 år til 16 ukers intensiv behandling, færre ferdigheter øves inn, foresatte deltar i behandlingen, og fagterminologien er tilpasset ungdomsgruppen. Endringene begrunnes med at ungdom lettere motiveres av en noe kortere behandling, og de har i mindre grad enn voksne utviklet kroniske symptomer (Miller et al., 1997). Når foresatte er med i prosessen, øker mulighetene til å skape endring i hverdagslivet, samt at foreldrene vil ha lettere for å se og forsterke positive endringer og selv modellere hensiktsmessig atferd (Miller et al., 1997).

DBT-behandling: ferdighetstrening, individualterapi, familierapi, telefonkonsultasjon og teamkonsultasjon

Ferdighetstrening – de fem modulene:

Ferdighetstreningen er manualbasert, og gis i gruppe ledet av to DBT-terapeuter. Ungdommene møter sammen med en eller begge foresatte to timer ukentlig i de 16 ukene behandlingen varer (Miller et al., 1997). Det er strenge regler for forsentkomming, fravær og atferd i gruppen. Selvskadingsmetoder skal ikke diskuteres i eller utenfor gruppen. Reglene repeteres hver fjerde uke, når nye ungdommer med foreldre kan slutte seg til gruppen hvis det er ledig plass (Miller et al., 2007). Ferdighetstreningen er delt i fem moduler – hver rettet mot ett problemområde med fokus på spesifikke ferdigheter som skal kunne øke mestring, redusere symptomer og erstatte dysfunksjonell atferd (se tabell 1). Ferdighetene presenteres i timene, og øves inn i form av lekser mellom hver gang (Miller et al., 1997; Rathus & Miller, 2000). Gruppebehandlingen i ungdomsversjonen har samme struktur som standard DBT, bortsett fra at Rathus & Miller (2000) har utviklet en ekstra modul, som kalles "Den gygne middelvei" ("Walking the Middle Path"), på grunn av særegne dilemma i ungdomsalderen.



Kilde: Miller et al., 2007, s. 134.

"**Mindfulness**" er kjernemodulen i DBT, inspirert av Zen-filosofi (Linehan, 1993a). Mindfulness kan oversettes med *oppmerksomt nærvær* (Kåver & Nilsson, 2002). Målet er å hjelpe ungdommene til å utvikle en evne til å være til stede i det som skjer her og nå på en bevisst, oppmerksom måte (Linehan, 1993a). Ungdommene vet ikke alltid hva de føler, hva som opprører dem eller hvilke alternative tolkningsmuligheter situasjonen innebærer. Ofte er de i stedet styrt av gamle, ubekreftede antagelser. Utvikling av oppmerksomt nærvær øker evnen til selvobservasjon, mer nyansert og presis observasjon av omgivelsene og følgelig muligheter til å ta mer balanserte og kloke avgjørelser. Dette kan gi økt kontroll i eget liv og styrket selvfølelse (Linehan, 1993b; Miller et al., 1997).

"**Å holde ut**" – dreier seg om ferdigheter ungdommene kan ta i bruk i kriser slik at de ikke forverrer situasjonen ytterligere. Mye av problematferden emosjonelt ustabil ungdom viser, oppstår i krisesituasjoner som kjennes helt uhandterlige. Akseptering er et eksempel på en viktig ferdighet – erkjennelsen av at livet også inneholder smerte gjør en bedre i stand til å mestre livsbelastninger (Linehan, 1993b; Miller et al., 1997).

I modulen "**følelsesregulering**" er målet å få bedre kontroll over egne følelser ved å forstå dem bedre, redusere følelsesmessig sårbarhet og ved å kunne snu en følelsesmessig tilstand. Ferdighetene hjelper ungdommene til å leve med følelsene sine uten å bli overveldet og dysregulert (Linehan, 1993b; Miller et al., 1997).

"**Mellommenneskelige ferdigheter**" er strategier for å gjøre klokere valg i mellommenneskelig samhandling. Intense følelser skapes i og preger ofte relasjoner til andre. Her lærer ungdommene blant annet å bli bedre til å si nei, be om noe de trenger, mestre konflikter, og å bevare relasjoner uten tap av selvrespekt (Linehan, 1993b; Miller et al., 1997).

I "**den gygne middelvei**" jobber ungdommer og foreldre med å finne en bedre balanse mellom de ytterpunktene de ofte pendler mellom. Eksempler er enten-eller-kommunikasjon, for strenge regler versus for løse regler, patologisering av normal atferd versus normalisering av patologisk atferd (Rathus & Miller 2000; Miller et al., 2007). Målet er å øke evnen til mer balansert kommunikasjon i familien, samt å hjelpe ungdommene å bevare familierelasjoner og tilhørighet i en periode som også er preget av separasjon.



Individualterapi

I tillegg til ukentlig ferdighetstreningssgruppe får pasientene individualterapi en time per uke. Individualterapeuten skal blant annet hjelpe pasienten til aktivt å bruke ferdigheter introdusert i gruppetimene (Linehan, 1993a, 1993b). Det føres dagbokskort for hver uke med spesielt fokus på suicidal og selvdestruktiv atferd, ulike følelseskkvaliteter, atferd som forstyrrer livskvalitet og terapi, og bruken av nye ferdigheter (Linehan, 1993a, 1993b; Miller et al., 2007). Med basis i en kasusformulering som beskriver forståelsen av pasientens særlige utfordringer og mål for tilværelsen, gjennomgås de utfordrende situasjoner pasienten rapporterer i dagboken: Hva skjedde, hva var vanskelig, hva gjorde du og hvorfor, hva kunne du ha gjort annerledes? Behandleren har fokus både på å hjelpe pasienten til å gjøre endringer i forhold til avdekkede problemer og på å bekrefte og validere pasienten. Uten en sterk og positiv terapeutisk relasjon er det lite sannsynlig at suicidale pasienter med ustabile personlighetstrekk vil forbli i terapi (Linehan, 1993a).

Familieterapi

Familieterapi iverksettes ved behov (Miller et al., 2007). Indikasjoner kan være sterk konflikt eller krise i familien, behov for psykoedukasjon, eller at familien forsterker dysfunksjonell atferd eller straffer adaptiv atferd. Miljøintervensjoner utover familien kan også være nødvendige (f.eks. i forhold til skolen), men brukes veloverveiet. Det vurderes alltid om det er mulig å gi ungdommen nødvendig kraft og kompetanse til å kommunisere sine ønsker og behov med omgivelsene selv. Hvis dette foreløpig er

for vanskelig, kan det være nødvendig å intervensere direkte med miljøet (Miller et al., 2007).

Telefonkonsultasjon

Pasientene har mulighet til å ta telefonkontakt med individualterapeuten mellom timene. Hensikten er å hjelpe pasienten til å ta i bruk det som utvikles i terapitimene ute i hverdagslivet og å øke behandlingens relevans (Linehan, 1993a).

Pasienten kan ringe terapeuten i følgende situasjoner:

- 1) for å drøfte hvilken ferdighet som kan anvendes i stedet for en selvdestruktiv handling,
- 2) for å rapportere om gode nyheter; slik gis også forsterkende oppmerksomhet fra terapeuten ved ønsket adferd og
- 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).

Terapeutkonsultasjon

DBT er en teambasert behandling. Ett medlem av teamet fungerer som individualterapeut og har hovedansvaret for pasienten, men ansvaret for pasienten hviler også på teamet som helhet. Behandlingsopplegget og pasientgruppen er krevende, og teammøtet er "terapi for terapeuten" etter de samme prinsippene som pasienten møter. Dette skal hindre utbrenthet og opprettholde balanse i samspillet med pasienten (Linehan, 1993a; Käver & Nilsonne, 2002).

Behandlingsstudien

Et hovedmål med behandlingsstudien er å undersøke om den varianten av DBT som er beskrevet ovenfor, har bedre effekt enn den behandlingen som vanligvis gis til denne pasientgruppen ved norske barne- og ungdomspoliklinikker for psykisk helse. Behandlingsstudien er delt i en pilotstudie og en hovedstudie. Pilot-

studien har hatt flere målsettinger. Et viktig mål har vært å få oversikt over hvor mange pasienter som henvises med problemstillingen gjentatt villet egen-skade, kartlegge hvilken behandling de vanligvis mottar ved BUP og sikre at rutiner for pasienthenvisning er på plass ved de behandlingseenhetene som deltar i studien. Videre har det vært nødvendig å utdanne tilstrekkelig mange DBT-terapeuter til å gjennomføre hovedstudien samt å få innledende erfaringer med DBT som behandlingsform for ungdom.

R-BUP Øst og Sør har administrert terapeututdanningen der psykologene Alec Miller og Sarah Reynolds v/Montefiore Medical Centre, Albert Einstein School of Medicine, New York/Behavioral Tech har vært lærere. Et mål har også vært å inngå samarbeidsavtaler med helseforetakene Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og Akerhus universitetssykehus om gjennomføring av hovedstudien. Studien inkluderer ungdom i alderen 12–18 år med gjentatt villet egen-skade, siste episodei løpet av de fire siste måneder, og man fordeler ungdommene til en av behandlingene DBT eller 'Behandling som vanlig'. Pasientene intervjues før, under og like etter behandling samt ett år etter behandling, for å vurdere forskjell i blant annet gjentatt villet egen-skade. Man vil inkludere 150 pasienter over en toårsperiode.

Erfaringer med å bygge opp et nytt behandlingstilbud

Starten

I DBT-studien inngår to behandlerteam; ett ved Aker sykehus og ett ved Ullevål. Ullevål DBT team består av 9 behandlere - psykologer og psykiatere - fordelt på 4 forskjellige enheter: Barne- og Ungdomspoliklinikk for psykisk helse - Oslo Nord (Nydalen BUP) og Barne- og Ungdomspoliklinikk for psykisk helse - Oslo Syd (Nordstrand BUP, Søndre Nordstrand BUP og Østensjø BUP). Arbeidet startet med én ukes intensivkurs i oktober 2006. Denne første uken var preget av sterkt økende begeistring og inspirasjon - ikke minst fordi instruktørene Miller og Reynolds så godt modellerte metoden når de underviste - at liv og lære henger sammen.



Organisatoriske utfordringer

Tid

Å utdanne seg til DBT-terapeut krever tilegnelse av mye teori og praktisk øvelse. I en travel klinisk hverdag er dette en stor utfordring. BUPs aktivitetsnivå følges nøye ved hjelp av forhåndsbestemte mål for antall behandlingssesjoner pr år. Alle behandlere må bidra for at dette skal realiseres, og dersom noen reduserer sin kvantitative effektivitet må andre øke sin. Følgelig er det langt fra lett – verken for den enkelte eller for poliklinikkene – å sette av tid til å lære en ny metode og å utvikle et nytt behandlingstilbud.

Rutiner

Behandlingsstudien griper inn i etablerte rutiner for henvisning av og inntaksarbeidet omkring nye pasienter. Av hensyn til forskningen må pasienter med symptomer på suicidalitet og selvskading fanges opp tidlig i inntaksprosessen og introduseres for prosjektet raskt, for at screening og randomisering skal kunne gjennomføres på en god måte. Hvordan få fire forskjellige enheter/poliklinikker, med ulikheter i ledelsesforhold, til å enes om rutiner for pasientrekruttering og inntaksvurdering?

Eierskap

Det er SSFF som "eier" behandlingsstudien, problemstillingene, og resultatene når den tid kommer. Det er imidlertid ikke nok at en forskningsinstitusjon eier sin egen forskning, så lenge den foregår i klinikken ved hjelp av terapeutene der. Det er klinikken som "eier" terapeutene, deres tid og rammer. I dette samarbeidet er det med andre ord to reelle eiere, med ansvar for hver sin del, og disse må samordne de totale ressursene de rår over. Det har vært nødvendig å jobbe med forankring av prosjektet i klinikken. Ledelsen i klinikkene er interesserte og imøtekommende både i forhold til DBT og i forhold til forskningen, men styringen har ligget utenfor helseforetaket. Ansvar for klinikkens ledere ble uklart. Dette gjorde det komplisert å legge til rette i stort og smått: finne felles møtetid, møtelokaler, lesetid, jobbtelefo-

ner, henvisningsrutiner, overtidsbetaling. I følge Alec Miller tar det 5 år å få et komplett DBT behandlingstilbud opp og stå (Miller et al., 2007), og det er avgjørende at det organisatoriske ligger til rette for at ikke behandlerne skal bli utbrent før første pasient er ferdigbehandlet. Vi har erfart at klinikkledernes aktive bidrag og engasjement er meget viktig, de har makt og kompetanse til å legge forholdene til rette for både god behandling og klinisk forskning.

Fagpersonlige utfordringer

Vilje til endring

Som metode er DBT sammensatt av enkeltelementer som langt fra er unike. Sammensettingen er imidlertid viktig, og noe uvant. Behandlingen er "prinsippstyrt", ikke manualstyrt – en arbeider med et sett begreper og parametere som regulerer fremgangsmåte, vurderinger og prioriteringer i terapirommet. Metoden fordrer et for mange uvant fokus på stilistiske elementer som tempo og hyppige vekslinger, og den fordrer et dialektisk metaperspektiv på psykisk helse og psykoterapi. DBT-terapeutene måtte tidlig ta stilling til om de ville forplikte seg til å drive DBT-behandling. Temaet forpliktelse til endringsarbeid både for terapeut og pasient er alltid aktuell, men i DBT-opplæringen er dette poenget gjort eksplisitt i uvanlig grad: Vil du jobbe med DBT, må du endre din måte å jobbe på. Denne problemstillingen blir ytterligere forsterket av at behandlingsstudien krever overholdelse ("adherence") av metoden, slik at man kan forvisse seg om at det faktisk er DBT-behandling som er gitt – ikke ordinær behandling med innslag av DBT.

Å gjøre ting på en annen måte enn man er vant til krever hardt arbeid, og er en slående parallell til endringene pasienten må si seg villig til å slite for: I en utfordrende situasjon, kanskje en krise (slik kan det beskrives å sitte med en suicidal pasient) krever det betydelig mot å gjøre noe nytt, noe annerledes. Det er fort gjort å ikke stole på metoden, men søke trygghet i det man "kan fra før". Dette fører ikke nødvendigvis frem – men det kjennes tryggere. Mange har

sin terapeutiske metode i ryggmargen, og kursendringen krever mot og krefter – akkurat som hos pasientene.

Teambygging

Som nevnt er behandlingen teambasert, der én behandler er pasientens individualterapeut, men hele teamet har behandlingsansvar. Teamarbeidet er også prinsippstyrt, og prinsippene er krevende. De fordrer meningers mot: Mot til ikke å søke "hygge", enighet og høflighet på bekostning av ærlighet, men også grunnleggende toleranse for at det alltid vil finnes flere sannheter, og genuin vilje til å innrømme feilbarlighet. Liv og lære skal henge sammen: Disse holdningene skal pasientene møte og trenes i, og disse skal vi møte hverandre med. Det kreves mye "omsosialisering" å få dette omsatt i praksis – uten at det går på bekostning av trygghet i teamet. Jobbing med emosjonelt ustabil, selvmordstruet og selvskadende ungdom er krevende, derfor er teamet så viktig. Teamet skal behandle behandlerens frustrasjoner, hindre utbrenthet, hjelpe med å holde fokus når tvil råder. Behandlingen fungerer når teamarbeidet fungerer, heter det i DBT (Linehan, 1993a). Å jobbe med teamutvikling har dermed vært en svært viktig del av prosessen – kanskje noe av det mest berikende, men også temmelig smertefullt.

Inklusjon av pasienter

En av de viktigste utfordringene for behandlerteamet og forskergruppen fremover er å få nok pasienter med villet egenskadeproblematikk til at studien kan gjennomføres innenfor oppsatte tidsrammer. På tross av at de tidligere nevnte epidemiologiske studiene tyder på at det dreier seg om mange ungdommer, er erfaringen at de er vanskelige å finne. Er det henviser som ikke spør, eller er det vi i BUP som vegrer oss for å spørre? Blir de ikke henvist til BUP, og i så fall hvorfor ikke? Uansett, hvor er disse ungdommene? Dette er mange spørsmål som i seg selv kunne studeres, og som forfatterne av denne artikkelen ikke kjenner svarene på.

Avslutning

Forskning har vist at ungdom med gjentatt villet egenskade har forhøyet risiko for selvmord og selvmordsforsøk, og at selvskadning er et økende problem i Norge. Ut fra kunnskap om hvilken type behandling som har vist seg å være effektiv for voksne med samme problematikk, gjennomfører Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging en randomisert kontrollert studie for å undersøke om DBT er mer effektiv i behandling av ungdom med gjentatt villet egenskade, enn den ordinære behandlingen som gis i psykisk helsevern for barn og unge. Siden DBT for ungdom ennå ikke er tilgjengelig som behandlingstilbud i Norge, har forskningsprosjektet krevd egen opplæring av DBT-terapeuter til studien. For den enkelte DBT-terapeut er tilegnelse av denne behandlingsformen krevende og givende, og fordrer vilje til betydelig fagpersonlig utvikling. Siden behandlingen ikke kan gjennomføres av terapeuter enkeltvis, må egne og spesialiserte DBT-team bygges opp. Innføringen av denne behandlingsformen har følgelig medført systemiske utfordringer, slik at organisatoriske forhold fremstår som en avgjørende suksessfaktor for hvorvidt viktig forskning skal kunne gjennomføres i den kliniske hverdagen.

DBT oppleves så langt som en fantastisk metode – uvanlig inspirerende for terapeutene – og etter hva vi har erfart meningsfull for pasientene. Er ikke denne overbeviste begeistring god nok grunn i seg selv til å tilby behandlingsformen i norske BUPer? Kravet om evidensbasert praksis skaper kontrovers, men er stadig økende (Berge, 2007). Å søke evidens for at ens foretrukne praksis også er god praksis er respektfullt overfor pasienten, det er innrømmelse av feilbarlighet, og det er anerkjennelse av at vi som behandlere ikke har en fullkommen vurderings-evne. Dette stemmer overens med en dialektisk grunnholdning om at "sannheten" er motsetningsfylt, og at noe alltid er utelatt fra det vi til enhver tid mener å vite.



Anne Brager-Larsen er psykologspesialist og jobber på Nydalen BUP, Ullevål universitetssykehus. Hun er teamleder for Ullevål DBT-team, som arbeider med DBT for ungdom med suicidal- og selvskadeproblematikk



Siri Toven er psykolog ved Søndre Nordstrand BUP, Ullevål universitetssykehus og arbeider i Ullevål DBT-team.

Referanser

- Berge, T. (2007). **Viktig dokument om evidensbasert psykologisk praksis**. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44, 1094.
- Goldacre, M. & Hawton, K. (1985). **Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses**. British journal of Psychiatry, 146, 395-8.
- 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 and 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.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A.L. (2004). **Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients**. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 276-82
- 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, 371-90.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). **Dialektisk betende terapi vid emosjonell instabil personlig-hetsstörning. Teori, Strategi ock teknik**. Stockholm: Natur & Kultur. Norsk utgave: Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). **Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications**. Clinical Psychology Science and Practice, 3, 25-46.
- 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., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). **Cognitive - behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients**. Archives of General Psychiatry, 48, 1060-4.

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F.A., & Myhre, K. (2006). **Forebygging av selvmord. Del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Systematisk kunnskapssoppsumming**. Rapport fra Kunnskapssenteret, nr. 24-2006. El. publikasjon: http://kunnkapsenteret.no/filer/rapport24_06_selvmord_del_1_rev.pdf.

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F.A., & Myhre, K. (2007). **Forebygging av selvmord. Del 2: Andre metoder. Systematisk kunnskapssoppsumming**. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 4-2007. El. publikasjon: <http://kunnkapsenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=757>

Miller, A. L. (1999). **Dialectical behavior therapy: A new treatment approach for suicidal adolescents**. American Journal of Psychotherapy, 53, 413-17.

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.

Miller, A.L., Rathus, J., & Linehan, M. M., (2007). **Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents**. New York: Guilford.

Paris, J. (2005). **Recent advances in treatment of borderline personality disorder**. Canadian Journal of Psychiatry, 8, 435-72.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2000). **DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets**. Cognitive and behavioural practice, 7, 425-34

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). **Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem**. Oslo: Gyldendal akademisk.

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?** Tidsskrift for Den norske lægeforsening, 117, 1740-3.

Shaffer, D., & Piacentini, J. (1994). **Suicide and attempted suicide**. I M. Rutter & E. Taylor (eds.). Child psychiatry: Modern approaches (3rd ed., pp. 407-24). Oxford: Blackwell Scientific.

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003). **Villet egenskade blant ungdom**. Tidsskrift for Den norske lægeforsening, 123, 2241-5.