

Profesjonsstudiet i Psykologi, NTNU. PsyPro 4100.

Trondheim; Vår 2012

Gjentatte selvmordsforsøk hos ungdommer

Risikofaktorer, behandling og kliniske implikasjoner

Sammendrag

Det er estimert at 340 ungdommer i Norge gjør selvmordsforsøk hvert år. De fleste ungdommer som forsøker å ta livet sitt overlever, men tidligere forsøk er den viktigste risikofaktoren for gjentakelse. En gjennomgang av forskning på risikofaktorer for gjentakelse av selvmordsatferd hos ungdommer resulterte i fem faktorer det er viktig å ta hensyn til når vi møter denne gruppen i behandling. Affektregulering, problemløsning, depresjon, komorbiditet og sosiale relasjoner eller tilknytning til familie og jevnaldrende. Attachment-based family therapy (ABFT) og Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A) vurderes opp mot disse fem faktorene. Begge behandlingene anses som lovende for ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk. Ytterligere tilpasninger til ungdommer som gjentar selvmordsforsøk foreslås for ABFT og DBT-A. Kjønnforskjeller og opplevelsen av skam trekkes frem som potensielt viktige områder for videre forskning og utvikling av behandlingsintervensjoner.

Kapittel 1. Innledning.....	4
1.1. Selvmordsprosessen	5
1.2. Risikofaktorer	6
1.3. Behandlingsforskning.....	7
1.4. Problemstilling	8
Kapittel 2. Metode.....	9
Kapittel 3. Normalpsykologisk utvikling i ungdomsårene	9
Kapittel 4. Selvmordsatferd hos ungdommer	12
Kapittel 5. Risiko for gjentakelse	13
5.1. Kjønnforskjeller	13
5.2. Tidligere forsøk	14
5.3. Rusmisbruk.....	16
5.4. Atferdsforstyrrelse og Aggresjon	17
5.5. Angst	17
5.6. Depresjon og håpløshet	18
5.7. Selvtillit	19
5.8. Affektregulering	20
5.9. Interpersonlige relasjoner	20
5.10. Problemløsning og mestring.....	22
5.11. Impulsivitet.....	23
5.12. Personlighetsforstyrrelse	24
5.13. Komorbiditet	25
5.14. Oppsummering; Hva er behovene til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?	26
Kapittel 6. Behandling.....	28
6.1. Status på behandlingsforskning.....	28
6.2. Innleggelse eller poliklinisk behandling?	29
6.3. Tilknytnings-basert familie terapi (ABFT)	29
6.3.1. Teoretisk grunnlag for ABFT.....	30
6.3.2. Behandlingsstudier på ABFT.	31
6.4. Dialektisk atferdsterapi for ungdommer (DBT-A).....	32
6.4.1. Teoretisk grunnlag for DBT-A.	33
6.4.2. Behandlingsstudier av DBT-A.	34
Kapittel 7. Drøfting	35

7.1. Hvor godt dekker ABFT og DBT-A behandlingsbehovene til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?.....	35
7.1.1. Affektregulering.	36
7.1.2. Problemløsning.....	37
7.1.3. Depresjonsbehandling.	39
7.1.4. Sosiale relasjoner og tilknytning.	41
7.1.5. Komorbiditet.	42
7.2. Evaluering av behandlingene i forhold til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk.....	44
7.2.1. Grunnlag for å anta at ABFT og DBT-A vil være fordelaktig for gjengangere.	44
7.2.2. Utvidet poliklinisk behandling.	45
7.2.3. Terapeutens rolle.	46
7.2.4. Oppfølging.....	47
7.2.5. Tilpasninger for undergrupper.....	47
7.2.6. Skam.....	49
7.3. Er evidensen representativ for ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?.....	50
7.3.1. Generaliserbarhet til gjengangere.....	50
7.3.2. Kjønnforskjeller.	51
7.3.3. Behov for mer forskning.	51
Kapittel 8. Konklusjon	53
Referanseliste:	55

Kapittel 1. Innledning

Når ungdommer begår selvmord berører det oss. De har akkurat startet på livet, men er allerede klare til å gi opp. Ungdomsårene er en turbulent periode fordi det skjer utvikling på en rekke områder både psykologisk, biologisk og sosialt. Vi vet at denne gruppen er psykologisk ulik voksne. For eksempel er kognisjon i utvikling og ungdommene er ikke i like stor grad som voksne i stand til å tenke abstrakt og se ting fra ulike perspektiver (Kroger, 2000; Myrstad, 2009).

Selvord og selvmordsatferd er et omfattende problem. Per år tar omkring 530 personer livet av seg i Norge. Estimert er det 10 selvmordsforsøk per gjennomførte selvmord, hvilket tilsier at årlig gjøres det omkring 5300 selvmordsforsøk (Folkehelseinstituttet, 2011). Fra 2000 til 2010 har det i gjennomsnitt blitt gjennomført 34,1 selvmord av personer mellom 10 og 19 år (Statistisk Sentralbyrå, 2012). Dette betyr at vi kan estimere selvmordsforsøk hos ungdommer i Norge til nærmer 340 i året. I tillegg kan det være tilfeller som ikke fanges opp av statistikken (Folkehelseinstituttet, 2011). Faren for gjentakelse av selvmordsforsøk regnes som relativt stor for både ungdommer og voksne (Boergers & Spirito, 2003; Goldston et al., 1999; Grotholdt, Ekeberg, & Haldorsen, 2006; Tejedor, Diaz, Casillòn, & Pericay, 1999). Forskning på de som har gjennomført selvmord viser at opptil to tredjedeler har gjort minst ett forsøk før. Samt at mellom en og tre prosent av de som har gjort et selvmordsforsøk vil dø som følge av selvmord innen ett år etter forsøket (Sakinofsky, 2000).

Den vanligste metoden for ungdommers selvmordsforsøk i USA er overdose, deretter kutting av håndledd og henging. Disse tallene stemmer også overens med tall fra Storbritannia og New Zealand (Overholser & Spirito, 2003). En norsk studie fra 1984- 2006 fant at 92,5 % av ungdommer i alderen 13 – 19 år benyttet overdose som metode for sitt selvmordsforsøk (Dieserud, Gerhardsen, Van den Weghe, & Corbett, 2010).

Det er en relativt liten gruppe som forsøker og/eller gjennomfører selvmord, men et selvmord berører ikke bare ett individ. Familie og de som står vedkommende nær opplever ofte en vanskelig sorgprosess fordi han/hun valgte å ende livet sitt (Mehlum, 1999b). Selvmord er en individuell tragedie for de som rammes, men er også forbundet med betydelige kostnader for helsevesenet og samfunnet. Resurser går med til behandling, ivaretagelse av etterlatte og tapt inntekt for samfunnet (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002). Selvmordsforsøk er ikke bare problematisk fordi det øker risikoen for senere

gjennomført selvmord, det er også ett stort problem i seg selv. Det er en indikasjon på vedvarende eller tilbakevendende psykososiale problemer og stiller i tillegg store krav til hjelpeapparatet (Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999).

1.1. Selvmordsprosessen

Selvmord defineres som å ta sitt eget liv, og handlingen innebærer en viss grad av intensjon om å dø. Det er i midlertidig ikke en enhetlig definisjon som hele feltet benytter, fordi det er uenighet om hvordan intensjon skal defineres (Mehlum, 1999a). Selvmord og selvmordsforsøk referer til atferd som deler samme intensjon eller selvskadende karakteristikk, men er ulike i forhold til hvorvidt de ender med døden eller ikke (Hawton & van Heeringen, 2000).

Selvmord, og selvmordsforsøk har alltid en multifaktoriell etologi, også på individnivå. Det er ikke en hendelse, eller en risikofaktor, som kan forklare et selvmord, men flere faktorer og hendelser som virker sammen og varierer fra individ til individ. Ulike risikofaktorer kan derfor ha ulik betydning for hver enkelt (Mehlum & Hytten, 1999). Begrepet selvmordsprosess brukes ofte for å beskrive en gradvis utvikling fra tanker og/eller planer om selvmord («suicidal ideation») til selvmordshandlinger (Fortune, Stewart, Yadav, & Hawton, 2007; Neeleman, de Graaf, Vollebergh, 2004; Portzky, Audenaert, & van Heeringen, 2005; Runeson, Beskow, & Waern, 1996; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). Ett individ som har startet en selvmordsprosess anses som mer sårbar for fremtidig selvmordsatferd (Schrijvers et al., 2012). Neeleman et al. (2004) fant i sitt utvalg av voksne, at ulike risikofaktorer har ulik innvirkning avhengig av hvor i selvmordsprosessen individet er. Miljømessige faktorer hadde størst innvirkning tidlig i prosessen, og slutfasen av selvmordsprosessen var sterkest assosiert med mentale lidelser, håpløshet og tidligere selvmord i familien. Varigheten på en slik prosess kan strekke seg fra noen få minutter til flere år, i tillegg til at intensiteten i selvmordstankene kan variere (Schrijvers et al., 2012).

Et selvmord kan altså forstås som et resultat av en prosess hvor ulike risikofaktorer virker sammen og påvirker hverandre gjensidig (Mehlum & Hytten 1999). Sårbarhetsfaktorer og stressende opplevelser, i kombinasjon med manglende beskyttelsesfaktorer som sosial støtte, bidrar over tid til uttømming av individets resurser slik at selvmord står igjen som eneste løsning. I slutfasen av denne prosessen utvikles det ofte depressive symptomer, men

årsak-virknings forholdet kan være vanskelig å fastslå. Sluttstadiet kjennetegnes av tankemessig rigiditet hvor individet har vansker med å vurdere andre løsningsalternativer (Mehlum & Hytten, 1999). Håp om bedring anses også som viktig i forhold til selvmordsatferd. De fleste tåler mer påkjenning og smertefulle følelser dersom de tror det kan skje en bedring (Mehlum & Hytten 1999). I tråd med dette er sluttfasen av selvmordsprosessen assosiert med håpløshet (Neeleman et al., 2004). Mehlum og Hytten (1999) påpeker i denne sammenhengen at for mange handler det egentlig ikke om et ønske om å dø, men om og ikke holde ut å leve slik situasjonen er, og uten håp om endring. Dette er en generell beskrivelse av selvmordsprosessen som kan ha mange ulike individuelle utforminger (Mehlum & Hytten, 1999). For å forstå både selvmord og selvmordsforsøk er det viktig å forstå denne prosessen for det enkelte individet.

1.2. Risikofaktorer

Forskning på risikofaktorer knyttet til selvmordsatferd hos ungdom har etter hvert gitt en lang liste over faktorer som kjennetegner de som er utsatt. Selvmordsrisiko omhandler sjansen for at en person tar livet sitt innenfor en viss tidsramme i en gitt situasjon. Vurderingen av en slik risiko innebærer altså både vurderinger av person og situasjonen rundt (Helsedirektoratet, 2008).

Generelt finner studier at psykisk lidelse er assosiert med økt selvmordsrisiko (Farberow, 1999). De identifiserte risikofaktorer er; affektive lidelser som depresjon og angst (Boergers, Spirito & Donaldson, 1998; Wolfsdorf, Freeman, D'Èramo, Overholser, & Spirito, 2003), atferdsproblemer (Fennig et al., 2005), borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) (Stein, Apter, Ratzoni, Har-Even, & Avidan 1998), kognitive faktorer som håpløshet (Boergers et al., 1998; Dori & Overholser, 1999), dårlig mestring og problemløsning (Kingsbury, Hawton, Steinhardt, & James, 1999; Wilson et al., 1995), samt rusmisbruk (Mehlenbeck, Spirito, Barnett, & Overholser, 2003) og impulsiv og aggressiv atferd (Boergers et al., 1998; Esposito, Spirito & Overholser, 2003c). Familiens fungering, og ungdommens relasjon til jevnaldrende er også viktig (Hawton, Fagg, & Simkin, 1996).

Enkelte grupper er særlig utsatt for selvmordsatferd. Dette er homofile og biseksuelle ungdommer, og ungdommer som tenker på selvmord og/eller har ett eller flere

selvmordsforsøk bak seg. Andre grupper er ungdommer som er hjemløse, kriminelle og/eller som har rømt hjemmefra, ungdommer som eksponeres for andres selvmordsatferd, og ungdommer med selvskadende atferd uten hensikt å ta eget liv (DiFilippo, Esposito, Overholser, & Spirito, 2003).

Tanker/planer om å begå selvmord er også assosiert med økt selvmordsrisiko (Overholser og Spirito, 2003; Sakinofsky, 2000). Spirito, Valeri, Boergers og Donaldson (2003b) fant blant annet at økte depressive symptomer og håpløshet, dårligere affektregulering og dårligere familiære problemløsningsevner var assosiert med at selvmordstankene vedvarer etter ett selvmordsforsøk. Tanker om selvmord kan forstås som ett symptom på underliggende problematikk, og dermed ikke som en uavhengig årsak til selvmordsfare. Tanker/planer er et tegn på at noe er galt, men det er de underliggende problemene som bør behandles for å redusere selvmordsrisikoen.

Informasjonen om risikofaktorer gjør det mulig å identifisere ungdommer som er i risikozonen for selvmord, men det er ikke mulig å si hvem som vil forsøke å ta sitt eget liv, eller hvem som vil «lykkes». Problemet er at risikofaktorer som psykiatrisk lidelse, rusmisbruk og impulsivitet er vanlig i befolkningen. De kan ikke gi spesifikk informasjon om hvem som kommer til å forsøke å ta sitt eget liv. I tillegg er gruppen som begår selvmordsforsøk/selv mord relativt liten (Stangeland, 2012).

1.3. Behandlingsforskning

Behandlingsforskningen for dette feltet har ikke kommet like langt som forskningen på risikofaktorer. Det hjelper lite å vite hvem som er i faresonen dersom vi ikke har effektive intervensjoner for å hjelpe disse (Paris, 2006). Det finnes foreløpig ikke en god empirisk dokumentert behandlingstilnærming for ungdommer med selvmordsatferd (Robinson, Hetrick, & Martin, 2011). De siste årene har det i midlertidig kommet pilotstudier med lovende resultater for ulike behandlingstilnærminger. Blant annet viser Attachment-based family therapy (ABFT) for ungdommer med selvmordstanker og depresjon lovende resultater (Diamond et al., 2010). Det samme gjelder for Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A) hvor det fokuseres på suicidale og selvskadende pasienter (Fleischhaker et al.,

2011). Det gjenstår i midlertidig å gjøre denne type studier med større utvalg (Diamond et al., 2010; Fleischhaker et al., 2011).

Tidligere selvmordsforsøk er en av de viktigste risikofaktorene for fremtidige forsøk. Desto flere tidligere forsøk, desto større er risikoen (Boergers & Spirito, 2003; Goldston et al., 1999; Groholt et al., 2006;). Det er heldigvis slik at de fleste av ungdommer som forsøker å ta livet sitt ikke lykkes. Dette betyr at det er relativt mange ungdommer som har en historie med tidligere selvmordsforsøk, og dermed er i risikozonen for nye selvmordsforsøk (Roberts, Roberts & Chen, 1998). Gruppen som gjentar selvmordsforsøk bør oppfattes som en distinkt populasjon for å tilby best mulig intervensjon og forhindre gjentakelse (Monnin et al., 2012; Rudd, Joiner & Rajab, 1996).

Med dette som bakgrunn kan det avgrenses en gruppe av ungdommer som klart er i risikozonen for gjentatte selvmordsforsøk, og som det vil være viktig å tilby tilfredsstillende hjelp til.

1.4. Problemstilling

I denne oppgaven vil det bli sett på to ulike aspekter som er nødvendig for å imøtekomme ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk på best mulig måte (heretter referert til som gjengangere). Vi må vite hva som kjennetegner ungdommers selvmord, og hvilke faktorer som er viktige for de som ikke kommer seg ut av selvmordsatferden men ender opp med å bli gjengangere. Videre må vi se på hvilke behandlingsalternativer som er tilgjengelige, og hvordan man best kan ivareta gjengangerne i behandling. Det vil her bli vurdert to behandlingsformer som har vist seg lovende for selvmordsnære ungdommer generelt. ABFT og DBT-A. Denne oppgaven består altså av to deler, og problemstillingen blir som følgende;

*Hvilke behandlingsbehov har ungdommer som gjør gjentatte selvmordsforsøk?
Hvordan ivaretar ulike behandlingstilnæringer behovet til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?*

Kapittel 2. Metode

Denne oppgaven er teoretisk og består av to deler. Første del er litteraturgjennomgang på tema gjentatte selvmordsforsøk hos ungdom. Ungdom defineres her som tenåringsperioden fra 13 til fylte 18 år. Del to fokuserer på behandling. Forskning relatert til ABFT og DBT-A, og kliniske implikasjoner for gjengangere vil bli vurdert.

Det ble gjennomført litteratursøk med bruk av søkemotorene ScienceDirect og PsycNet. Studier som inneholdt stikkordene «attempted suicide», «repetition» og «adolescent» ble inkludert. Studier med stikkordene «Attachment-Based Family Therapy» og «Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents» ble inkludert i oppgavens andre del. Det ble identifisert 2 studier på ATBF og 3 studier på DBT-A for ungdommer med selvmordsatferd. Det ble også inkludert studier på ABFT og depresjon, samt studier med DBT på både ungdom og voksne. I tillegg ble det brukt bøker på emnet ungdommer og selvmordsforsøk, og en bok om DBT for ungdommer med selvmordsatferd.

Forskning på ungdom spesifikt er mangelfull derfor er det også brukt studier på voksne. Dette er da spesifisert i teksten. Andrehåndsreferanser ble fulgt opp der dette var relevant. Det er gjort forskning på biologiske og genetiske risikofaktorer knyttet til selvmordsatferd hos ungdommer. For å avgrense oppgavens omfang går det ikke nærmere inn på dette.

Kapittel 3. Normalpsykologisk utvikling i ungdomsårene

Ungdomsalderen representerer en viktig overgangsfase i livet, og overgangsfaser er generelt assosiert med endringer i både atferd og tenkemåter (Caspi & Moffitt, 1991). Alle endringene som skjer gjør dette til en sårbar periode (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simmons, 1994). Studier bekrefter at negative livshendelser øker under og rett etter puberteten, sammenlignet med barndommen (Ge et al., 1994; Rudolph & Hammen, 1999). Pubertetens endringer medfører at individet må tilpasse seg ett nytt utseende og følelser relatert til disse

endringene. I tillegg til å måtte tilpasse seg endringer i måten andre oppfatter dem på (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2003).

Evne til regulering og uttrykking av emosjoner er i utvikling under ungdomsalderen, og legger grunnlaget for emosjonell fungering i voksenlivet (Rosenblum & Lewis, 2003). Emosjonell og kognitiv utvikling henger nært sammen. Ungdommene opplever en rekke situasjoner, tanker og følelser for første gang. Dette må de lære seg strategier for å håndtere (Rosenblum & Lewis, 2003). Forskning har vist at ungdommer opplever både mer svingninger i humøret og generelt mer negative emosjoner enn voksne. Disse svingningene er ikke relatert til stress eller psykologisk mistilpasning. De er en normal del av det å være tenåring (Larson, Csikszentmihalyi & Graef, 1980).

I forhold til signifikante relasjoner er ungdomsalderen også en overgangsfase. Tilknytning er viktig for utviklingen i barndommen, og fortsetter å spille en betydelig rolle også i ungdomsalderen (Allen & Land, 1999). De etablerte tilknytningsmønstrene overføres til relasjoner med jevnaldrende og det er en nær sammenheng mellom kvaliteten på tilknytning til foreldre og jevnaldrende (Allen & Land, 1999). Tilknytningsstrategier er måten man tenker om og forholder seg til andre mennesker i nære relasjoner. Trygg tilknytning i ungdomsalderen assosieres med emosjonelt støttende relasjoner (Hazan & Zeifman, 1999). Relasjon til jevnaldrende får økt betydning i ungdomsalderen, med behov for å bli akseptert å høre til (Kroger, 2000).

Ungdomsalderen er en periode i livet hvor vi søker økt autonomitet, og uavhengig utforskning er nødvendig for sunn sosial utvikling (Allan & Land, 1999). Autonomitet omhandler evne til selvstendighet på flere områder; emosjonelt, kognitivt og sosialt (Zimmer-Gembeck & Collins, 2003). På tvers av ulike stadier i ungdomsalderen er autonomitet hele tiden en viktig utviklingsoppgave (Kroger, 2000). Dette medfører reduksjon av avhengigheten til foreldre. Tilknytningsbåndene til foreldrene fortsetter i midlertidig å være en viktige også i ungdomsalderen, som nevnt ovenfor (Allan & Land, 1999). For eksempel har det blitt funnet at i tidlig ungdomsalder begynner jevnaldrende å spille en større rolle som tilknytningsobjekter. Foreldrene ble fortsatt ansett som det viktigste tilknytningsobjektet, bortsett fra i de tilfellene hvor relasjonen var usikker. Da ble jevnaldrende foretrukket som tilknytningsobjekt (Nickerson & Nagle, 2005). De fleste ungdommer fortsetter å ha ett nært bånd til foreldrene, på tross av at ungdomsalderen representerer en økning i konfliktnivået i hjemmet (Steinberg, 1990). Tilknytningsbåndet mellom foreldrene og ungdommen er viktig

for å sikre en emosjonelt trygg base mens ungdommene utforsker ulike emosjonelle tilstander som oppstår i prosessen med å leve som en autonom voksen, en prosess som kan oppleves som svært krevende (Allan & Land, 1999).

Utviklingen av kropp, sosiale relasjoner og kognisjon bidrar til utviklingen av identitet (Moshman, 2005). Kroger (2000) skiller mellom tidlig (13- 14 år), midtre (15- 17 år) og sen ungdomsalder (18- 22 år). Tidlig ungdomsalder karakteriseres av biologiske endringene relatert til puberteten, starten på løsrivelse fra foreldrene og økt tilknytning til jevnaldrende. I midtre ungdomsalder når de fleste Piagets stadie for formell-operasjonell tenkning (Kroger, 2000), som innebærer evnen til å tenke abstrakt, kombinere ulike forhold og utrede konsekvenser (Tetzchner, 2001). Ungdommene eksperimenterer med ulike voksenroller, og kjærlighet blir viktigere. Foreldrenes autoritet reduseres, og ungdommene blir sterkere knyttet til venner. Sen ungdomsalder strekker seg utenfor definisjonen av ungdom i denne oppgaven. Perioden karakteriseres av økt kapasitet til å ta ansvar for seg selv, og intimitet blir et viktig tema. Oppnåelsen av identitet setter ungdommene i stand til opprettholdelse av et selvstendig selv samtidig som de har ett nært forhold til andre (Kroger 2000).

I følge Eriksons velkjente utviklingsteori skjer identitetsutviklingen i ungdomsalderen. Gitt en vellykket utvikling i barndommen vil ungdommen starte på identitetsformasjonen med en opplevelse av seg selv som en autonom, aktiv, og kompetent handlende agent i en relativt sikker verden (Erikson, 1968; Omtalt i Moshman, 2005). Usikker tilknytning eller andre tidlige utviklingsproblemer kan medføre skam og tvil heller enn autonomitet, eller utrygghet i motsetning til trygghet. Dette skaper ekstra utfordringer for utviklingen av autonomitet og identitet i ungdomsalderen (Erikson, 1968; Omtalt i Moshman, 2005; Orbach, 2007). Grotevants (1987; Omtalt i Moshman, 2005) teori tilsier at vellykket identitetsutvikling avhenger av flere ulike faktorer. De viktigste er personlighetsfaktorer som fleksibilitet og selvtillit, kognitiv kompetanse som evne til å vurdere ulike muligheter og koordinere multiple perspektiver, og den sosiale konteksten i forhold til støtte fra kultur, familie og venner, samt individets generelle evne eller vilje til å gå inn i identitetsutforskning og forpliktelser (Moshman, 2005). Alle disse faktorene gjennomgår store utviklinger i løpet av ungdomsalderen, og medfører utfordringer som alle møter i større eller mindre grad.

Kapittel 4. Selvmordsatferd hos ungdommer

Selv mord hos ungdommer er ikke nødvendigvis karakterisert av de samme risikofaktorene og kjennetegnene som selvmord i den voksne populasjonen (Stangeland, 2012). Selvmordsforsøk trigges vanligvis av en nylig forstyrrelse i individets daglige fungering. Hvilke stressfulle livssituasjoner som har potensialet til å utløse selvmordskriser avhenger av alder/livssituasjon. For ungdommer er interpersonlige problemer den vanligste årsaksfaktoren (Overholser & Spirito, 2003). Selvmordsatferd hos ungdommer virker i særlig grad å være knyttet til konflikt, tapsopplevelser og psykiatriske problemer (Ekeberg, 1999). Ungdomsalderen er assosiert med økning i problematferd og flere psykiatriske lidelser. For eksempel depresjon, antisosial atferd, bruk/misbruk av alkohol og dop, og selvmordsatferd (Aro, Marttunen & Lönnqvist, 1993; Rutter, 2007; Wichstrøm, 2000). Dette stemmer overens med forskningen beskrevet i kapittel 3, hvor ungdomsalderen beskrives som en sårbar periode.

I en undersøkelse ble det vist at unge i alderen 14 – 21 år oppga årsaken til eget selvmordsforsøket å være at situasjonen var uutholdelig og at de ønsket å dø. De hadde et sterkt ønske om å slippe å oppleve de aktuelle følelsene, eller å slippe unna en smertefull situasjon. Deltagerne i studien opplevde at de måtte gjøre noe med situasjonen og viste ikke hva annet de kunne gjøre. De vanligste oppgitte årsaksforholdene for å gå fra tanker om selvmord til handling var eskalering av negative emosjoner (Kienhorst, DeWilde, Diekstra, & Wolters, 1995). Dette stemmer overens med resultatene til Boergers et al. (1998), som fant at de vanligste motivene for selvmordsforsøk hos ungdommer mellom 12 og 17 år var ønske om å dø, å unnsnippe, og å oppnå befrielse fra det vonde.

Tilstedeværelsen av stressfulle livshendelser kan være forklaring på at en krise oppstår, men ikke hvorfor individet velger selvmord som ”løsning”. Ikke alle ungdommer som opplever stressfulle livshendelser vurderer selvmord (Overholser, 2003).

Selvmondsforsøk er relativt uvanlig før tenårene (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1996; Wichstrøm, 2000). Dødsraten blant de yngste ungdommene er lav, sannsynligvis på bakgrunn av at det brukes metoder med lav dødelighet. Bruk av lite dødelig metode samsvarer ikke nødvendigvis med manglende intensjon om å dø. Det kan også skyttes manglende kunnskap eller overestimering av metodens dødelighet. Alle selvmordsforsøk bør tas alvorlig av klinikerne som kommer i kontakt med disse ungdommene (Overholser & Spirito, 2003).

Hjelmeland (1996) fant at den viktigste prediktoren for gjennomført selvmord hos ungdommer var ønske om å dø (dødsintensjon). Dødsintensjon predikerte ikke et nytt selvmordsforsøk, bare gjennomførte selvmord. Når ungdommene selv hevdet at selvmordsforsøket var drevet av intensjon om å dø, var det en seksdoblet risiko for gjennomført selvmord på et senere tidspunkt. De kliniske implikasjonene man kan trekke fra dette er at det er viktig å snakke med personen om intensjon bak forsøket (Hjelmeland, 1996).

I kapittel 1.2 pekes det på en rekke risikofaktorer knyttet til selvmordsforsøk hos ungdommer, men det skiller ikke her på ett og flere selvmordsforsøk. Disse risikofaktorene antas også å være viktige for gjengangere, men man kan ikke slutte hva som øker risikoen for gjentakelse basert på disse. Det er derfor relevant å se på hvilke forhold som skiller mellom ungdommer som gjentar selvmordsforsøk og de som bare prøver en gang (Groholt et al., 2006).

Kapittel 5. Risiko for gjentakelse

5.1. Kjønnforskjeller

Kjønnsparadokset er velkjent innenfor suicidfeltet. Det er flest menn som gjennomfører selvmord, men flest kvinner som forsøker (Hjelmeland, 1999; Monnin et al., 2012; Schrijvers et al., 2012). Årsakene til dette er mange. En av de viktigste faktorene er at menn benytter mer dødelige metoder enn kvinner (Schrijvers et al., 2012). Kjønnforskjellene har vist seg å være forsterket i ungdomspopulasjonen (Bjerke, 1991). I tråd med dette fant Lewinsohn et al. (1996) at for ungdommer i alderen 14- 18 år var tanker/planer om selvmord og selvmordsforsøk vanligere hos jenter enn gutter.

Repetisjon er vanligere for eldre ungdommer (16- 20 år) enn yngre (Bjerke, 1991). Corcoran, Keeley, O`Sullivan og Perry (2004) fant høyere forekomst av repetisjon av selvmordsforsøk hos kvinner (i alderen 15 år og oppover), sammenlignet med menn. Wichstrøm (2000) fant at det å være jente var en av fler faktorer som predikerte repetisjon hos unge mellom 12 og 20 år. I kontrast til dette fant Lewinsohn et al. (1996) at 27 % av guttene repeterte innen tre måneder etter selvmordsforsøket sitt, mot 21 % av jentene. Etter 12

måneder hadde tallet for jenter steget til 28, mens repetisjonsratene for gutter ikke hadde økt. Disse tallene antyder lik kjønnsrate for repetisjon. Dette kan antyde at det er behov for mer forskning på kjønnsforskjeller i repetisjon hos ungdommer.

Hultèn et al. (2001) fant ingen signifikante kjønnsforskjeller i forhold til repetisjon hos ungdommer, og antok på bakgrunn av dette at de som gjentar selvmordsforsøk sliter med de samme problemene uavhengig av kjønn. Nyere forskning på området viser derimot at det er kjønnsforskjeller relatert til diagnose og repetisjon av selvmordsatferd. Monnin et al. (2012) fant en sammenheng mellom rusmisbruk og repetisjon hos menn over 18 år. Repetisjon hos kvinner var assosiert med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og angstlidelser generelt (Monnin et al., 2012). Denne studien antyder at det er kjønnsforskjeller i risikofaktorer for repetisjon, men det er ikke gjort studier på ungdommer som gjør at det kan trekkes noen konklusjoner basert på dette. Det er gjort studier som viser kjønnsforskjeller i forhold til selvmordsforsøk generelt hos ungdommer. For ungdommer med minst ett tidligere selvmordsforsøk har antisosial atferd blitt vist å være vanligere hos gutter enn jenter. Disse kjønnsforskjellene ble ikke funnet hos kontrollgruppen uten selvmordsforsøk (Fennig et al., 2005). Kelly, Cornelius og Clark (2004) fant at selvmordsrisikoen økte ved Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) diagnose hos gutter, og interaksjonen mellom affektive lidelser og alkoholmisbruk økte risikoen for jenter.

5.2. Tidligere forsøk

Ungdommer med tidligere selvmordsforsøk er som nevnt en gruppe med forhøyet risiko for videre selvmordsatferd, og risikoen virker å være størst det første året etter forsøket (Boergers & Spirito, 2003; Goldston et al., 1999; Groholt et al., 2006). Alvorlig selvskading har også blitt relatert til gjentatte selvmordsforsøk (Esposito, Spirito, Boergers, & Donaldson, 2003b).

I en studie ble det funnet at gjengangere hadde 8 ganger større sannsynlighet for et nytt forsøk, sammenlignet med ungdommer uten tidligere forsøk (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994). Hultèn et al. (2001) fant at tidligere selvmordsforsøk var den viktigste uavhengige prediktor for repetisjon hos ungdommer. I denne studien var det 24% i gruppen med tidligere forsøk, mot 6,8 % uten tidligere forsøk som prøvde på nytt innen ett år. I en

studie av inneliggende pasienter fant man at multiple selvmordsforsøkere opplevde mer intense, men ikke lengre selvmordskriser enn de som forsøkte for første gang (Joiner, Rudd, Rouleau og Wagner, 2000). Forfatterne antok at tidligere selvmordsforsøk påvirker intensiteten i selvmordsopplevelsen, og at klinikere bør være oppmerksom på tidligere forsøk i møte med disse pasientene (Joiner et al., 2000).

Oppfølgingsstudier av ungdommer som har gjort ett selvmordsforsøk er viktig for å kunne vite noe om gjentakelsesfare og prediksjon. Denne type forskning har som oftest relativt kort tidsperspektiv, som derfor begrenser muligheten til å få kunnskap om potensielt viktige langtidseffekter. Generelt finner studier med lengre oppfølgingsperioder høyere repetisjonsrater (Boergers & Spirito, 2003). Forskningen viser at ungdommene som legges inn på psykiatriske sykehus har høyest gjentakelsesfrekvens. I tråd med dette har repetisjon av selvmordsatferd generelt blitt assosiert med alvorlig psykiatri (Spirito & Esposito-Smythers, 2006). Alvorlighetsgrad ved første forsøket har blitt assosiert med økt fare for gjentakelse, men det er ikke oppnådd konsensus i litteraturen om dette. Hvilket, som nevnt tidligere, tyder på at alle selvmordsforsøk bør tas alvorlig (Boergers & Spirito, 2003). Ungdommer som etter ett selvmordsforsøk fremdeles har tanker/planer om selvmord er en høyrisikogruppe for gjentakelse (Lewinsohn et al., 1994; Roberts et al., 1998).

Utvalg av personer som gjentar selvmordsatferd er svært heterogene, og varierer i grad av dødsintensjon. Her inkluderes ofte personer med selvskadende atferd med og uten intensjon om å dø, med ulik alvorlighetsgrad av selvskadingen, sammen med personer hvor handlingen hadde intensjon om å ta eget liv (Sakinofsky, 2000). Mange, forskere så vel som klinikere, kategoriserer all selvskading som selvmordsforsøk, uavhengig av om individet hadde denne intensjonen eller ikke. Andre gjør et klart skille mellom de med og uten intensjon om å dø, og mener at ønske om å dø øker risikoen for dødsfall og derfor bør vurderes og brukes for å klassifisere tilfeller i ulike grupper (Lewinsohn et al., 1996; Nock & Kessler, 2006). Manglende skille mellom disse to gruppene kan medføre falske forhøyede tall på selvmordsforsøk. Det kan skjule viktige faresignaler innenfor gruppen med ikke-suicidal selvskading, hvilket vil kunne medføre mindre presise vurderinger av selvmordsrisiko. Når den beste predikatoren for selvmord er ett tidligere forsøk, er det viktig å skille mellom hva som faktisk er forsøk og hva som ikke er det.

En til to tredjedeler av de som gjennomfører selvmord har en historie med tidligere forsøk (Sakinofsky, 2000; Spirito, 2003a), men likevel er det bare rundt halvparten som har

hatt kontakt med profesjonelle hjelpearbeidere det siste året av livet (Sakinofsky, 2000). Dette tyder på at det er mange som har behov for hjelp men som behandlingsapparatet ikke når ut til.

5.3. Rusmisbruk

Bruk av rusmidler har blitt assosiert med økt forekomst, repetisjon, alvorlighetsgrad av intensjon, og dødelighet av selvmordsforsøk hos ungdommer (Crumley, 1990). Flere studier finner økt sannsynlighet for rusmisbruk blant ungdommer som har gjentatte selvmordsforsøk, sammenlignet med ett forsøk, men forskjellene mellom gruppene er små (Esposito et al., 2003b; Miranda et al., 2008).

Det har blitt vist økt risiko for komorbid rusmisbruk hos voksne med gjentatte selvmordsforsøk (Forman, Berk, Henriques, Brown & Beck, 2004; Lopez-Castroman et al., 2011). I tråd med dette fant Vajda og Steinbeck (2000) blant annet at rusmisbruk økte sannsynligheten for repetisjon av selvmordsforsøk innen 12 måneder for unge mellom 13 og 20 år.

Lopez-Castroman et al. (2011) antar at sammenhengen mellom rusmisbruk og gjentatte selvmordsforsøk teoretisk kan forklares med at både rusmisbruk og gjentakende selvmordsatferd har en «lettende» psykisk effekt. Det kan være slik at gjentatte selvmordsforsøk er en markør for negativt stress som øker risikoen for rusmisbruk. Eller det kan være ulike prosesser hvor rusmisbruk fjerner hemningene som forhindrer selvmordsforsøk (Lopez-Castroman, et al., 2011). Esposito et al. (2003b) antar at rusmisbruk har en indirekte assosiasjon med gjentakende selvmordsatferd gjennom at rusmisbruk bidrar til økt negativ affekt. Rusmisbruk viser sterkere sammenheng med selvmordsatferd når det er komorbid med affektive lidelser. Basert på dette taler den høye prevalensen av affektive lidelser hos ungdom som gjentar selvmordsforsøk for at rusmisbruk er en viktig faktor (Esposito et al., 2003b). Dette kan ses i sammenheng med resultater som viste at depresjon og alkoholbruk hos ungdommer predikerte selvmordsforsøk ved fravær av tanker/planer om selvmord (Schilling, Aseltine, Glanovsky, James, & Jacobs, 2009). Dette tyder på at rusmisbruk er en faktor som påvirker andre variabler og kompliserer risikovurderinger. I tråd med dette konkluderte Kelly et al. (2004) med at rusmisbruk er en viktig variabel for klinikerne å være oppmerksom på i møte med selvmordsnære ungdommer.

5.4. Atferdsforstyrrelse og Aggresjon

Atferdsproblemer og antisosial atferd er assosiert med økt risiko for gjentakelse av selvmordsforsøk hos ungdommer (Esposito et al., 2003b; Goldston et al., 1999; Lewinsohn et al., 1994; Miranda et al., 2008; Stein et al., 1998).

Stein et al. (1998) fant resultater som antyder at aggresjon kan skille mellom gjengangere og engangsforsøkere. Studien var gjort med inneliggende ungdommer og begge gruppene viste i utgangspunktet høye nivåer av depresjon og angst. Aggressivitet var eneste variabelen som skilte disse gruppene fra hverandre. I tråd med dette rapporterte Esposito et al. (2003b) mer sinne hos ungdommer som gjentok selvmordsforsøk. Dødsintensjon har blitt assosiert med gjentakelsesfare (Miranda et al., 2008), og det har blitt funnet høyere aggresjonsnivå hos ungdommer som oppgav ønske om å dø i forbindelse med selvmordsforsøket sitt (Boergers et al., 1998). Andre studier finner ikke at aggresjon er relevant for å identifisere gjengangere (Goldston et al., 1999; Hawton et al., 1999). En mulig forklaring på disse resultatene er at aggresjon ikke er en uavhengig variabel relatert til selvmordsforsøk. Hawton et al. (1999) fant blant annet høyere skårer på sinne som atferdstrekk (en generell tendens til å oppfatte situasjoner som irriterende eller frustrerende) hos ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk. Men forskjellene falt bort etter at det ble kontrollert for depresjon. I denne sammenhengen er det relevant å nevne at irritabilitet er et symptom på depresjon hos barn og ungdom (American Psychiatric Association, 2000). I tråd med dette er det forventet at depresjon og irritabilitet ikke er uavhengig av hverandre i denne aldersgruppen.

Basert på disse studiene kan man ikke slutte hvorvidt sinne og aggresjon uavhengig av andre faktorer kan skille mellom gjengangere og engangsforsøkere. Det er i midlertidig relevant å oppsummere med at sinne og aggresjon er variabel som er relevant for klinikerer å være oppmerksom på i møte med selvmordsnære ungdommer.

5.5. Angst

Det er gjort få studier på gjentakelsesfare for selvmordsforsøk og angst hos ungdommer, men det virker å være en enighet om at angstlidelser øker gjentakelsesfaren.

Det har blitt vist at angstlidelser kan predikere gjentakelse hos ungdommer (Miranda et al., 2008). I tillegg til at gjengangere har tendens til høyere angstnivåer enn engangsforsøkere (Stein et al., 1998). Dette samsvarer med resultatene til Lopez-Castroman et al. (2011) som viste at angstlidelser økte risikoen for gjentatte selvmordsforsøk hos voksne. Rudd et al. (1996) viste at unge voksne med flere selvmordsforsøk oftere enn de med bare ett forsøk hadde fobier og angstlidelser. Goldston et al. (1996) og Goldston et al. (1999) fant høyere skårer på personlighetstrekket angst hos ungdommer som gjentar selvmordsforsøk. Personlighetstrekk beskriver ett vedvarende aspekt av en persons atferd (Larsen & Buss, 2002). Dersom ungdommer som gjentar selvmordsatferd har høyere nivå av angst som en del av sin væremåte kan det tyde på at det ikke er tilstrekkelig å løse den aktuelle krisen som utløste selvmordsforsøket. Ungdommene har også behov for å lære å håndtere de vedvarende vanskene dette trekket kan medføre (Goldston et al., 1996).

5.6. Depresjon og håpløshet

Depresjon og håpløshet har vist seg å være sterkt assosiert med gjentatte selvmordsforsøk (Neeleman et al., 2004).

Depresjon har i flere studier vist seg å være en svært viktig faktoren for å identifisere ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk (Esposito et al., 2003b; Goldston et al., 1999; Lewinsohn et al., 1994; Roberts et al., 1998). Hawton et al. (1999) undersøkte forholdet mellom psykologiske variabler og repetisjon av selvmordsforsøk hos ungdommer. Gjengangere viste høyere depresjonsskårer, håpløshet og sinne som atferdstrekk, og lavere skårer på selvtillit og problemløsning. Forskjellene falt bort etter at det ble kontrollert for depresjon. Resultatene viste også at depresjon var tre ganger så vanlig for gjengangere, sammenlignet med gruppen som bare hadde gjort ett forsøk. I tråd med dette fant også Spirito et al. (2003b) at depresjon var den viktigste variabelen for å predikere gjentatte selvmordsforsøk. Goldston et al. (1999) viste at alvorlighetsgraden av depressive symptomer var relatert til vedvarende risiko for selvmordsforsøk hos ungdommer, selv etter å ha

kontrollert for psykiatriske lidelser og antall tidligere forsøk. Dette indikerer at depresjon er en svært viktig faktor i gjentakelse av selvmordsforsøk hos ungdommer.

Håpløshet er en kognitiv faktor som er fremtredende hos mange selvmordsnære ungdommer, og det er ofte til stede sammen med depresjon (Esposito, Johnson, Wolfsdorf, & Spirito, 2003a). Dori og Overholser (1999) fant at håpløshet var viktig for å skille ungdommer med og uten gjentatte selvmordsforsøk. De foreslo at håpløshet kunne forstås som en vedvarende kognitiv sårbarhetsfaktor som utløser selvmordsatferd under en depressiv episode. I en oppfølgingsstudie av ungdommer som hadde vært innlagt som følge av et selvmordsforsøk, fremgikk det at høyere nivåer av håpløshet var assosiert med økt risiko for gjentatte selvmordsforsøk (Goldston et al., 2001).

Forholdet mellom depresjon og håpløshet er ikke helt avklart. På tross av dette anses det som viktig for klinikere i møte med selvmordsnære ungdommer å vurdere depresjon og håpløshet (Esposito et al., 2003a). Det kan virke som om multiple selvmordsforsøk er relatert til alvorlig depresjon, mens ett enkeltstående forsøk kan være relatert til andre humørtilstander, i tillegg til både kognitive og atferdsmessige faktorer. Dette er ikke spesifikt for ungdommer, men gjelder også voksne med multiple selvmordsforsøk (DiFilippo et al., 2003). De kliniske implikasjonene fra dette er at alvorlighetsgraden av depresjon er viktig å få kartlagt, og bør tas hensyn til i møte med gjengangerne (DiFilippo et al., 2003).

5.7. Selvtillit

Dårlig selvtillit er relatert til både håpløshet, depresjon og gjentatte selvmordsforsøk (Dori & Overholser, 1999). Som nevnt tidligere fant Hawton et al. (1999) at forskjellene i selvtillit mellom ungdommer som repeterte eller ikke repeterte falt bort når det ble kontrollert for depresjon. Forskningsresultatene er sprikende med hensyn til hvorvidt dårlig selvtillit kan predikere gjentatte selvmordsforsøk uavhengig av depresjon og håpløshet. Dori og Overholser (1999) fant at deprimerte ungdommer med gjentatte og enkeltstående selvmordsforsøk hadde like dårlig selvtillit. Lewinsohn et al. (1994) viste derimot at lav selvtillit predikerte gjentakelse av selvmordsforsøk, funn som ble replikert av Wichstrøm (2000). I tråd med dette fant Roberts et al. (1998) at de ungdommer som skårer høyest på tanker om selvmord hadde lavest selvtillit. Motsetningene i funnene kan forklares med at Dori og Overholser (1999)

undersøkte ungdommer som var deprimerte, mens de to andre studiene også inkluderte ungdommer uten depresjon. Det er behov for mer forskning før det kan trekkes konklusjoner om hvilken innvirkning selvtillit har på gjentakelse av selvmordsatferd. Men ungdommer som viser depresjon, håpløshet og lav selvtillit kan anses som en risikogruppe for gjentakelse av selvmordsforsøk.

5.8. Affektregulering

Affektregulering, også omtalt som emosjonsregulering, kan defineres som en kompleks prosess som innebærer regulering av både negative og positive emosjoner (Sroufe, 1996). Begrepet inkluderer også evne til kontroll av atferd når man opplever negative emosjoner (Gratz, 2007).

Lewinsohn et al. (1996) fant blant annet mer hypoman atferd og flere svingninger i humør (men ikke flere symptomer på bipolar lidelse) hos gjengangere sammenlignet med de som bare hadde forsøkt en gang. Spirito et al. (2003b) fant at dårlig affektregulering er relatert til vedvarende tanker om selvmord. Esposito et al. (2003b) undersøkte blant annet forskjeller i affektregulering hos ungdommer med henholdsvis ett eller multiple selvmordsforsøk bak seg. Gjengangerne opplevde mer negativ affekt, og mer affektiv dysregulering. De konkluderer med at selvmordsforsøk kan forstås som et forsøk på affektregulering, og at gjentatt selvmordsatferd er et resultat av en læringsprosess med negativ forsterkning. Zlotnick, Donaldson, Spirito, og Pearlstein (1997) konkluderte på lignende måte at selvmordsatferd hos ungdommer er relatert til dårlig affektregulering. Resultatene viste også at en historie med flere tidligere selvmordsforsøk var relatert til alvorligere affekt dysregulering. Dette stemmer overens med resultatene til Fritsch, Donaldson, Spirito, og Plummer (2000), som konkluderte med at systematisk vurdering av affektregulering er viktig i møte med selvmordsnære ungdommer. Denne studien skilte ikke mellom enkeltstående og gjentatte forsøk, men relaterte selvmordsatferd hos ungdom generelt til dårlig affektregulering.

5.9. Interpersonlige relasjoner

Familiære og relasjonelle faktorer er viktige elementer i å forstå ungdommers selvmordsprosess (Ghio et al., 2011; Spirito et al., 2003b).

Som nevnt tidligere er interpersonlige problemer identifisert som den vanligste årsaksfaktoren for ungdommers selvmordsforsøk (Overholser & Spirito, 2003). Dette stemmer med resultatene til Dieserud et al. (2010) som fant at for norske ungdommer var den vanligste utløsende årsaken relasjonelle konflikter, og den vanligste underliggende årsaken var dysfunksjonelle familiesituasjoner. Det er her relevant å påpeke at jenter oftere rapporterte relasjonelle problemer enn gutter, selv om dette var vanligste årsaken for begge kjønn. Selvmordsatferd hos ungdommer har i en rekke studier blitt assosiert til problemer i forhold til familie og jevnaldrende (Guiao & Esparza, 1995; Hawton et al., 1996; Prinstein, 2003; Prinstein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Sèguin, Lynch, Labelle, & Gagnon, 2004; Spirito et al., 2003b). Familiesamhold og selvmordsfare har vist negativ korrelasjon på målinger, og antyder at familiesamhold kan være en beskyttende faktor for selvmordsatferd (Guiao & Esparza, 1995). Selvmordsforsøk kan forstås som en relasjonell lidelse som kommer i tillegg til andre psykiatriske diagnoser pasienten måtte ha (Ghio et al., 2011).

Forskning tyder på at relasjonelle faktorer kan differensiere mellom enkeltstående og gjentakende selvmordsforsøk. Lewinsohn et al. (1996) fant blant annet at gjengangere ble oppfattet som å være mindre interpersonlig attraktiv. De ble skåret som mindre fysisk tiltrekkende, og mindre attraktive for å samarbeide med, til sammenligning med engangsforsøkere. I tråd med dette fant Forman et al. (2004) at voksne med multiple selvmordsforsøk har alvorligere interpersonlige vansker, sammenlignet med de med ett forsøk. Og Neelman et al. (2004) viste at hos voksne var gjentakelse, men ikke førstegangsforsøk, assosiert med selvmord i familien. I en studie fant man at ungdommer som gjentar selvmordsatferd oppfattet foreldrene som mindre omsorgsfulle enn ungdommer med bare ett selvmordsforsøk (Groholdt et al., 2006). I tillegg er fysiske og seksuelle overgrep i barndommen assosiert med økt risiko for gjentatte selvmordsforsøk. Andre familiære vansker i barndommen (for eksempel; eksponering for vold i familien og tap av omsorgsperson) var ikke relatert til gjentakelse (Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004).

I tråd med dette fant Ghio et al. (2011) at relasjonelle faktorer er svært viktige. Både som trigger for det første forsøket, for kommunikasjon om intensjon og for forhindring av gjentatte forsøk. Informantene i denne studien mente at det var interpersonlige relasjoner og et empatisk miljø som var essensen for bedring. Studiet var gjennomført med voksne pasienter,

men på bakgrunn av at interpersonlige relasjoner er en viktig årsaksfaktor i ungdommers selvmordsatferd antas dette å være relevant også for ungdommer (Ghio et al., 2011).

Bostik og Everall (2007) undersøkte ungdommers opplevelser av tilknytningsrelasjoner i bedringsprosessen etter selvmordsforsøk. Dersom vi kan forstå mer av hvordan ungdommer blir friske, kan vi bruke denne informasjonen til å utvikle gode behandlingsopplegg. Derfor er resultatene relevant for ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk. Bostik og Everall (2007) fant at å skape sikre tilknytningsrelasjoner var sentral i bedringsprosessen. I denne studien var både jevnaldrende, foreldre og andre voksenpersoner eksempler på slike trygge tilknytningsrelasjoner. Dette stemmer overens med litteratur som assosierer usikker tilknytning i barndommen med selvmordsatferd i ungdomsalderen (Orbach, 2007). De kliniske implikasjonene man kan trekke fra dette er at en terapeut som fokuserer på å bygge trygg tilknytning til ungdommen i større grad kan antas å bidra til bedringsprosessen (Bostik & Everall 2007).

5.10. Problemløsning og mestring

Selvmordsatferd kan forstås som en løsning på et problem. Redusert problemløsningsevne vil kunne medføre manglende evne til å generere mulige løsninger, og eneste alternativ for individet blir selvmord (Levenson & Neuringer, 1971).

McAuliffe, Keeley og Corcoran (2002) undersøkte evnen til problemløsning hos grupper med ett eller flere selvmordsforsøk. Denne studien gjaldt voksne personer, men siden forskningen på ungdommer spesifikt er mangelfull kan denne studien brukes som en indikator. Den gjentakende gruppen skåret lavere på dimensjonene aktiv handling, trøstende kognisjoner, søking av sosial støtte og høyere skårer på et mål på passive reaksjoner. Det ble funnet at voksne med gjentatte selvmordsforsøk i større grad responderte passivt på problemene de møtte, og ble overveldet av en opplevelse av håpløshet og hjelpeløshet. De kliniske implikasjonene fra dette blir at behandling av denne pasientgruppen bør fokusere på problemløsningsevner (McAuliffe et al., 2002). Dette støttes av at repetisjonsraten for selvmordsforsøk ble redusert hos voksne pasienter som fikk problemløsningsintervensjoner sammenlignet med pasienter som fikk «treatment av usual» (TAU) (Salkovskis, Atha & Storer, 1990). Det er også gjort forskning som tyder på at dårlig interpersonlig

problemløsning er assosiert med selvmordsforsøk hos voksne (McLeavey, Daly, Ludgate & Murray, 1994). I tråd med dette fant Rudd et al. (1996) at problemløsning var en av flere dimensjoner som skilte mellom ungdommer med ett selvmordsforsøk og gjengangere. McLeavey et al. (1994) og Salkovskis et al. (1990) fulgte pasientene i seks måneder. Som nevnt tidligere er risiko for gjentakelse størst det første året etter ett selvmordsforsøk. Resultatene fra disse studiene må altså tolkes med forsiktighet basert på lengden på oppfølgingsperioden.

Grover et al. (2009) fant at ungdommer med dårlige problemløsningsevner hadde mer selvmordstanker når de opplevde høye stressnivåer, sammenlignet med ungdommer med gode problemløsningsevner. Dette kan tyde på at for ungdommer under press kan gode problemløsningsevner være en beskyttende faktor mot tanker om å ta eget liv (Grover et al., 2009). På bakgrunn av dette kan McAuliffes et al. (2002) anbefaling om fokusering på problemløsning i møte med pasienter med gjentatte selvmordsforsøk også anses som relevant for ungdommer.

5.11. Impulsivitet

Impulsivitet defineres som manglende evne til å hemme responser (Larsen & Buss, 2002).

Kingsbury et al. (1999) fant at impulsivitet var relatert til overdose hos ungdommer. Forfatterne konkluderer med at for selvmordsnære ungdommer med høye impulsivitetsskårer vil en behandling som fokuser på reduksjon av impulsivitet være fordelaktig, særlig for gjengangere. I tråd med dette fant Esposito et al. (2003b) at dårlig impulsivitet var relatert til gjentatte selvmordsforsøk hos ungdommer. Stein et al. (1998) fant høyere impulsivitetsskårer hos ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk, sammenlignet med de som bare hadde ett forsøk. Det virker altså å være enighet på feltet om at impulsivitet er assosiert med gjentatte selvmordsforsøk.

Kashden, Fremouw, Callahan og Franzen (1993) fant en assosiasjon mellom impulsivitet og evnen til å generere relevante metoder for problemløsning. Problemløsning uavhengig av impulsivitet skilte ikke mellom ungdommer med og uten selvmordsforsøk. De kliniske implikasjonene som kan trekkes fra dette er at trening i problemløsning ville være

mer effektivt dersom impulsivitet også ble adressert som en viktig komponent (Kashden et al., 1993; Kingsbury et al., 1999). I tråd med dette kan man oppsummere at det er relevant å se på impulsivitet i behandlingen av ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk, men at det også er viktig å se sammenhengen mellom de ulike faktorene som bidrar til økt risiko.

5.12. Personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelser er generelt assosiert med økt risiko både for selvmord og repetisjon, også hos ungdommer (Blasco-Fontecilla et al., 2009).

BPD er den psykiatriske lidelsen med høyest selvmordsrater, henholdsvis mellom 3 og 9,5 % (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Ungdomsalderen er kjennetegnet av upredikerbar, impulsiv og reaktiv atferd som kan sammenlignes med flere av diagnosekravene i BPD (Quinn, 2009). Opptil 50% av voksne med selvmordsatferd oppfyller kravene til en personlighetsforstyrrelse (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001). Multiple selvmordsforsøkere har større sannsynlighet for å tilfredsstillere diagnosekravene til BPD (Forman et al., 2004), ett av diagnosekravene er da også «tilbakevendende suicidal atferd» (Miller, Rathus, & Linehan, 2007). For pasienter med BPD er selvmordsatferd vanlig, og denne gruppen viser særlig slik atferd når de også tilfredsstiller kriteriene for en depresjon (Paris, 2004).

BPD er en personlighetsforstyrrelse som kjennetegnes av ustabilitet i interpersonlige relasjoner, selvilde, og affekter. I tillegg til fremtredende impulsivitet. Dette mønstret viser seg i starten av voksenlivet og vedvarer på tvers av kontekster (American Psychiatric Association, 2000. p. 706). Linehan (1993) anser dysfunksjonell emosjonsregulering som ett av de viktigste elementene i denne lidelsen, og antar at det er dette som gir opphav til flest problemer. Personlighetsforstyrrelser diagnostiseres i utgangspunktet ikke før individet når voksen alder. Dette har sammenheng med at personligheten fortsatt er i utvikling i ungdomsårene (Miller et al., 2007; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). Miller et al. (2008) konkluderer i sin gjennomgang av litteraturen på BPD at det ser ut til å være støtte for diagnosens validitet, reliabilitet og prevalens hos ungdommer på tross av kontroverser i feltet. Tidlig korrekt diagnose kan legge grunnlaget for best mulig behandling og forhindre at maladaptive atferdsmønstre blir kroniske (Miller et al., 2008). Et aspekt som er særlig

problematisk i behandling av denne gruppen er tendensen til svært høyt frafall fra behandling (Fleischhaker et al., 2011; Miller et al., 2007).

5.13. Komorbiditet

Det virker å være vanligere med komorbide lidelser hos ungdommer med multiple selvmordsforsøk, sammenlignet med ungdommer som bare prøver en gang.

Stein et al. (1998) fant at multiple selvmordsforsøk i større grad enn enkeltstående forsøk var assosiert med komorbiditet hos ungdommer. Dette støttes av flere studier hvor det ble funnet at komorbiditet er assosiert med økt risikoen for gjentatte selvmordsforsøk hos ungdommer (Esposito et al., 2003b; Groholt et al., 2006; Rudd et al., 1996). Roberts et al. (1998) fant at desto flere faktorer assosiert med selvmordsatferd som var tilstede hos en ungdom, desto større var faren for gjentakelse av atferden. Resultater fra voksne støtter dette, komorbiditet har vist seg å være signifikant korrelert med antall selvmordsforsøk (Monnin et al., 2012). Goldston et al. (1999) fant ikke at komorbiditet mellom affektive lidelser, atferdsproblemer og/eller rusmisbruk, predikerte gjentakelse av selvmordsforsøk. Forfatterne påpeker at utvalget var tidligere innlagte ungdommer karakterisert av høy komorbiditet. Innenfor denne populasjonen kan det altså se ut til at komorbiditet ikke skiller mellom gjengangere og engangsforskere.

De studiene vi til nå har gjennomgått antyder at gjengangere har mer alvorlig problematikk på de fleste områder, sammenlignet med ungdommer som gjør ett forsøk. Men at patologien ikke er kvalitativt ulik mellom disse to gruppene. Dette stemmer overens med forskning på voksne som viser at personer med gjentatte selvmordsforsøk generelt har mer alvorlige og komplekse psykiatriske lidelser (Monnin et al., 2012). Voksne med multiple selvmordsforsøk har alvorligere psykopatologi, tanker/planer om selvmord og interpersonlige vansker, sammenlignet med en gruppe med ett selvmordsforsøk (Forman et al., 2004). Esposito et al. (2003b) fant tilsvarende resultater for ungdommer.

Selvmordsatferd hos ungdommer er et komplekst fenomen hvor flere ulike faktorer spiller inn. Wolfsdorf et al. (2003) påpekte i sin gjennomgang av forskningen på feltet viktigheten av å undersøke hvordan emosjonelle aspekter som depresjon, sinne og angsttilstander virker sammen med andre faktorer som impulsivitet og ønske om å dø.

Forskningen på slike forhold er i midlertidig svært begrenset (Wolfsdorf et al., 2003). Rusmisbruk kan påvirke evnen til problemløsning, som igjen øker risikoen for selvmord/selvordsforsøk (Mehlenbeck et al., 2003). I tillegg virker det som nevnt å være en assosiasjon mellom impulsivitet og problemløsning (Kashden et al., 1993), og impulsivitet er et trekk ved BPD, som er en risikofaktor for gjentatte selvmordsforsøk (Forman et al., 2004). Som nevnt i kapittel 1.1. er det ikke en hendelse, eller en risikofaktor som kan forklare et selvmord, men flere faktorer og hendelser som virker sammen og som varierer mellom individer. Dette viser kompleksiteten vi møter i behandlingen av disse pasientene.

Som tidligere påpekt er prediksjon av selvmordsforsøk på individnivå vanskelig (Stangeland, 2012). I studien til Grotholdt et al. (2006) ble det som nevnt funnet flere variabler som kunne skille mellom engangs og gjentatte selvmordsforsøk. Men flere av ungdommene som senere repeterte hadde få av disse variablene. På tross av funn som tyder på forskjeller på gruppenivå kan vi ikke identifisere ungdommer *uten* risiko for gjentakelse (Grotholt et al., 2006).

5.14. Oppsummering; Hva er behovene til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?

Forskning har vist at den viktigste risikofaktor for ett nytt selvmordsforsøk er tidligere forsøk. Risikoen er størst den første tiden etter forsøket og øker med antall tidligere forsøk. Implikasjonene av dette er at det er viktig å tilby rask hjelp for disse ungdommene.

For å vite hva som bør vektlegges i behandling er det nødvendig å vite hva som skiller ungdommer med og uten gjentatte selvmordsforsøk. Studiene som her er gjennomgått fokuserer på ulike faktorer, og en rekke av disse har altså vist seg å være relevante for gjengangere. For å benytte denne kunnskapen til å utvikle behandlingsopplegg er det nødvendig å ta et overordnet perspektiv og samle forskningsresultatene. Da kan behandlingsbehovene til ungdommer som gjør gjentatte selvmordsforsøk identifiseres.

Utfordringene i behandlingen ligger i kompleksiteten og alvorlighetsgraden i lidelsesbildet. Tanker om selvmord er en risikofaktor, men som nevnt kan dette forstås som et symptom heller enn en direkte årsak. I tråd med dette er det relevant å kartlegge tanker og planer om selvmordsforsøk i behandlingen, men å fokusere på årsaksfaktorene.

Relasjonelle/interpersonlige problemer er en svært viktig faktor i ungdommers selvmordsatferd, og forskningen tyder på dårligere sosiale relasjoner for gjengangere. Det virker å være økt fare for selvmordsatferd blant ungdommer i tilfeller med komorbide psykiatriske lidelser. Rusmisbruk og BPD blir her trukket frem som viktig komorbiditet. Viktigheten av rusmisbruk som komorbid faktor understøttes også av at overdose som nevnt er vanligste metode for selvmordsforsøk hos ungdommer. Angst og atferdsproblemer er også relatert til gjentakelsesfare av selvmordsforsøk, og vil være relevante faktorer i forhold til komorbiditet. I studier har det blitt funnet at ungdommer som repeterer selvmordsatferd skårer høyere på personlighetstrekkene angst og sinne. Dette antyder at problemene vedvarer utover den aktuelle krisen og bør adresseres i behandling for å skape varig bedring.

Depresjonsskårer virker å være mer alvorlige for gjengangere enn for de med bare ett forsøk. I tillegg har depresjon blitt vist å være en faktor som påvirker andre variabler relatert til selvmordsatferd. Dårlig affektregulering virker å være en relevant faktor ved gjentakelse av selvmordsatferd. Dette er også ett aspekt ved BPD, som vi har sett er en viktig risikofaktor. I tillegg er ungdomsalderen en periode hvor affektregulering er under utvikling. Vi har også sett at økning i negative emosjoner er det som oftest får ungdommene til å gå fra tanker om selvmord til handling. Sammen antyder dette at affektregulering er en faktor som er viktig å behandle i møte med gjengangere. Dette støttes av at angst, aggresjon og impulsivitet har blitt relatert til gjentatt selvmordsatferd. Det er rimelig å forvente at bedre affektregulering også vil skape bedring på disse områdene.

Aspekter ved mestring og problemløsningsevne er involvert i gjentakelse av selvmordsatferd hos ungdommer. I en studie oppgav ungdommer at årsak til eget selvmordsforsøk var mangel på alternative handlingsmåter. I tråd med dette antas mestring og problemløsning å være relevant for behandling. Dette er aspekter som vi kan anta også vil være relevant i forhold til sinne, angst og impulsivitet, da ungdommene blir bedre rustet til å håndtere problemene sine på adaptive måter.

De kliniske implikasjonene vi kan trekke fra denne gjennomgangen er at det er viktig å se helhetlig på ungdommens problematikk. For å få oversikt over alle problemene deres og hjelpe ungdommene ut av det destruktive mønstret, er det essensielt at vi forstår den individuelle selvmordsprosessen. Da kan vi legge behandlingsfokuset på de områdene ungdommene har de største problemene.

Gjengangere kan altså oppsummert antas å ha behov for hjelp til å forbedre relasjon til familie og jevnaldrende. Det kan være nyttig med trening i affektregulering og problemløsning/mestring. Eventuelt fokus på impulsivitet i sammenheng med dette. Videre virker det å være ett klart behov for behandling av psykiatriske lidelser. Generelt kan man slutte at depresjonsbehandling bør være en del av et suksessfullt behandlingsprogram for gjengangere, i tillegg til behandling av eventuelle komorbide lidelser.

Det vi står igjen med er affektregulering, problemløsning, depresjon, komorbiditet, og sosiale relasjoner eller tilknytning til familie og jevnaldrende som fem viktige behov i behandlingstilnærmingen for denne gruppen.

Kapittel 6. Behandling

6.1. Status på behandlingsforskning

Det eksisterer begrenset empirisk dokumentasjon på behandlinger som reduserer risikoen for selvmordsatferd blant ungdommer med tidligere selvmordsforsøk (Robinson et al., 2011). Effektstudier av ulike behandlingsmetoder svekkes av at utvalgene har vært små, og mange studier har ekskludert ungdommer med selvmordsrisiko grunnet sikkerhetshensyn (Pearson, Stanley, King & Fisher, 2001). Dette problemet gjenspeiler seg også i behandlingsforskning som ikke er rettet mot selvmordsatferd. I behandling av depresjon for ungdommer er selvmordsatferd ofte et ekskluderingskriterie (Diamond et al., 2010; Miller et al., 2007). Selvmordsfare er også ofte et ekskluderingskriterie i farmakologisk forskning (Miller et al., 2007).

Konsekvensen av dette blir at vi har mangelfull kunnskap på behandling av selvmordsnære ungdommer. Det tiltaket som har sterkest evidens for å forhindre selvmord per i dag er begrensning av tilgang til metode (Paris, 2006). Dette er problematisk fordi det ikke er en permanent løsning. Behandlinger må ta sikte på å endre ønske/behovet ungdommen har for å ta sitt eget liv. Først når man har oppnådd dette er løsningen permanent.

6.2. Innleggelse eller poliklinisk behandling?

Psykologisk behandling kan foregå poliklinisk eller på døgnavdeling hvor pasienten er inneliggende over kortere eller lengre tid. Møte med selvmordsnære pasienter kan vekke usikkerhet hos terapeuten, og innleggelse vurderes ofte som et alternativ. Dette på tross av manglende empirisk grunnlag for effekten av en slik intervensjon (Paris 2007).

Retningslinjene fra sosial og helsedirektoratet fraråder innleggelser av pasienter med kronisk selvmordsfare (Helsedirektoratet, 2008). I tråd med dette postulerer Stangeland (2012) at behandling av ungdommer med kronisk selvmordsatferd bør foregå poliklinisk. Når ungdommer uttrykker ønske om å ta livet sitt, involveres foreldre og akuttinnleggelse vurderes for å få kontroll over situasjonen. En konsekvens av dette er at ungdommene fratras ansvaret for seg selv. Det bør skilles mellom kronisk og akutt selvmordsfare. Den akutte kan være en reaksjon på en depresjon eller en krisesituasjon, og det forventes at selvmordsfare vil avta etter en kortere innleggelse. For ungdommer med kronisk selvmordsfare vil man derimot ikke forvente at en kortere innleggelse vil redusere faren. Dette er en gruppe med emosjonelt ustabile trekk, hvor selvmord er blitt en mestringsstrategi i stressende situasjoner (Stangeland, 2012).

Dette kan tyde på at ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk bør behandles poliklinisk, dersom det ikke er en økning i akutt selvmordsfare. Det viktige er å undersøke den enkelte ungdommens behov, og vurdere hvorvidt en innleggelse kan imøtekomme disse behovene. Innleggelser bør ikke skje på grunnlag av psykologens frykt for å miste pasienter (Stangeland, 2012). Ett alternativ som brukes i økende grad for å imøtekomme pasienter med selvmordsfare er ambulante akutt-team, som faller mellom poliklinikk og innleggelse (Stangeland 2009; 2012). Dette er et tiltak som kan være relevant for å sikre trygghet for disse pasientene i krisesituasjoner uten bruk av innleggelse (Stangeland, 2012; Wergeland & Gråwe, 2012).

Med utgangspunkt i dette vil det bli vurdert to polikliniske behandlingstilnæringer for ungdommer med gjentatte selvmordskriser, ABFT og DBT-A.

6.3. Tilknytnings-basert familie terapi (ABFT)

Gjennomgangen av forhold som er relevante for gjengangere konkluderte med at sosiale faktorer, som inkluderer både familie og jevnaldrende, er viktige for behandlingen av denne gruppen. Basert på dette er det interessant å se på familierapi som en mulig behandlingstilnærming.

6.3.1. Teoretisk grunnlag for ABFT.

ABFT er en tilknytningsbasert familierapi som viser lovende resultater for ungdommer med selvmordsatferd. Behandlingsformen er manualbasert, varer 12 – 16 uker og er spesielt utviklet for å takle familieprosesser assosiert med depresjon og selvmord (Diamond et al., 2010; Israel, Diamond, Siqveland, & Diamond, 2011).

For å skape en trygg base for ungdommenes utvikling fokuserer ABFT på å styrke tilknyttingen til foreldrene (Diamond et al., 2010). Målet er å forbedre kommunikasjon mellom ungdom og foreldre, styrke tilknytning, og skape tillitt til at foreldrene er tilgjengelige og støttende (Israel et al., 2011).

Behandlingen har sitt utspring i interpersonlige teorier for depresjon, hvor kvaliteten på relasjonene i familien antas å kunne forårsake, forsterke og beskytte mot depresjon (Joiner & Coyne, 1999). Det viktigste teoretiske og empiriske grunnlaget kommer fra tilknytningsteori og forskning på tilknytning. Men strukturell-, multidimensjonal-, og emosjonsfokusert familierapi er også inkludert (Israel et al., 2011). Det er hovedsakelig en prosess- og emosjonsfokusert modell hvor det tas sikte på å forbedre familiens kapasitet for problemløsning, affektregulering og samhörighet. Men det brukes også atferdsmessige, kognitive og psykoedukative intervensjoner (Diamond et al., 2010).

Målet i ABFT er å endre endre viktige tilknytningsprosesser. Som å øke foreldrenes emosjonelle inntoning og tilgjengelighet. Opplegget skal hjelpe ungdommene å overkomme taps- og traumeopplevelser og løse de negative forventingene de har i forhold til foreldrenes tilgjengelighet. Dette gjøres gjennom forbedring av kommunikasjon og problemløsning i relasjonen mellom ungdommen og foreldrene (Israel et al., 2011). Målene er basert på Bowlbys antagelse om at tilknytning og relasjonelle erfaringer kan endres gjennom ny erfaring (Bowlby, 1969; Omtalt i Israel et al., 2011). Samspillet med foreldrene er viktig for utviklingen av kognitive og interpersonlige evner; som evne til å ta andres perspektiv, emosjonsregulering, impuls kontroll, og problemløsning. I tråd med dette fokuserer ABFT på

samspillet i foreldre-barn dyaden. Når samspillet forbedres blir dette ungdommenes trygge base som brukes for å lære kognitive og interpersonlige evner (Israel et al., 2011).

Behandlingen bygges opp rundt fem oppgaver som er utformet for å oppnå bestemte behandlingsmål (Diamond et al., 2010). Første mål er å styrke familiens forhold til hverandre gjennom nye forståelsesrammer for relasjonene. Oppgaven gjennomføres i samtale med hele familien. Den andre oppgaven er identifisering av familiekonflikter koblet til ungdommens selvmordsatferd, og gjøres alene med ungdommen. Ungdommen forberedes på å skulle diskutere konfliktene med foreldrene på et senere tidspunkt. Den tredje oppgaven tar sikte på å lære foreldrene emosjonsfokuserte oppdragelsesevner og empati, og gjøres i samtale med foreldrene alene. Denne oppgaven gir også foreldrene mulighet til å uttrykke egne vansker. I den fjerde oppgaven samles familien igjen for å diskutere de problemene som har kommet frem, samt øve på nye kommunikasjonsevner, problemløsning og evner til affektregulering. Målet er å gjenskape tilknytningsbåndene innad i familien. Når tilknytningsbåndene er styrket, er den siste oppgaven å styrke ungdommens autonomi uten å miste samhørigheten med familien. Fokus ligger da på forbedring av skolefungering og økning av lystbetonte aktiviteter (Diamond et al., 2010; Israel et al., 2011). Behandlingen er basert på en semistrukturert manual. Dette åpner for individuell tilpasning i fremgangen gjennom de ulike oppgavene (Diamond et al., 2010).

6.3.2. Behandlingsstudier på ABFT.

Diamond et al. (2010) gjorde en randomisert kontrollert studie med ungdommer som viste lovende resultater for ABFT. Sammenlignet med forsterket vanlig behandling (Enhanced usual care) viste ABFT større og raskere reduksjon i tanker/planer om selvmord, og resultatene vedvarte i oppfølgingsperioden. ABFT ga større klinisk bedring, og nesten signifikante resultater på reduksjon av depresjonsskårer. Over 60 % av ungdommene som deltok i studien hadde en historie med tidligere selvmordsforsøk. Av disse var 63 % i kontrollgruppen og 82 % i ABFT-gruppen klassifisert som multiple forsøkere (Diamond et al., 2010).

ABFT har også blitt tilpasset og utprøvd for homo- og biseksuelle ungdommer med selvmordsatferd (Diamond et al., 2012). Resultatene viser at gjennom fokus på foreldrenes aksept av barnets legning kan ABFT redusere tanker/planer om selvmord og depresjon for disse ungdommene. Tilpasningene i behandlingsmetoden gikk hovedsakelig på å bruke mer

tid alene med foreldrene for at de skal arbeide seg frem til en aksept. Ni av ti deltagere i studien rapporterte tidligere selvmordsforsøk, hvorav syv rapporterte multiple tidligere forsøk.

Begge nevnte studier er gjennomført på relativt små utvalg. Men effektstørrelsene var høye for tanker/planer om selvmord, noe som gir grunnlag for optimisme med hensyn til videre arbeid (Diamond et al., 2010). Effektstørrelser er et mål på hvor stort utbytte (effekt) deltagerne i praksis hadde av behandlingen (Flay et al., 2005), og er derfor viktige i denne sammenhengen.

Diamond et al. (2010) inkluderte bare mål for tanker/planer om selvmord og depresjon. Det medfører at studiet ikke ga grunnlag for slutninger om hvordan intervensjonen virker på tilknytningsforhold, som er et av hovedmålene for behandlingen. Diamond et al. (2012) hadde med effektmål for både tilknytningsangst og tilknytningsunnvikelse. Analysene viste ingen signifikant reduksjon, men effektstørrelsene var henholdsvis moderat til høy. Diamond, Reis, Diamond, Siqueland og Isaacs (2002) gjorde en studie på ABFT for ungdommer med depresjon. De fant nesten signifikante resultater for reduksjon av selvmords tanker/planer og familiekonflikt, samt økning i tilknytning til mor. I likhet med tidligere nevnte studier, reduseres påliteligheten også her av ett relativt lite utvalg.

Diamond, Siqueland og Diamond (2003) fant blant annet at når terapeuten tok initiativ til å arbeide for bedring av familiens fungering, rapporterte ungdommene forbedring i både familiesamhørighet og oppfattet tilknytning til foreldrene. Dette indikerer at ABFT kan være nyttig for forbedring av familieforholdene for deprimerte ungdommer (Diamond et al., 2003).

6.4. Dialektisk atferdsterapi for ungdommer (DBT-A)

DBT den eneste behandlingstilnærmingen med mer enn en klinisk studie som viser at den er i stand til å redusere selvmordsforsøk hos voksne (Miller et al., 2007). DBT anses som en evidensbasert behandling for voksne med problematikk som innebærer gjentakende selvmordsatferd (Miller et al., 2007). Basert på dette er det relevant å se på DBT for ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk.

6.4.1. Teoretisk grunnlag for DBT-A.

DBT er utviklet for behandling av kronisk suicidale BPD pasienter. Kronisk suicidal innebærer vedvarende tanker/ planer om selvmord, og ofte trusler eller snakk om selvmord. Pasientene har vansker med å finne grunner til å fortsette å leve, og kan forsøke å ta eget liv og/eller selvskade seg ved flere anledninger (Miller et al., 2007). BPD er som vi har sett tidligere en risikofaktor for gjentatt selvmordsatferd hos ungdom. Behandlingen inkluderer individualterapi, evnetreningsgrupper, støtte til terapeuten og telefonkonsultasjoner. Fokus er på bedring av interpersonlig effektivitet/problemløsning (kompetanse til å ytre egne behov, sette grenser og fremdeles opprettholde relasjonen og selvrespekten), emosjonsregulering og stresstoleranse. Det benyttes atferdsmessige og kognitive teknikker. For eksempel problemløsning, atferdsmodifikasjon, og eksponering (Linehan, 1993). Tilpasningene av DBT som er gjort for ungdommer går ut på at behandlingen kuttes ned fra ett år til 12/16 uker, reduksjon av antall evner som skal læres, og tilpassing av språket til ungdommens utviklingsmessige nivå (Rathus & Miller, 2000). Foreldre inkluderes i evnetreningsgrupper med andre familier som tar for seg mindfulness, interpersonlig effektivitet, emosjonsregulering, og stresstoleranse (Rathus & Miller, 2002). Foreldre lærer ulike evner for å forbedre forholdet til ungdommene, og for å sikre at lærdommen fra terapi generaliseres til hverdagen. I de tilfellene hvor familieproblematikk virker å være sentralt inkluderes foreldre også i individualterapien (Rathus & Miller, 2002).

Selvmondsatferd forstås som maladaptiv håndtering av intense negative emosjoner. Atferdens funksjon er regulering av følelser og å utløse hjelp fra et miljø som ellers oppleves som lite støttende og invaderende (Miller, Nathan & Wagner, 2010). Selvmondsatferden kan være et forsøk på problemløsning, det vil si en lært metode for å redusere eller slippe unna emosjonelt stress (Miller et al., 2007). Basert på dette er fokuset å hjelpe pasientene til bedre emosjonsregulering i møte med stressorer (Paris, 2007).

DBT tar utgangspunkt i det dialektiske rammeverket som innebærer at enhver lidelse anses som et resultat av multiple årsaker. Miljøet og individet blir fremstilt i et transaksjonelt forhold med gjensidig avhengighet og påvirkning. Selvmondsatferd forstås som forårsaket av miljø og biologi i kombinasjon. (Miller et al., 2007). Tanker og planer om selvmord behandles ikke som livstruende atferd dersom det er lite intensivt eller stabil, eller ikke koblet til selvskading eller annen risikofylt atferd. For noen blir selvmordstanker en vane og er

stabile over tid. Slike tanker må overvåkes kontinuerlig av terapeuten, spørres om og være tema i terapien. Dersom det skjer endringer i disse tankene, eller de øker i omfang, betraktes det som livstruende atferd (Miller et al., 2007).

Det viktigste prinsippet i DBT er balansen mellom endring og validering. Validering innebærer at terapeuten er i stand til å forstå, og kommunisere til pasienten at atferden er forståelig i den aktuelle situasjonen (Miller et al., 2010). Pasienten opplever forståelse for sin maladaptive atferd, og dette balanseres opp mot endringsrettede intervensjoner.

Behandlingen har tre hovedmål i prioritert rekkefølge: Redusering av livstruende atferd, redusering at atferd som er problematisk for gjennomføringen av terapien, og redusering av atferd som minsker livskvaliteten (Rathus & Miller 2002). Både behandlingen som helhet og den enkelte timen struktureres i samråd med pasienten slik at det jobbes med den atferden som er mest alvorlig (Miller et al., 2010). Terapeuten og ungdommen blir enige om mål innenfor dette rammeverket før behandlingen starter opp (Miller et al., 2010).

6.4.2. Behandlingsstudier av DBT-A.

Rathus & Miller (2002) sammenlignet DBT-A med «treatment as usual» (TAU). Gruppene var like i henhold til selvmordshistorie med gjennomsnittlig 1,5 tidligere selvmordsforsøk (Rathus & Miller, 2002). Gruppen som mottok DBT-A hadde i utgangspunktet mer alvorlig symptomatologi, men resultatene viste nedgang i innleggelser og lavere behandlingsfracfall enn kontrollgruppen. Basert på dette blir resultatene tolket som positivt for DBT (Rathus & Miller, 2002). I DBT gruppen var det signifikant reduksjon av symptomnivå og tanker/planer om selvmord. Tanker/planer om selvmord ble ikke målt for TAU gruppen, hvilket medfører at vi ikke kan konkludere at DBT var bedre enn TAU på reduksjon av dette, bare at det var en reduksjon innenfor DBT gruppen. 92% av DBT gruppen hadde en komorbid depresjon ved behandlingsstart. Dette er pasienter som basert på selvmordsfaren sannsynligvis ville vært ekskludert fra en vanlig depresjonsstudie. Det ble funnet signifikant reduksjon av depresjon, hvilket antyder at DBT er effektiv for deprimerte selvmordsnære ungdommer (Rathus & Miller, 2002). Denne studien hadde også mål for BDP trekkene; forvirring om selvet, impulsivitet, emosjonell dysregulering, og interpersonlige vansker. Disse målene ble bare brukt på DBT-A gruppen. Resultatene viste signifikant nedgang for alle disse trekkene (Rathus og Miller, 2002).

Fleischhaker (et al., 2011) viste i sin pilotstudie at DBT-A ble akseptert av både pasientene selv og deres familier, og at den var assosiert med forbedringer innenfor en rekke domener. Herunder selvmordsatferd, ikke-suicidal selvskadende atferd, emosjonell dysregulering og depresjon. Resultatene samsvarer med resultatene til Rathus og Miller (2002). Inkluderingskriteriene var selvmordsatferd eller ikke-suicidal selvskadende atferd, og at minst tre BPD kriterier var oppfylt. Ved oppstart av behandlingen hadde 67% av pasientene minst ett selvmordsforsøk bak seg, og hvorav tre hadde forsøkt mer enn en gang (Fleischhaker et al., 2011).

Katz, Cox, Gunasekara, og Miller (2004) sammenlignet DBT og TAU for selvmordsnære ungdommer innlagt på døgnavdeling. Begge gruppene viste signifikant reduksjon av selvmordsatferd, depresjon og tanker/planer om selvmord. Inkluderingskriteriene var minst ett tidligere selvmordsforsøk eller alvorlige tanker/planer om selvmord. I artikkelen refereres intervensjonen til som DBT, men innholdet i intervensjonen tilsvarer det som andre steder refereres til som DBT-A. Videre i oppgaven vil dette derfor bli referert til som en studie på DBT-A.

Quinn (2009) påpeker i sin gjennomgang av behandlingsforskningen på ungdommer og tilpasset DBT (tilsvarende DBT-A) at data blant annet ikke er randomisert og gjort med små grupper. Hun konkluderer med at det ikke enda er evidens for at DBT-A er en effektiv behandlingstilnærming for ungdommer, men at mer forskning behøves på området. På tross av disse forbeholdene, virker DBT-A som en lovende behandlingstilnærming for denne pasientgruppen.

Kapittel 7. Drøfting

7.1. Hvor godt dekker ABFT og DBT-A behandlingsbehovene til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?

Ett overordnet perspektiv på forskningen på ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk resulterte i identifisering av fem viktige behandlingsbehov for denne gruppen: Affektregulering, problemløsning, depresjon, komorbiditet, og sosiale relasjoner

eller tilknytning til familie og jevnaldrende. Spørsmålet blir nå om behandlingstilnærmingen ABFT og DBT-A har effekt på disse fem, og dermed om disse behandlingene er relevante for gjengangere.

7.1.1. Affektregulering.

ABFT tar sikte på å forbedre affektregulering i relasjon mellom ungdom og foreldre, samt øke foreldrenes emosjonelle tilgjengelighet (Israel et al., 2011). I DBT-A er affektregulering ett av områdene hvor det fokuseres på å øke ungdommenes kompetanse (Rathus & Miller, 2002).

Som nevnt tidligere utvikles evnen til affektregulering videre i ungdomsårene. Negative affekter øker (Ge et al., 1994; Rudolph & Hammen, 1999), og det er normalt for ungdommer å ha større humørsvingninger enn voksne (Larson et al., 1980). Dårlig affektregulering er en risikofaktor for selvmordsatferd hos ungdommer, og gjengangere viser dårligere reguleringsevner enn de med ett enkelt forsøk (Zlotnick et al., 1997). Basert på dette kan vi anta at affektregulering er særlig viktig i behandlingen av ungdommer, og at dette er ett av de områdene hvor intervensjoner kan bidra til å redusere gjentakelsesfaren. Studiene vi har gjennomgått gir ikke grunnlag for å fastslå om selvmordsproblematikken har forhindret utviklingen av affektregulering, om dårlig affektregulering har forårsaket selvmordsproblematikken, eller om det er andre underliggende tredjevariabler som påvirker begge disse faktorene. Men det er rimelig å anta at økte evner til affektregulering vil være forebyggende mot videre selvmordsproblematikk.

Som nevnt er vedvarende tanker/planer om selvmord en risikofaktor for gjentakelse, og assosiert med dårlig affektregulering (Overholser & Spirito, 2003; Spirito et al., 2003b). Tidligere har tanker/planer om selvmord blitt introdusert som et tegn på at noe er galt, og ikke en risikofaktor i seg selv. Det er i denne sammenhengen rimelig å anse tanker/planer som ett symptom på maladaptiv affektregulering. I tråd med dette kan vi forvente at selvmordstankene reduseres dersom behandlingen lykkes med å forbedre affektreguleringen. Diamond et al. (2010; 2012) viste at ABFT kan redusere tanker/planer om selvmord for den aktuelle gruppen. I mangelen på effektforskning kan vi ikke konkludere med at det er forbedringer i affektregulering som er årsaken til denne reduksjonen, men dette er en interessant hypotese for videre forskning.

ABFT fokuserer som nevnt på å bedre ungdommenes affektregulering gjennom å forbedre tilknytning og kommunikasjon mellom ungdommen og foreldrene. I kapittel 3 ble det vist at dette er viktig for å sikre en trygg base for ungdommene slik at de blir i stand til å håndtere utfordringene de møter (Allan & Land, 1999). Ungdommene blir i ABFT gitt muligheten til å snakke med foreldrene om negative følelser. Dette styrker evnen til å kommunisere om og regulere egne følelser (Israel et al., 2011). I så måte kan man si at ABFT er tilpasset ungdommenes utviklingsstadiet. Diamond et al. (2002) har vist at ABFT har potensialet til å forbedre tilknytningen mellom ungdom og foreldre. Det er ikke gjennomført studier som innebærer mål på kommunikasjon. Dette medfører at det ikke er mulig å fastslå om ABFT er i stand til å forbedre emosjonsregulering gjennom forbedring av kommunikasjon.

I DBT-A forstås selvmordsatferd som ett forsøk på affektregulering (Miller et al., 2010). Derfor er det viktig at ungdommene får nye metoder for å håndtere følelsene sine. Eksempel på evner som bidrar til forbedring av affektregulering i DBT er å identifisere og navngi egne følelser, dette bidrar til bevisstgjøring. Ungdommene lærer å identifisere årsakene til de følelsene de opplever, egne reaksjoner og konsekvenser av disse reaksjonene (Linehan, 1993).

Rathus og Miller (2002), og Fleischhaker et al. (2011) viste at DBT-A kan redusere emosjonell dysregulering. DBT-A fokuserer på å lære ungdommen bedre affektregulering i møte med stressorer, og dette gjøres i utgangspunktet uten foreldrene til stede. En del av tilpasningen som er gjort for at DBT skal brukes på ungdommer er at foreldrene inkluderes i grupper hvor det blant annet fokuseres på emosjonsregulering og økt toleranse for stress (Rathus og Miller, 2002). Dette gjør foreldrene i stand til å bistå ungdommene i møte med problemer.

Vi ser altså at DBT-A i likhet med ABFT er tilpasset ungdommens utviklingsstadiet, og tar høyde for at foreldrene er en viktig kilde til emosjonell utvikling.

7.1.2. Problemløsning.

Som tidligere nevnt er ungdomsalderen er en periode hvor autonomi er under utvikling. En konsekvens av dette er at ungdommene ikke lengre har like stort behov for hjelp fra foreldrene. Man kan anta at ungdommer som er dårlige på problemløsning, og dermed

behøver mer hjelp, vil få økte utfordringer relatert til autonomi og uavhengighet. Dette er aspekter som er viktige i ungdomsårene og det er rimelig å forvente at problemer på disse områdene vil gi ekstra utfordringer i en periode som allerede er krevende på mange områder.

Problemløsning blir i ABFT, i likhet med affektregulering, behandlet gjennom forbedring av relasjonen mellom ungdommen og foreldrene. Familien trenes på kommunikasjon og problemløsning (Diamond et al., 2010). Ungdommene lærer ikke en bestemt problemløsningsteknikk. Foreldrene og ungdommene lærer å samarbeide om å løse problemene. Når problemløsning læres gjennom samarbeid innad i familien, kan dette også bidra til forbedring i tilknytning (Israel et al., 2011).

I DBT-A lærer foreldrene problemløsning i grupper på samme måte som affektregulering. Ungdommene lærer også dette i individualterapi (Rathus & Miller, 2002). I DBT-A anses selvmordsatferd som forsøk på problemløsning og/eller affektregulering, og ungdommene lærer nye måter å håndtere dette på (Miller et al., 2007). Problemløsningsstrategien i DBT-A går ut på å forstå og akseptere ett valgt problem gjennom atferdsanalyse. Gjennom løsningsanalyser genereres og implementeres det alternative løsninger for problemet (Miller et al., 2007). Problemløsningsstrategiene er ansett som hovedmekanismen for endring, og behandlingen tar sikte på å utvikle en aktiv problemløsningsstil (Miller et al., 2007). En aktiv problemløsningsstil innebærer å gjøre noe for å endre problemet ved at det tilnærmes direkte og løsninger blir vurdert og planlagt (McAuliffe et al., 2002). Voksne med gjentatte selvmordsforsøk har, som nevnt tidligere, en tendens til å respondere passivt på problemene sine. En passiv reaksjon innebærer å reagere med håpløshet og ikke endre oppfattelsen av eller egen reaksjon til problemet (McAuliffe et al., 2002). Vi har tidligere vært inne på forskning som viser at problemløsningsintervensjoner er relatert til gjentakelse hos både voksne og ungdommer (McLeavey et al., 1994; Rudd et al., 1996; Salkovskis et al., 1990). I tråd med dette antas det at fokus på aktiv problemløsning vil være ett godt tiltak for denne pasientgruppen.

Forholdet mellom problemløsning og selvmordsatferd kan, som tidligere påpekt, være under påvirkning av impulsivitet. Impulsivitet har blitt assosiert med gjentatte selvmordsforsøk hos ungdommer (Esposito et al., 2003b; Stein et al., 1998), og bør derfor vurderes når vi trener disse ungdommene i problemløsning (Kashden et al., 1993). DBT er utviklet for BPD, en pasientgruppe som kjennetegnes av impulsivitet. Impulsiv atferd er også vanlig hos ungdommer generelt (Quinn, 2009). Basert på dette kan vi anta at en

behandlingstilnærming som også tar hensyn til impulsivitet vil være en fordel i møte med ungdommer med BPD trekk. DBT har som mål å øke ungdommenes evne til å tolerere negativt stress. Bak ethvert forsøk på å endre noe ved seg selv ligger evne til å tolerere negativt stress, en del av dette innebærer å hemme impulser til å gjøre det man vanligvis gjør. Dette krever øvelse i å akseptere tilstander og å våge stå i ubehagelige følelser. På denne måten bidrar DBT til økning i impuls kontroll gjennom økte evner til å tolerere negativt stress (Linnehand, 1993). Dette støttes av resultatene til Rathus og Miller (2002) som viste nedgang i impulsivitet for ungdommene med BPD trekk som mottok DBT-A. I rasjonale for ABFT nevnes impulsivitet som en av reguleringssevner hvor en trygg tilknytning til foreldrene vil kunne bidra til utvikling, men det er ikke gjort studier som gir grunnlag for å vurdere denne hypotesen (Israel et al., 2011).

Oppsummert kan man si at problemløsning er et aspekt ved både ABFT og DBT-A som er godt tilpasset ungdommenes utviklingsstadiet, og godt tilpasset behandlingsbehovene for gjengangere. ABFT tar ikke sikte på en aktiv problemløsningsstil på samme måte som DBT-A, men fokuserer som nevnt på samarbeid med foreldrene. I tråd med studien til McAuliffe et al. (2002) som er omtalt tidligere kan det virke som om den aktive problemløsningsstilen i DBT-A er bedre tilpasset gruppen som gjentar selvmordsforsøk. ABFT tar som nevnt sikte på å legge grunnlaget for videre utvikling av problemløsningsevne hos ungdommer gjennom relasjon til foreldrene (Israel et al., 2011), og kan dermed anses som bedre tilpasset ungdommer. Man kan altså ikke slutte hvilken av behandlingene som er best tilpasset ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk.

7.1.3. Depresjonsbehandling.

Alvorlig depresjon er som nevnt tidligere ofte til stede hos gjengangere. Sammen med depresjon er også håpløshet assosiert med gjentakelse. Alvorlighetsgraden av depresjon og håpløshet er viktig å få kartlagt i møte med gjengangere (DiFilippo et al., 2003; Esposito, et al., 2003a; Hawton et al., 1999). Vi har tidligere vært inne på at risikofaktorer som håpløshet og problemløsning ikke er uavhengig av depresjon (Hawton et al., 1999). Depresjon har negativ innvirkning på en rekke kognitive funksjoner (Hammar & Årdal, 2009). Basert på dette kan man forvente at behandling av depresjon vil gi positive ringvirkninger i forhold til disse to. I tråd med dette er det relevant å slutte at depresjon bør behandles for at pasienten skal kunne få fullt utbytte av intervensjoner for å forbedre problemløsning. Dette taler for at

depresjon er ett svært viktig område i behandlingssammenheng, og muligens bør komme tidlig i behandlingsforløpet. Tidligere i denne oppgaven har det blitt påpekt at i slutten av selvmordsprosessen mangler individet ofte håp om bedring. Håp er viktig å skape for å unngå fatale utfall av selvmordskriser (Mehlum & Hytten, 1999). I tråd med dette er det viktig å huske at depresjonsbehandling alene sannsynligvis ikke er nokk. Det må også skapes endringer på andre områder, slik at ungdommene får lyst til å leve igjen.

ABFT fokuserer på selvmord og depresjon (Diamond et al., 2010). Dette er viktig fordi depresjon, som nevnt, er en sentral faktor i gjentakelse av selvmordsatferd. I ABFT anses depresjon og selvmordsatferden som forhold som påvirkes av foreldre (Diamond et al., 2010). Derfor behandles ungdommens depresjon gjennom å forbedre relasjonen til foreldrene. Gjennom systematisk identifisering og oppløsning av viktige konflikter innad i familien, samt arbeid med de vanskelige og sårede følelsene som individene bærer på, vil tilknytningsbåndene styrkes. Når disse båndene er styrket vil ungdommene igjen kunne søke foreldrenes støtte i møte med ulike stressorer. Foreldrene kan da hjelpe ungdommene til å utvikle nødvendige resurser for å håndtere stressorer og sårbarheter som kan forårsake eller forsterke en depresjon. Forbedringer i relasjonen til foreldrene er derfor tenkt å kunne bidra til reduksjon og forhindre tilbakefall av depresjon (Diamond, Diamond, & Hogue, 2007; Diamond et al., 2002). Studier på ABFT viser lovende resultater på reduksjon av depresjonsskårer for ungdom med selvmordsatferd (Diamond et al., 2010; 2012). Depresjonsskåren har blitt redusert både ved behandlingsavslutning og ved oppfølging 6 måneder senere (Diamond et al., 2002), noe som taler for langvarige effekter.

DBT-A har ikke et spesifikt fokus på depresjonsbehandling. Depresjon kommer innunder komorbide problemer og behandles dersom det er tilstede. Det er en rekke studier som viser at DBT kan redusere depresjonsskårer for ulike grupper. For voksne med suicidal atferd og BPD (Harned et al., 2008), for inneliggende ungdommer med tanker/planer om selvmord (Katz et al., 2004), og i poliklinisk behandling med selvmordsnære ungdommer (Fleischhaker et al., 2011; Rathus & Miller, 2002). På bakgrunn av dette virker DBT-A å være en effektiv behandling for ungdommer med depresjon, og dermed godt tilpasset gjengangere.

Basert på evidensen som er gjennomgått, kan man anta at ABFT og DBT-A har likeverdig effekt på depresjon. Begge virker å imøtekomme behandlingsbehovet for depresjonsbehandling hos ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk. Det gjenstår å

gjennomføre store randomiserte studier på disse behandlingene, samt å teste behandlingene opp mot andre evidensbaserte intervensjoner for deprimerte ungdommer.

7.1.4. Sosiale relasjoner og tilknytning.

Terapi med barn og ungdommer avhenger av allianse med både foreldre og barnet for å skape terapeutisk endring (Kazdin, Whitley, & Marciano, 2006; Svendsen, 2007). For at foreldrene skal engasjere seg i terapien og støtte barnets utviklingsprosess er forståelsen av terapi viktig (Svendsen, 2007). Ungdom i Norge er underlagt foreldrenes ansvar frem til fylte 18 år, og som nevnt fortsetter foreldre å være en viktig støtte i utviklingen også i ungdomsalderen. Foreldre tilbringer mer tid med ungdommene enn terapeuten, og derfor kan inkludering av foreldrene i terapien hjelpe ungdommen med å generalisere evnene de lærer (Jurich, 2008). Som tidligere beskrevet er relasjonelle faktorer viktige for å forstå ungdommers selvmordsatferd og vurdere gjentakelsesfare. Dette gir grunnlag for å involvere foreldre i behandlingen av gjengangere.

Hovedmålet for ABFT er styrkning av tilknytning mellom ungdom og foreldre (Diamond et al., 2010; Israel et al., 2011). Diamond et al. (2002) viste blant annet at ABFT har potensiale til å forbedre tilknytning til mor hos deprimerte ungdommer. Gjentatt selvmordsatferd har som nevnt blitt definert som en relasjonell lidelse (Ghio et al., 2011). Det er også tidligere redegjort for at dannelsen av nye sikre tilknytningsrelasjoner er viktig i suicidale ungdommers bedringsprosess (Bostik & Everall, 2007). I tråd med dette er det en styrke for ABFT at relasjoner og tilknytning er hovedfokus. Som nevnt vil usikker tilknytning i barndommen kunne skape problemer for utviklingen av identitet og autonomi (Orbach, 2007). Det er også påpekt tidligere i oppgaven at identitetsutviklingen muliggjør et selvstendig selv i kombinasjon med nære relasjoner til andre (Kroger, 2000). Det at ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk sliter med interpersonlige relasjoner taler for at de ikke har lyktes i å utvikle en balanse mellom autonomitet og tilhørighet til andre, og man kan anta at identitetsutviklingen er problematisk. Dette taler for et fokus på forbedring av tilknytningsrelasjoner slik at vi kan hjelpe ungdommene tilbake på rett utviklingsvei, i tråd med ABFT.

DBT-A har interpersonlig effektivitet som en av evnene ungdommene lærer (Rathus & Miller, 2002). Rathus og Miller (2002) fant blant annet reduksjon av interpersonlige vansker for ungdommene med BPD trekk, hvilket antyder at DBT-A kan være en effektiv behandling

for slike problemer. Behandlingen omfattet evnetreningsgrupper, som blant annet lærer foreldrene interpersonlig effektivitet for å forbedre forholdet til ungdommene. Det er ikke gjennomført effektstudier på inkluderingen av foreldre i disse gruppene. DBT-A har som utgangspunkt å inkludere foreldre/familie i individualterapien i de tilfellene hvor familieproblematikk virker å være sentralt (Rathus & Miller, 2002). Basert på den forskningen som er gjennomgått i denne oppgaven er det rimelig å anbefale at dette gjøres med gjengangere.

I kapittel 3 ble det påpekt at tilknytningsmønstrene fra barndommen overføres til relasjoner med jevnaldrende i ungdomsalderen, tilknytningen med foreldrene legger altså grunnlaget for relasjon til jevnaldrende (Allen og Land, 1999). Fokus på å forbedre tilknytningen til foreldrene i ABFT kan antas å ha ringvirkninger også på ungdommens relasjoner med jevnaldrende. Som nevnt tidligere kan venner være viktig i bedringsprosessen som kilde for sikker tilknytning (Bostik & Everall, 2007). Det har også blitt påpekt at relasjon til jevnaldrende blir veldig viktig i ungdomsalderen (Kroger, 2000). I ABFT fokuseres det på å forbedre ungdommens generelle fungering, for eksempel på skole og med jevnaldrende (Diamond et al., 2010). Israel et al. (2011) påpeker at en fordel med ABFT er at trening i interpersonlig problemløsning, emosjonsregulering og forbedret relasjon til jevnaldrende er viktig for å bygge ungdommens kompetanse og øke positive opplevelser. DBT-A fokuserer som nevnt på interpersonlige evner, og skiller ikke mellom foreldre og venner på dette området. Det er utfra dette relevant å anbefale et utvidet fokus på relasjon til jevnaldrende i behandlingen av denne gruppen.

Oppsummer virker DBT-A og ABFT å imøtekomme gjengangeres behov for forbedring av sosiale evner. Basert på diskusjonen ovenfor syntes ABFT å være noe bedre tilpasset ungdommer gjennom fokus på tilknytning.

7.1.5. Komorbiditet.

DBT-A fokuserer på ulike problemer samtidig, og tar for seg det problemområdet som er viktigst for den enkelte ungdommen. DBT-A skiller seg på denne måten fra andre behandlingsopplegg for ungdommer fordi fokus i utgangspunktet ligger på komorbide problemer, noe som oftest er ekskluderingskriterier fra behandlingsforskning (Miller et al., 2007). Rathus og Miller (2002) viste at DBT-A er lovende for omfattende problemer. Det gjør behandlingsformen relevant for gjengangere som vi har sett er en gruppe med omfattende

problematikk. Det har blitt vist at DBT kan redusere rusavhengighet, depresjon, angstlidelser og spiseforstyrrelser hos voksne kvinner med tilbakevendende selvmordsatferd og BPD (Harned et al., 2008). DBT viser lovende resultater på ungdommer med atferdsforstyrrelser (Nelson-Gray et al., 2006; Trupin, Stewart, Beach & Boesky, 2002). Woodberry og Popenoe (2008) fant blant annet reduksjon av sinne hos ungdommer med selvskading med og uten suicidal intensjon, ved bruk av DBT. Dette antyder at DBT kan være effektiv for behandling av komorbide lidelser som er relevant for gjengangere. Det er i midlertidig verdt å bemerke at ikke alle disse studiene var gjort på DBT-A, men noen benyttet DBT som altså ikke innebærer tilpasningene til ungdom beskrevet i kapittel 6.4.1. Dette gjør at man bør være forsiktig med å trekke slutninger om effekten av DBT-A på disse områdene.

For å tilpasse DBT-A til gjengangere vil det være anbefalt å ha fokus på rusproblematikk. Behandlingen fokuserer som nevnt tidligere først og fremst på livstruende atferd, og deretter atferd som forstyrrer terapien. Rusmisbruk kan defineres som livs- og terapiforstyrrende atferd og det kan derfor antas at det vil bli tatt opp i dette behandlingsforløpet.

ABFT fokuserer ikke på komorbiditet. Rusmisbruk, BPD og andre komorbide lidelser som vi har sett øker faren for gjentakende selvmordsatferd tas ikke opp i behandlingen. Det er rimelig å anta at en tilpasning av ABFT som involverer kartlegging av komorbide problemer og utvidet fokus på dette vil være nyttig for ungdommer med gjentakende selvmordsatferd. Ett av målene i ABFT er behandling av traume, også dette gjøres med utgangspunkt i relasjonene mellom foreldre og ungdom. Dette virker å være relevant for gjengangere basert på at fysiske og seksuelle overgrep, som nevnt tidligere, er relatert til gjentakelse. ABFT er som beskrevet tidligere tilpasset homofile- og biseksuelle ungdommer med selvmordsatferd (Diamond et al., 2012). En tilsvarende tilpasning for ungdommer med komorbid rusproblematikk, angstlidelse og atferdsforstyrrelse vil potensielt gjøre behandlingen effektiv også for disse ungdommene.

Komorbiditet inkluderer en rekke lidelser. Det er nødvendig at behandlingstilnærmingene som benyttes for gjengangere er fleksible nok til å imøtekomme den enkelte ungdommens behov. Som nevnt tidligere ligger utfordringen i behandling av gjengangere på kompleksiteten og alvorlighetsgraden av lidelser de sliter med. Det er viktig å se helhetlig på problematikken og ta hensyn til individuell variasjon.

7.2. Evaluering av behandlingene i forhold til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk.

Som vi har sett virker ABFT og DBT-A lovende med tanke på å ivareta de fem behandlingsbehovene tidligere identifisert hos gjengangere. Det vil videre i drøftingen bli fokusert på andre relevante aspekter ved nevnte behandlinger, samt mulige tilpasninger til gjengangere.

7.2.1. Grunnlag for å anta at ABFT og DBT-A vil være fordelaktig for gjengangere.

Et aspekt ved behandling av ungdommer som skiller seg fra behandling med voksne er at familiekonteksten har særlig stor påvirkningskraft (Israel et al., 2011). Dieserud et al. (2010) fant at ungdommenes lidelser i stor grad er forårsaket av konflikter med foreldrene. Basert på dette anbefaler de en familieorientert intervensjon med fokus på familiesystemet for de aller fleste av disse tilfellene. Denne anbefalingen var ikke spesifikt rettet mot ungdommene med *gjentatte selvmordsforsøk*, men for alle ungdommer i risikozonen for selvmordsatferd. Som nevnt tidligere er aspekter ved familien, inkludert tilknytning, assosiert med økt risiko for gjentakelse. Basert på dette anses ABFT som en relevant behandlingstilnærming for gjengangere. Gjennomgangen av behandlingsstudier på ABFT bekreftet at dette er en lovende intervensjon. Studiene har hatt små utvalg, men viser gjennomgående gode effektstørrelser og støtter antagelsen om at ABFT er en effektiv intervensjon.

DBT tar sikte på å lære ungdommer med alvorlige emosjonelle og atferdsmessige vansker å håndtere reaksjonene sine i situasjoner som oppleves kaotisk (Quinn, 2009). Utvalget til Rathus og Millers (2002) DBT-A studie hadde høy risiko for selvskadning/selv mord, noe som antyder at metoden kan være nyttig for pasienter med alvorlige kliniske symptomer (Rathus & Miller, 2002). Fleischhaker et al. (2011) konkluderer med at pasientene syntes å takle de ulike kravene ungdomsalderen medfører på en bedre måte etter gjennomført DBT-A. Dette var basert på både forbedringer i mål på generell fungering («Global Level of Functioning»), og terapeutens vurdering av behandlingsbehov. Dette kan tyde på at DBT-A er godt tilpasset gjengangere.

DBT fokuserer på å holde pasienten i behandling. Som nevnt er dette et problem ved kronisk selvmordsatferd hos både voksne og ungdommer (Fleischhaker et al., 2011; Miller et al., 2007). DBT-A har vist seg å kunne redusere frafallet for denne gruppen (Fleischhaker et al., 2011). Dette er positive resultater fordi første steg til suksessfull behandling av enhver gruppe er å få pasientene til å gjennomføre behandlingen. ABFT har ikke fokus på dette, noe vi kan anta er en svakhet i en slik sammenheng.

Som vi har vært inne på tidligere har de forskjellige faktorene ulik betydning for hver enkelt ungdom. En konsekvens av dette er at behandlingen bør være fleksibel slik at den kan tilpasses den enkeltes behov. Felles for de to behandlingene vi her har sett på er at begge har semistrukturert intervjuguide, og at de er fleksible i tilpasning til den enkelte klient. ABFT gir rom for å bruke lengre tid individuelt med både ungdommen og foreldre om nødvendig (Diamond et al., 2010). Denne tilpasningen har, som nevnt tidligere, vært brukt på homo- og biseksuelle ungdommer med gode effekter (Diamond et al., 2012). Dette tyder på at ABFT kan tilpasses behovet til den enkelte ungdommen. DBT-A tar opp det som til enhver tid er alvorligst problematikk, slik at behandlingen følger pasienten (Miller et al., 2010). Denne fleksibiliteten kan antas å være en styrke i møte med gjengangere.

7.2.2. Utvidet poliklinisk behandling.

DBT-A og ABFT kan anses som omfattende behandlingsopplegg. DBT-A inkluderer som nevnt evnetreningsgrupper (Rathus & Miller, 2002), i tillegg til telefonkontakt ved behov, og støtte til terapeutene fra et utvidet behandlingsteam (Miller et al., 2007). ABFT tar med hele familien, samt samtaler alene med foreldrene. Det jobbes i tillegg for å forbedre ungdommens generelle fungering som nevnt ovenfor (Diamond et al., 2010). Gjennomgangen av forskningen på ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk har vist at denne gruppas patologi er alvorlig og kompleks. Dette gir grunnlag for å anta at disse ungdommene behøver mer enn vanlig individuell poliklinisk oppfølging. Begge behandlingsmetodene vil derfor være relevante å gå videre på i forhold til behandling av ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk.

Som nevnt tidligere er det ikke gitt at innleggelse er fordelaktig for pasienter med kronisk selvmordsfare, men mulighet for at de vil ha større utbytte av omfattende poliklinisk behandling. Tidligere selvmordsforsøk er, som tidligere påpekt, den viktigste risikofaktoren for gjentakelse. For å hindre gjennomførte selvmord er det en forutsetning at selvmordsfaren

overvåkes kontinuerlig. Dette gjøres i DBT-A (Miller et al., 2007). Innleggelse bør vurderes dersom selvmordsfaren får en plutselig økning. ABFT har ikke en slik uttalt overvåkning av selvmordsfare. Dette kan anses som en svakhet fordi det kan påvirke ungdommenes sikkerhet. Som nevnt tidligere kan en konsekvens av innleggelse være at ungdommer fratras ansvar for seg selv, og det er også nevnt flere ganger i denne oppgaven at autonomi er viktig i ungdomsalderen. En behandlingsintervensjon som fratras ungdommene ansvar for seg selv kan derfor gå på tvers av behovene deres.

7.2.3. Terapeutens rolle.

Terapi med ungdommer er ofte utfordrende for terapeuten. Ungdommer tester grenser, utfordrer og forholder seg ikke alltid til høflighetsnormene. De har ofte ikke selv valgt å komme til behandling, og motivasjonen kan i flere tilfeller være lav (Myrstad, 2009). Stangeland (2012) argumenterer for at terapeuten må våge å leve med risikoen for selvmord. Når ungdommene kommer til terapi, er kravet at de skal lære å håndtere emosjonelle belastninger og usikkerhet. De samme kravene bør stilles til terapeuten. Dette kan være krevende, og kronisk suicidale pasienter anses som en utfordrende pasientgruppe å ha i behandling (Stangeland, 2012). Tilknytningsrelasjoner er relevant for bedringsprosessen, og har vært diskutert tidligere (Bostik & Everall, 2007). Allianse defineres vanligvis som ett affektivt- og samarbeidsbånd mellom terapeut og klient (Martin, Garske & Davis, 2000). Alliansen kan også forstås som en tilknytningsrelasjon, å anses som en viktig del av det som gjør psykoterapi effektivt (Obegi, 2008). Relasjon til terapeuten er en generell faktor i terapi, og er derfor relevant på tvers av ulike behandlingstilnærminger (Halperin, Weitzman, & Otto, 2010). Martin et al. (2000) fant i sin metastudie at allianse var moderat men konsistent relatert til behandlingsutfall. Terapeuten er altså en viktig faktor for vellykket terapi.

Ett aspekt ved den terapeutiske alliansen er at den kan bidra til å holde pasienten i behandling (Halperin et al., 2010). Som vi har vært inne på tidligere, er dette ofte ett problem i behandlingen av pasienter med BPD trekk (Fleischhaker et al., 2011; Miller et al., 2007). Basert på den høye komorbiditeten mellom BPD og gjengangere (Forman et al., 2004), og den lave prosenten som har vært i behandling siste året før selvmordsforsøket (Sakinofsky, 2000), kan man anta at dette er et relevant problem for majoriteten av gjengangere.

DBT inkluderer støtte for terapeuten gjennom samarbeid basert på antagelsen om at effektiv behandling også inkluderer oppmerksomhet på terapeutens atferd og erfaringer fra

terapien (Miller et al., 2007). Det vil være naturlig å anbefale en inkludering av støtte til terapeuten også ved bruk av ABFT for å sikre best mulig behandling, og for at terapeuten skal være i stand til å jobbe med denne pasientgruppen. En slik tilpasning av ATBF støttes av Bostik og Everall (2007) som konkluderer med at det er fordelaktig om terapeuten er i stand til å være en trygg base for ungdommene. Terapeuter som mottar støtte fra et team kan vi anta vil være bedre rustet for å oppfylle en slik rolle.

7.2.4. Oppfølging.

Fleischhaker et al. (2011) fulgte ungdommene opp ett år etter endt behandling, og de positive resultatene vedvarte. Dette antyder at resultatene av DBT-A kan vedvare over tid. Diamond et al. (2010) fant at de positive resultatene fra ABFT vedvarte i en oppfølgingsperiode på 6 måneder. ABFT antas å ha vedvarende effekt etter at behandlingen er ferdig på bakgrunn av at det bygges sikre tilknytningsrelasjoner til foreldre (Diamond et al., 2010). På tross av disse resultatene har ingen av behandlingsformene opplegg for oppfølging av pasientene.

Som nevnt flere ganger i denne oppgaven er faren for tilbakefall hos gjengangere svært høy. Fokus på ettervern/oppfølging er et klart behov. Korte oppfølgingsperioder er som nevnt tidligere et problem med forskningen på risikofaktorer, og en konsekvens av dette kan være manglende kunnskap om langtidseffekter. Man kan anta at jevnlig oppfølging av ungdommene i minimum ett år etter endt behandling vil være ett viktig skritt for å forhindre tilbakefall, i tillegg til å øke kunnskapen om langtidseffekter. Det er rimelig å forvente at oppfølging, og hjelp til problemløsing, vil kunne bidra til at problemene ikke vokser seg så store at ungdommene blir desperate nokk til å foreta ett nytt selvmordsforsøk.

7.2.5. Tilpasninger for undergrupper.

I gjennomgangen av faktorer som er viktig i behandlingen av gjengangere ble det lagt vekt på fem generelle faktorer. Det ble også pekt på at ulike risikofaktorer kan ha ulik betydning for hvert enkelt individ, og ikke alle faktorene er representert hos hver enkelt. Dette støttes av Neeleman (et al., 2004) som fant at for voksne er ulike risikofaktorer relatert til hvor i selvmordsprosessen individet er. Basert på dette vil vi kunne anta at det er relevant å kartlegge det enkelte individs selvmordsprosess ved starten av behandlingsopplegget, uavhengig av valg av behandlingstilnærming eller teoretisk ståsted. En slik tilnærming vil

være i tråd med behovet for å kartlegge intensjon bak selvmordsforsøket som er beskrevet tidligere (Hjelmeland, 1996).

De to ulike behandlingstilnærmingene vi her har sett nærmere på har noe ulike tilnærming og fokusområder. I tråd med dette kan det være naturlig å anbefale ulike behandling basert på forståelsen av den individuelle selvmordsprosessen.

Som nevnt ved flere anledninger er autonomi under utvikling hele ungdomsperioden. Yngre ungdommer er mer avhengig av foreldrene sine enn eldre ungdommer som er kommet lengre i utviklingen av autonomi. Studiene på ABFT og DBT-A skilte ikke mellom yngre og eldre ungdommer, ett skille som heller ikke forskningen på risikofaktorer virker å ha tatt tilstrekkelig hensyn til. I kapittel 3 ble det påpekt ulikheter i forhold til normalutvikling hos eldre og yngre ungdommer. I tråd med dette kan man anta at yngre ungdommene vil kunne dra større nytte av ABFT enn DBT-A, på bakgrunn av utvidet fokus på tilknytning og relasjon til foreldre i ABFT. Det er også relevant å anbefale forskning på risikofaktorer tilknyttet ulike perioder av ungdomsalderen. I en periode i livet med så mange endringer er det naturlig å forvente ulike utfordringer og behov på ulike stadier.

Alternativt kan vi anta at DBT-A er et bedre alternativ for eldre ungdommer, som er kommet lengre i utviklingen av autonomi. DBT for voksne har evidens for behandling av BPD (Miller et al., 2007), og de studiene vi har sett på for DBT-A fokuserer hovedsakelig på ungdommer med BPD trekk. I tråd med dette kan man forvente at for ungdommer som tilfredsstillter diagnosekravene for BPD så vil DBT-A være det naturlige valget. Siden DBT-A, til forskjell fra ABFT, virker å være en behandling som ivaretar komorbide problemer, kan vi anta at ungdommer med flere diagnoser vil kunne dra større nytte av denne behandlingen. ABFT har vist lovende resultater for depresjon og tanker/planer om selvmord. Derfor kan man forvente at det vil være den foretrukne intervensjonen når depresjon og familieproblematikk er de viktigste årsaksfaktorene for selvmordsatferd.

En tentativ konklusjon er at ulike ungdommer vil profilere bedre på hver av behandlingene, og at individuell tilpasning bør være utgangspunktet for valg av behandlingstilnærming. I tråd med dette vil det også være relevant å spørre ungdommene selv om årsaksfaktorer og hva som er problemområdene i hvert enkelt tilfelle. Dette er relatert til utviklingen av autonomi i ungdomsalderen som omtalt tidligere. Retten til selvbestemmelse kan anses som svært viktig i møte med ungdommer i behandling.

7.2.6. Skam.

Som tidligere nevnt er det ikke alle som gjentar selvmordsatferd som viser de identifiserte risikofaktorene (Grotholt et al., 2006). Prediksjon av selvmordsatferd og gjentakelse på individnivå er vanskelig (Stangeland, 2012). Dette kan tyde på at det er en eller flere viktige risikofaktorer som til nå ikke har blitt identifisert. I litteratursøket til denne oppgaven har det ikke blitt identifisert studier hvor skam blir relatert til gjentakelse av selvmordsforsøk hos ungdommer. Dette er ett område forskningen muligens burde se nærmere på.

Skam er en viktig selvbevisst følelse som utvikles fra 2 årsalderen (Rosenblum & Lewis, 2003), men fortsetter å spille en viktig rolle også i utviklingen i ungdomsårene (Reimer, 1996). Skam er følelsen av å være uverdigg, utilstrekkelig og liten (Wiklander, Samuelsson & Åsberg, 2003). Det er ofte både intenst og smertefullt å oppleve, (De Rubeis & Hollenstein, 2009) og innebærer en nedvurdering av global egenverdi (Crowe, 2004). Som tidligere nevnt er skam relatert til både autonomi og identitet, som begge er viktige utviklingsoppgaver i ungdomsalderen. Reimer (1996) argumenterer for at skam som følge av mangel på sikker tilknytning får negative konsekvenser for utviklingen av identitet i ungdomsalderen. Han anser også skam for å være en viktig faktor i selvmordsatferd og psykopatologi. Dette støttes av Fullagar (2003) som blant annet fant at ungdommer tenkte på selvmord som en måte å unnsnippe skam.

Etter et selvmordsforsøk er det ikke uvanlig å oppleve sterk skamfølelse (Wiklander et al., 2003). Skam har blitt relatert til flere av risikofaktorene for gjentakelse av selvmordsatferd hos ungdommer; depresjon (De Rubeis & Hollenstein, 2009), BPD (Brown, Linehan, Comtois, Murray, & Chapman, 2009; Crowe 2004), dårlig selvtilitt (Reimer, 1996) og seksuelt misbruk (Milligan & Andrews, 2005). Skam er også blitt relatert til selvskadende atferd (Brown et al., 2009; Milligan & Andrews, 2005). Dette tyder på at skam kan være en risikofaktor for gjentakelse som forskningen til nå har oversett.

Skam kan også forhindre hjelpesøkning. Det er viktig at hjelpepersonell opptrer respektfullt for å motvirke skamfølelsen hos overlevende etter selvmordsforsøk (Wiklander et al., 2003). Dette kan forstås slik at skam bør adresseres og forsøkt redusert for å oppnå behandlingsallianse, og holde vedkommende i behandling slik at vi kan arbeide med de underliggende problemene. Miller et al. (2007) påpeker viktigheten av validering slik at

pasienten skal være i stand til å tåle egne følelser uten overveldende opplevelsen av skam. Affektregulering har allerede vært diskutert i forhold til DBT-A og ABFT. På bakgrunn av det som nå er gjennomgått om skam er det likevel relevant å anbefale et særlig fokus på dette i behandlingen av gjengangere. Dette er et område hvor det virker å være behov for mer forskning, både relatert til risikofaktorer og behandlingsintervensjoner.

7.3. Er evidensen representativ for ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?

Forskningen som er gjort på DBT-A og ABFT skiller ikke mellom enkeltstående og gjentatte selvmordsforsøk. Det er derfor relevant å undersøke hvorvidt resultatene er generaliserbare til gjengangere.

7.3.1. Generaliserbarhet til gjengangere.

Studiene på ABFT er gjort på utvalg hvor ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk utgjør henholdsvis 60% (Diamond et al., 2010) og 90% (Diamond et al., 2012) av utvalget. Gjengangere er altså i flertall selv om studiene i utgangspunktet ikke skiller mellom enkeltstående og gjentatte selvmordsforsøk. De positive resultatene kan derfor antas å være generaliserbare til gjengangere. Rathus og Miller (2002) oppgir gjennomsnitt av selvmordsforsøk å være 1,5 med standardavvik på 2,1. Dette indikerer at ikke hele utvalget hadde forsøkt selvmord, men at noen hadde gjort det flere ganger. Fleischhaker et al. (2011) oppgir at 67% av utvalget hadde minst ett selvmordsforsøk, 3% av utvalget hadde mer enn ett forsøk, og 33% var uten selvmordsforsøk. Katz et al. (2004) inkluderte også ungdommer med alvorlig tanker/planer om selvmord og spesifiserer ikke antall selvmordsforsøk. DBT-A er en behandlingsintervensjon for både selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvskading, hvilket forklarer inkluderingen av ikke suicidal selvskading. Dette gjør dog at resultatene fra DBT-A ikke har samme generaliserbarhet til gjengangere som resultatene for ABFT.

Fleischhaker et al. (2011) og Rathus og Miller (2002) inkluderte bare ungdommer med BPD- trekk eller diagnose. Det er ikke på nåværende tidspunkt evidens for at DBT-A virker for ungdommer uten BPD trekk. Basert på at ungdommene med BPD trekk antas å ha alvorligere symptomatologi (Rathus og Miller, 2002) kan man likevel anta at DBT-A også er relevant for gjengangere med ingen eller færre BPD trekk. Katz et al. (2004) sammenlignet

DBT-A og TAU for innlagte ungdommer mellom 14 og 17 år med selvmordsatferd. Begge gruppene viste signifikant reduksjon av selvmordsforsøk, depressive symptomer og tanker/planer om selvmord etter ett år. Siden studiet ikke hadde BPD som inkluderingsskriterie, støttes antagelsen om at DBT-A er relevant også for ungdommer uten BPD trekk.

7.3.2. Kjønnforskjeller.

Tidligere i denne oppgaven har det blitt vist kjønnforskjeller i selvmordsatferd i forhold til både gjennomføring, gjentakelse og risikofaktorer (Hjelmeland, 1999; Monnin et al., 2012; Schrijvers et al., 2012). Studiene på ABFT og DBT-A har stor overvekt av jenter i utvalgene. Dette svekker generaliserbarheten til gutter. Kjønnutvalget i studiene virker i midlertidig å representere kjønnsfordelingen i populasjonen med gjentatte selvmordsforsøk. Det ser ut til å være, som nevnt tidligere, flere jenter enn gutter som repeterer (Corcoran et al., 2004; Wichstrøm 2000), men det virker ikke å være oppnådd konsensus i litteraturen om dette.

Som nevnt tidligere finner flere studier kjønnforskjeller i diagnoser som øker risikoen for selvmordsatferd (Fennig et al., 2005; Kelly et al., 2004; Monnin et al., 2012). I tillegg viser jenter en økning i depresjon ved starten av ungdomsalderen (Essau, Lewinsohn, Seeley, & Sasagawa, 2010) og kvinner er klart overrepresentert i gruppen med BPD (Simmons, 1992). Dette er to diagnoser som øker risikoen for gjentatte selvmordsforsøk hos ungdommer. Forskningen viser som nevnt at menn oftere dør av selvmord (Hjelmeland, 1999; Monnin et al., 2012; Schrijvers et al., 2012) hvilket kan antyde at vi ikke er i stand til å tilby tilfredsstillende behandlingsintervensjoner for denne gruppen. Det virker å være tydelige kjønnforskjeller på en rekke områder assosiert med selvmordsatferd og gjentakelse. Menn og kvinner kan være to ulike subpopulasjoner, noe som gir implikasjoner for ulike behandlingstilnærminger (Monnin et al., 2012). Basert på dette fremstår den manglende forskningen på gutters selvmordsatferd og behandling av dette som særlig problematisk. Det virker å være behov for mer fokus på behandlingsintervensjon for gutter.

7.3.3. Behov for mer forskning.

Sammenlignet med TAU har det blitt vist at DBT-A reduserer innleggelser under behandling og behandlingsfravall (Rathus og Miller, 2002). Katz et al. (2004) sammenlignet

DBT-A og TAU for inneliggende ungdommer, og fant blant annet at DBT-A hadde signifikant reduksjon av atferdsproblemer under innleggelsesperioden. Begge gruppene viste signifikant reduksjon av parasuicidal atferd (som inkluderer både selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvsykning), depressive symptomer og tanker/planer om selvmord ved oppfølging etter ett år (Katz et al., 2004). Fleischhaker et al. (2011) manglet kontrollgruppe, og verken Katz et al. (2004) eller Rathus og Miller (2002) hadde en sann randomiseringsprosedyre. Dette gjør at vi ikke kan slutte at DBT-A er bedre enn annen behandling. Til det behøver vi større randomiserte studier. Basert på Miller og Rathus (2002) og Katz et al. (2004) kan det se ut som at DBT-A er bedre enn ingen behandling for ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk.

Studiene vi her har gjennomgått for ABFT kan heller ikke brukes til å konkludere med at denne er bedre enn annen behandling. Diamond et al. (2012) hadde ingen kontrollgruppe. Sammenlignet med TAU har det blitt vist at ABFT var signifikant bedre på reduksjon av tanker/planer om selvmord og depressive symptomer (Diamond et al., 2010). Diamond et al. (2002) viste at ABFT produserte signifikant større reduksjon av depresjons- og angstsymptomer, sammenlignet med ventelistekontroll. På bakgrunn av disse studiene kan det antas at ABFT er mer effektiv enn ingen behandling for ungdommer med tanker/planer om selvmord og depresjon, men man kan ikke dra slutninger i forhold til annen behandling.

Det er behov for større randomiserte studier med kontrollgrupper for å kunne dra sikre konklusjoner om effektiviteten for noen av disse to behandlingsintervensjonene. Det er særlig viktig at det gjøres sammenlignende behandlingsstudier som spesifikt tar for seg ungdom med gjentatte selvmordsforsøk for å kunne fastslå effekten av ABFT og DBT-A på denne gruppen. Eventuelt hvilke undergrupper som vil profilere best på de ulike behandlingene.

Som nevnt tidligere har opptil to tredjedeler av de som gjennomfører selvmord en historie med tidligere forsøk (Sakinofsky, 2000; Spirito, 2003a) men likevel har bare rundt halvparten hatt kontakt med profesjonelle mentale hjelpearbeidere det siste året av livet (Sakinofsky, 2000). Studiene som viser at behandling virker å være bedre enn ingen behandling taler for at det bør jobbes aktivt for å få disse ungdommene inn i behandlingsapparatet. DBT-A har som nevnt dette som fokus, og har vist seg å kunne redusere frafallet fra behandling (Fleischhaker et al., 2011). Dette er ikke ett uttalt tema i ABFT, noe det vil være rimelig å anbefale i forhold til gjengangere.

Kapittel 8. Konklusjon

I denne oppgaven har følgende problemstilling blitt belyst; *Hvilke behandlingsbehov har ungdommer som gjør gjentatte selvmordsforsøk? Hvordan ivaretar ulike behandlingstilnærminger behovet til ungdommer med gjentatte selvmordsforsøk?*

Et overordnet perspektiv på litteraturen på ungdommer og gjentakelse av selvmordsforsøk resulterte i behandlingsbehov i forhold til fem risikofaktorer: Affektregulering, problemløsning, depresjon, komorbiditet, og sosiale relasjoner eller tilknytning til familie og jevnaldrende.

Vi har sett at behandlingstilnærmingene ABFT og DBT-A synes å imøtekomme disse behovene. Begge behandlingene har fokus på affektregulering, problemløsning og sosiale relasjoner/tilknytning. Det kan virke som at ABFT er beste behandlingsalternativ for korrigerende av tilknytningsrelasjoner. ABFT er utviklet for å håndtere depresjon og selvmordsatferd, med gode effekter på depresjon. DBT-A er utviklet for å håndtere komplekse problemer og komorbide lidelser. DBT-A har vist seg effektivt for en rekke av lidelsene som ofte er tilstede hos gjengangere, inkludert depresjon. ATBF har ikke fokus på komorbiditet, et område som DBT-A ser ut til å dekke best. Det ser også ut til at begge behandlingene er godt tilpasset ungdommers utviklingsmessige behov i forhold til alle de fem faktorene.

For å styrke ABFT og DBT-A som behandlingsintervensjoner for gjengangere kan det anbefales opplegg for oppfølging av pasientene etter endt behandling. Det har også blitt pekt på et behov for støtte til terapeuten i ATBF. Ikke alle risikofaktorene er tilstede hos alle gjengangerne. I tråd med dette har det blitt anbefalt at individuelle behov bør vurderes før igangsetting av behandling. Det er en mulighet for at ulike undergrupper vil profilere bedre på den ene av de to omtalte behandlingsformene. I tråd med dette vil det også være relevant å se på forskjeller i behandlingsbehovene for ulike aldersgrupper innenfor ungdomsalderen.

Det må gjøres studier som sammenligner de to behandlingsformene for ungdommer med flere selvmordsforsøk. Konklusjonene i denne oppgaven er bare basert på teoretiske antagelser, og kan kun brukes som utgangspunkt for videre forskning. På tross av dette kan ABFT og DBT-A anses som lovende for gjengangere.

Det har i denne oppgaven blitt påpekt to områder hvor forskningen ikke virker å være tilstrekkelig; kjønnsforskjeller og opplevelsen av skam. Det er relevant å anbefale videre forskning på disse områdene for å kunne forbedre behandlingsintervensjonene for ungdom med gjentatte selvmordsforsøk.

Referanseliste:

- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in Adolescence. I Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (319-335). New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association (2000).
- Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal Processes and Physiological Growth in Adolescence. I Adams, G. R., & Berzonsky, M.D. (Red.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (24-47). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Aro, H. M., Marttunen, M.J., & Lönnqvist, J.K. (1993). Adolescent development and youth suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 359-365.
- Bjerke, T. (1991). Selvmord og selvmordsforsøk blant unge; problemets omfang, behandling og forebyggende arbeid. Trondheim: Tapir forlag.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Saiz-Gonzalez, M. D., Saiz-Ruiz, J., ... & de Leon, J. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 149- 155.
- Boergers, J., & Spirito, A. (2003). The Outcome of Suicide Attempts among Adolescents. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (262- 276). USA: Academic Press.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for Adolescent Suicide Attempts: Associations With Psychological Functioning. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1293.
- Bostik, K. E., & Everall, R. D. (2007). Healing from suicide: adolescent perceptions of attachment relationships. *British Journal of Guidance & Counseling*, 35, 79 – 96.

- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 815- 822.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (1991). Individual Differences Are Accentuated During Periods of Social Change: The Sample Case of Girls at Puberty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 157- 168.
- Corcoran, P., Keeley, H. S., O`Sullivan, M., & Perry, I. J. (2004). The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *European Journal of Public Health*, 14, 19-23.
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: Shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 327- 334.
- Crumley, F. E. (1990). Substance abuse and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3051-3056.
- De Rubeis, S., & Hollenstein, T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 46, 477-482.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Hogue, A. (2007) Attachment-Based Family Therapy: Adherence and Differentiation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 177- 191.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., & Siqueland, L. (2012). Attachment-Based Family Therapy for Suicidal Lesbian, Gay and Bisexual Adolescents: A Treatment Development Study and Open Trial with Preliminary Findings. *Psychotherapy*, 49, 62-71.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1190 – 1196.
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107-127.

- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*, 122-131.
- Dieserud, G., Gerhardsen, R. M., Van den Weghe, H., & Corbett, K. (2010). Adolescent Suicide Attempts in Bærum, Norway, 1984-2006. Trends, Triggers and Underlying Reasons. *Crisis, 31*, 255-264.
- DiFilippo, J. M., Esposito, C., Overholser, J., & Spirito, A. (2003). High-Risk Populations. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (229- 259). USA: Academic Press.
- Dori, G. A., & Overholser, J. C. (1999). Depression, Hopelessness, and Self-Esteem: Accounting for Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*, 309-318.
- Ekeberg, Ø. (1999). Akutt intervensjon ved suicidalkriser. I Mehlum, L (Red.), *Tilbake til livet; Selvmordsforebygging i teori og praksis* (158- 174). Norge: Høyskoleforlaget AS.
- Esposito, C., Johnson, B., Wolfsdorf, B. A., & Spirito, A. (2003a). Cognitive Factors: Hopelessness, Coping, and Problem Solving. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (89- 112). USA: Academic Press.
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003b). Affective, Behavioral, and Cognitive Functioning in Adolescents with Multiple Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 389 – 399.
- Esposito, C., Spirito, A., & Overholser, J. (2003c). Behavioral Factors: Impulsive and Aggressive Behavior. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (147- 159). USA: Academic Press.
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders, 127*, 185- 190.

- Farberow, N, L. (1999). Selvmord blant elder. I Mehlum, L (Red.), *Tilbake til livet; selvmordsforebygging i teori og praksis* (253- 287). Norge: Høyskoleforlaget AS.
- Fennig, S., Geva, K., Zalsman, G., Weizman, A., Fennig, S., & Apter, A. (2005). Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 90- 97.
- Flay, B, R., Biglan, A., Boruch, R, F., Castro, F, G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... & Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151- 175.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, Sidetall ikke indikert.
- Folkhelseinstituttet (2011). *Helsetilstanden i Norge/faktaark: Selvmord og selvmordsforsøk*. (Red.), Hånes, H. Hentet 05.02.2012 fra:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70808::1:5647:57:::0:0
- Forman, E, M., Berk, M,S., Henriques, G,R., Brown, G,K., & Beck, A,T. (2004). History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 437-443.
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100, 199-210.
- Fritsch, S., Donaldson, D., Spirito, A., & Plummer, B. (2000). Personality Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 219-235.
- Fullagar, S. (2003). Wasted lives: The social dynamics of shame and youth suicide. *Journal of Sociology*, 39, 291- 307.

- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, Jr., G.H., & Simons, R.L. (1994). Trajectories of Stressful Life Events and Depressive Symptoms During Adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 467- 483.
- Ghio, L., Zanelli, E., Gotelli, S., Rossi, P., Natta, W., & Gabrielli, F. (2011). Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus group study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*, 510-518.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A.M., & Bunney, W. E., (Ed.). (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, D.C: The National Academies Press.
- Goldston, D. B., Daniel, S., Reboussin, D.M., Kelly, A., Ivers, C., & Brunstetter, R. (1996). First-Time Suicide Attempters, Repeat Attempters, and Previous Attempters on an Adolescent Inpatient Unit. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 631- 639.
- Goldston, D. B., Daniel, S.S., Reboussin, B. A., Reboussin, D.M., Frazier, P.H., & Harris, A, E. (2001). Cognitive Risk Factors and Suicide Attempts Among Formerly Hospitalized Adolescents: A Prospective Naturalistic Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 91- 99.
- Goldston, D. B., Daniel, S.S., Reboussin, D.M., Reboussin, B.A., Frazier, P.H., & Kelly, A, E. (1999). Suicide Attempts Among Formerly Hospitalized Adolescents: A Prospective Naturalistic Study of Risk During the First 5 Years After Discharge. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 660-671.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting Emotion Dysregulation in the Treatment of Self-Injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 1091 - 1103.
- Groholt, B., Ekeberg, Ø., & Haldorsen, T. (2006). Adolescent Suicide Attempters: What Predicts Future Suicidal Acts? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*, 638- 650.
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L.L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem Solving Moderates the Effects of Life Event Stress and Chronic Stress on Suicidal Behaviors in Adolescence. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 1281-1290.
- Guiao, I. Z., & Esparza, D. (1995). Suicidality Correlates In Mexican American Teens. *Issues in Mental Health Nursing, 16*, 461-479.

- Halperin, D, M., Weitzman, M, L., & Otto, M, W. (2010). Therapeutic Alliance and Common Factors in Treatment. I Otto, M., & Hoffman, S. (Red.), *Avoiding Treatment Failures in the Anxiety Disorders* (51- 66). New York: Springer.
- Hammar, Å. & Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression – a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, Sidetall ikke indikert.
- Harned, M, S., Chapman, A,L., Dexter-Mazza, E,T., Murray, A., Comtois, K,A., & Linehan, M,M. (2008). Treating Co-Occurring Axis 1 Disorders in Recurrently Suicidal Women With Borderline Personality Disorder: A 2 –Year Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus Community Treatment by Experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hawton, K., Fagg, J., & Simkin, S. (1996). Deliberate Self-Poisoning and Self-Injury in Children and Adolescents Under 16 Years of Age in Oxford, 1976-1993. *British Journal of Psychiatry*, 169, 202-208.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., & Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369-378.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2000). Introduction. I Hawton, K., & van Heeringen, K. (Red.), *The International Handbook Of Suicide And Attempted Suicide* (1- 6). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair Bonds as Attachments: Evaluating the Evidence. I Cassidy, J. & Shaver, P,R. (Red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (336- 354). New York: The Guilford Press.
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Oslo Fagtrykkeri.
- Hjelmeland, H. (1996) Verbally Expressed Intentions of Parasuicide: II. Prediction of Fatal and Nonfatal Repetition. *Crisis*, 17, Sidetall ikke indikert.

- Hjelmeland, H. (1999). Parasuicid (selvmordsforsøk) – epidemiologiske aspekter. I Mehlum, L. (Red.), *Tilbake til livet; Selvmordsforebygging i teori og praksis* (42- 57). Norge: Høyskoleforlaget AS.
- Hultèn, A., Jiang, G.-X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., ... Schmidtke, A. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 161-169.
- Israel, P., Diamond, G.S., Siqueland, J., & Diamond, G.M. (2011). What can Attachment Based Family Therapy Offer Depressed and Suicidal Youth? *Suicidologi, 16*, 13 – 17.
- Joiner, T., & Coyne, J. C. (Red.), (1999) *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joiner, T. E., Rudd, M.D., Rouleau, M.R., & Wagner, K. D. (2000). Parameters of Suicidal Crises Vary as a Function of Previous Suicide Attempts in Youth Inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 876- 880.
- Jurich, A.P. (2008). *Family Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Routledge.
- Kashden, J., Fremouw, W.J., Callahan, T.S., & Franzen, M.D. (1993). Impulsivity in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*, 339-353.
- Katz, L. Y., Cox, B.J., Gunasekara, S., & Miller, A.L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 276-282.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 436 – 445.
- Kelly, T. M., Cornelius, J.R., & Clark, D.B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 73*, 87- 97.

- Kienhorst, I,C,W,M., De Wilde, E,J., Diekstra, R,F,W., & Wolters, W,H,G. (1995). Adolescents` Image of Their Suicide Attempt. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 623-628.
- Kingsbury, S., Hawton, K., Steinhardt, K., & James, A. (1999). Do Adolescents Who Take Overdose Have Specific Psychological Characteristics? A Comparative Study With Psychiatric and Community Controls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1125- 1131.
- Kroger, J. (2000) *Identity Development: Adolescence Through Adulthood*. USA: Saga Publications, Inc.
- Larsen, R, J. & Buss, D, M. (2002). *Personality Psychology; Domains of Knowledge About Human Nature*. New York; McGraw-Hill Companies, Inc.
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M. & Graef, R. (1980). Mood Variability and the Psychosocial Adjustment of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 9, 469- 490
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem-Solving Behavior In Suicidal Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 433- 436.
- Lewinsohn, P, M., Rohde, P., & Seeley, J,R. (1994). Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297- 305.
- 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, 24 – 46.
- Linehan, M,M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York; The Guilford Press.
- Lopez-Castroman, J., Perez-Rodriguez, M, M., Jaussent, I., Alegria, A, A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., ... European Research Consortium for Suicide (EURECA).(2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 619-625.

- 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.
- McAuliffe, C., Keeley, H. S., & Corcoran, P. (2002). Problem Solving And Repetition Of Parasuicide. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 385-397.
- McLeavey, B.C., Daly, R.J., Ludgate, J.W., & Murray, C.M. (1994). Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 382- 394.
- Mehlenbeck, R., Spirito, A., Barnett, N., & Overholser, J. (2003). Behavioral Factors: Substance Use. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (113- 145). USA: Academic Press.
- Mehlum, L. (1999a). Hva er selvmord og hvor hyppig er det? I Mehlum, L (Red.), *Tilbake til livet; Selvmordsforebygging i teori og praksis* (20- 41). Norge: Høyskoleforlaget AS.
- Mehlum, L. (1999b). Etter selvmordet. I Mehlum, L (Red.), *Tilbake til livet; Selvmordsforebygging i teori og praksis* (218- 232). Norge: Høyskoleforlaget AS.
- Mehlum, L. & Hytten, K. (1999). Hva vet vi om årsakene til selvmord? I Mehlum, L (Red.), *Tilbake til livet; selvmordsforebygging i teori og praksis* (58- 84). Norge: Høyskoleforlaget AS.
- Milligan, R.-J., & Andrews, B. (2005). Suicide and other self-harming behavior in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 13- 25.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J.J., & Jacobsen, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 970-981.
- Miller, A.L., Nathan, J.S., & Wagner, E.E. (2010). Engaging Suicidal Multiproblem Adolescents With Dialectical Behavior Therapy. I Castro-Blanco, D., & Karver, M.S. (Red.), *Elusive alliance: treatment engagement strategies with high-risk adolescents* (185-205). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miranda, R., Scott, M., Hicks, R., Wilcox, H.C., Munfakh, J.L.H., & Shaffer, D. (2008). Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 32- 40.
- Monnin, J., Thiemard, E., Vandell, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., ... Haffen, E. (2012) Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender difference in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 136, 35- 43.
- Moshman, D. (2005). *Adolescent Psychological Development: Rationality, Morality, and Identity*. Second Edition. USA: Lawrence Erlbaum associates, Inc.
- Myrstad, E. (2009). Psykotterapi med ungdom: Terapeutiske og profesjonelle utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 948- 955.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and Peer Attachment in Late Childhood and Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 223- 249.
- Neeleman, J., de Graaf, R., & Vollenbergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82, 43- 52.
- Nelson-Gray, R.O., Keane, S.P., Hurst, R.M., Mitchell, J.T., Warburton, J.B., Chok, J.T., & Cobb, A.R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811- 1820.
- Nock, M.K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts Versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616- 623.
- Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 431- 446.
- Orbach, I. (2007). From Abandonment to symbiosis: a developmental reversal in suicidal adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 150- 166.

- Overholser, J. (2003). Predisposing Factors in Suicide Attempts: Life Stressors. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (41- 52). USA: Academic Press.
- Overholser, J., & Spirito, A. (2003). Precursors to Adolescent Suicide Attempts. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (19- 40). USA: Academic Press.
- Paris, J. (2004). Half in Love with Easeful Death: The Meaning of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of psychiatry*, 12, 42-48.
- Paris, J. (2006). Predicting and Preventing Suicide: Do We Know Enough to Do Either? *Harvard review of psychiatry*, 14, 233-240.
- Paris, J. (2007). *Half in Love with Death; Managing the Chronically Suicidal Patient*. USA: Lawrence Erlbaum associates, Inc.
- Pearson, J. L., Stanley, B., King, C. A., & Fisher, C. B. (2001). Intervention research with persons at high risk for suicidality: safety and ethical considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 17- 26.
- Prinstein, M.J. (2003). Social Factors, Peer Relationships. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (193- 213). USA: Academic Press.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W.L. (2000). Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients` Suicidal Ideation Severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 392-405.
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005) Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87, 265- 270.
- Quinn, C. R. (2009). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 61, 156-166.
- Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2000) DBT for Adolescents: Dialectical Dilemmas and Secondary Treatment Targets. *Cognitive and 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 – 157.
- Reimer, M. S. (1996). “Sinking Into the Ground”: The Development and Consequences of Shame in Adolescence. *Developmental Review*, 16, 321- 363.
- Robinson, J., Hetrick, S, E., & Martin, C. (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 3-26.
- Roberts, R, E., Roberts, C,R., & Chen, Y, R. (1998). Suicidal Thinking Among Adolescents With a History of Attempted Suicide. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1294- 1300.
- Rosenblum, G, D. & Lewis, M. (2003). Emotional Development in Adolescence. I Adams, G,R., & Berzonsky, M,D. (Red.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (269- 289). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Rudd, M,D., Joiner, T., & Rajab, M,H. (1996). Relationships Among Suicide Ideators, Attempters, and Multiple Attempters in a Young-Adult Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 541- 550.
- Rudolph, K,D., & Hammen, C. (1999). Age and Gender as Determinants of Stress Exposure, Generation, and Reactions in Youngsters: A Transactional Perspective. *Child Development*, 70, 660- 677.
- Runeson, B. S., Beskow, J. and Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35–42.
- Rutter, M. (2007). Psychopathological Development Across Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 101- 110.
- Salkovskis, P,M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-Behavioural Problem Solving in the Treatment of Patients who Repeatedly Attempt Suicide. A Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 817- 876.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of Suicidal Behaviour. I Hawton, K., & van Heeringen, K. (Red.), *The International Handbook Of Suicide And Attempted Suicide* (385- 404). England: John Wiley & Sons Ltd.

- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent Alcohol Use, Suicide Ideation, and Suicide Attempts. *Journal of Adolescents Health, 44*, 335-341.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 138*, 19-26.
- Sèguin, M., Lynch, J., Labelle, R., & Gagnon, A. (2004). Personal and Family Risk Factors for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts. *Archives of Suicide Research, 8*, 227-238.
- Simmons, D. (1992). Gender Issues and Borderline Personality Disorder: Why do Females Dominate the Diagnosis? *Archives of Psychiatric Nursing, 6*, 219- 223.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood Abuse As A Risk Factor For Suicidal Behavior In Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*, 201- 214.
- Spirito, A. (2003a) Understanding Attempted Suicide in Adolescence. I Spirito, A., & Overholser, J. C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (1- 18). USA: Academic Press.
- Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 237-266.
- Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003b). Predictors of Continued Suicidal Behavior in Adolescents Following a Suicide Attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology, 32*, 284-289.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stangeland, T. (2009) Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*, 965- 969.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 49*, 138-144.

- Statistisk Sentralbyrå. (2012). *Emne 03 Helse, sosiale forhold og kriminalitet: Tabell 08877: Selvmord etter kjønn, alder og dødsårsaker*. Hentet fra: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken> (Emne: 03 Helse, sosiale forhold og kriminalitet: 03.01 Helsetilstanden: 03.01.10 Sykdommer, funksjonshemming, dødsårsaker; Dødsårsaker; Tabell: 08877: Selvmord, etter kjønn, alder og dødsårsaker; Begge kjønn; 10-19 år; Alle selvmord; 2000-2010).
- Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Avidan, G. (1998). Association Between Multiple Suicide Attempts and Negative Affects in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 488- 494.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, Conflict, and Harmony in the Family Relationship. I Feldman, S., & Elliott, G. R., (Red.), *At the Threshold: The Developing Adolescent* (255-276). USA: Harvard University Press.
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I Haavind, H., & Øvreeide, H. (Red.), *Barn og unge i psykoterapi: samspill og utviklingsforståelse* (69-96). Bind 1. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Tejedor, MC., Diaz, A., Castellòn, J.J., & Pericay, J.M. (1999). Attempted suicide: repetition and survival – findings of a follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 205- 211.
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi; barne og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Trupin, E. W., Stewart, D.G., Beach, B., & Boesky, L. (2002.) Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 121- 127.
- Vajda, J., & Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 437- 445.
- Wergeland, J. T., & Gråwe, R.W. (2012). Ambulant akutteam som alternativ til innleggelse for ungdom henvist for suicidalitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 468-470.

- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of Adolescent Suicide Attempts: A Nationally Representative Longitudinal Study of Norwegian Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 603- 610.
- Wiklander, M., Samuelsson, M. & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 293- 300.
- Wilson, K, G., Stelzer, J., Bergman, J, N., Kral, M, J., Inayatullah, M., & Elliott, C,A. (1995). Problem Solving, Stress, and Coping in Adolescent Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 241- 252.
- Wolfsdorf, B, A., Freeman, J., D'Èramo, K., Overholser, J., & Spirito, A. (2003). Mood States: Depression, Anger, and Anxiety. I Spirito, A., & Overholser, J, C. (Red.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (55- 88). USA: Academic Press.
- Woodberry, K, A. & Popenoe, E, J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277- 286.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse and Neglect*, 28, 863- 875.
- Zimmer-Gembeck, M, J., & Collins, W, A. (2003). Autonomy Development during Adolescence. I Adams, G,R., & Berzonsky, M,D. (Red.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (175- 204). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A., & Pearlstein, T. (1997). Affect Regulation and Suicide Attempts in Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 793 – 798.