

# DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

Profesjonsstudiet i Psykologi, NTNU. PSYPRO 4100.

Trondheim, høst 2013.

## Dialektisk atferdsterapi (DBT) i behandling av selvskading hos ungdom - Effekt av behandling og mulige behandlingsmekanismer

Kristina Baltzersen

## Sammendrag

Selvskading er en relativt hyppig problematferd i ungdomsalderen. Forskning antyder en sammenheng mellom vanskelige familieforhold, emosjonsdysregulering og selvskading. Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en behandlingsform som fokuserer på bedring innen disse områdene. Basert på en gjennomgang av relevant empiri og teori er målet med denne oppgaven å drøfte effekten av DBT på selvskading hos ungdom. Oppgaven har videre som hensikt å presentere og diskutere mulige mekanismer for bedring. Denne litteraturgjennomgangen viser at DBT er en lovende tilnærming i behandling av selvskading hos ungdom. Flere studier finner reduksjon av selvskading og depresjonssymptomer, bedre emosjonsregulering og økt generell fungering. Få studier har undersøkt mulige mekanismer for å forklare bedring, men det foreligger en del teoretiske antakelser. Det antas at sentrale elementer i DBT som fokus på mindfulness, sosial kompetanse og problemløsning er virksomt for typiske vansker selvskadende ungdom har, som emosjonsdysregulering, interpersonlige konflikter og dårlig problemløsning. Bedring innen disse områdene antas å være utslagsgivende for effekten av DBT på selvskading. Selv om studiene som fokuserer på DBT-behandling av selvskadende ungdom viser lovende resultater, finnes det få studier og flere av dem har metodiske svakheter. Man har videre lite kunnskap om hvilke mekanismer som kan forklare effekten av slik behandling på selvskading. Det er derfor et stort behov for ytterligere forskning som både fokuserer på effekten av DBT i behandling av selvskading hos ungdom, samt hvorfor DBT evt. fører til redusert selvskading og annen symptomlette.

## Innholdsfortegnelse

### Kapittel 1. Innledning

#### 1.1. Problemstilling

### Kapittel 2. Metode

### Kapittel 3. Avgrensning

### Kapittel 4. Selvskading

#### 4.1. Definisjon av selvskading

#### 4.2. Selvskadingsprevalens

#### 4.3. Risikofaktorer

#### 4.4. Konsekvenser

#### 4.5. Komorbiditet

### Kapittel 5. Dialektisk atferdsterapi

#### 5.1. DBT-A

### Kapittel 6. Gir terapi med DBT symptomlette og reduksjon av selvskading ved behandling av selvskadende ungdom?

#### 6.1. Tabell over studier som fokuserer på DBT- behandling av selvskadende ungdom

#### 6.2. Reduksjon i selvskading

#### 6.3. Reduksjon i depresjon

#### 6.4. Læring vs. støtte

#### 6.5. Drop-out

#### 6.6. Innleggelser

#### 6.7. Symptomlette innen andre problemområder

#### 6.8. Svakheter ved studiene

#### 6.9. Oppsummering og konklusjon

### Kapittel 7. Hvilke mekanismer kan forklare bedring funnet hos selvskadende ungdom behandlet med DBT?

#### 7.1. Lav selvfølelse: Validering

#### 7.2. Svart-Hvitt- tenkning: Dialektiske strategier

#### 7.3. Vansker med følelsesregulering: Læring av emosjonsregulering- og problemløsningsferdigheter

#### 7.4. Mellommenneskelige problemer: Ferdigheter innen sosial kompetanse

#### 7.5. Konfliktfylt foreldre-barn-forhold: Inkludering av foreldre i terapi

# DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

7.6. Den gylne middelvei

7.7. Behandlingsformatenes påvirkning på utfall

7.8. Mulige mekanismer: Ungdoms egen opplevelse av ferdighetene lært i DBT

7.9. Moderatorer for bedring

7.10. Ungdommer sitt utviklingsnivå

7.11. Oppsummering og konklusjon

Kapittel 8. Avslutning

Referanseliste

## Kapittel 1. Innledning

Studier viser at i hver skoleklasse er det i gjennomsnitt en til to ungdommer som har skadet seg selv med vilje (Brunner et al., 2007; Keith Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002). Den økende forekomsten av selvskading (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003) indikerer at klinikere i større grad enn tidligere vil møte på slik atferd i sin praksis (Klonsky, 2007b). De fleste som selvskader starter atferden i tidlig ungdomsalder (13,5 år) (Favazza & Conterio, 1988), ungdom er derfor i større risiko for selvskading sammenliknet med andre aldersgrupper (Suyemoto, 1998). Selvskading er assosiert med psykopatologi og dysfunksjon (Nock & Kazdin, 2002), og er en prediktor for selvmordsforsøk hos deprimerte ungdommer (Asarnow et al., 2011). Selvskading begått av unge representerer altså en stor helsebekymring (James, Taylor, Winmill, & Alfoadari, 2008), og understreker viktigheten av en bedre forståelse av fenomenet og hvordan en effektivt kan behandle slik atferd (Nock & Prinstein, 2004).

Selvskading har vist seg å være vanskelig å behandle (Keith et al., 1998), det er vanskelig å oppnå et behandlingsmål om å redusere gjentakelse av selvskadende atferd (Low, Jones, Duggan, Power, & MacLeod, 2001).

De siste årene har det vært et økende fokus på dialektisk atferdsterapi (DBT) som terapiform i behandling av selvskading. Sentralt i DBT står fokuset på emosjonsregulering. En grunnleggende forståelse i DBT er at vansker med følelsesregulering er hovedårsaken til at en person selvskader, det vil si at man legger til grunn at selvskading har en emosjonsregulerende funksjon.

Både NICE- retningslinjer (Health, 2004), to Cochrane- gjennomganger (Blennerhassett & O'Raghallaigh, 2005; K. Hawton et al., 1999) og American Psychologist Association (APA) (American Psychiatric & American Psychiatric Association. Work Group on Borderline Personality, 2001) anbefaler DBT for voksne med selvskadingsproblematikk (James et al., 2008). Det finnes ikke en tilsvarende kunnskapsoppsummering mht bruken av DBT i behandling av selvskading for ungdom, der en samtidig fokuserer på hvilke elementer ved DBT som kan være utslagsgivende mtp bedring funnet hos selvskadende ungdom. For å få et bedre grunnlag for å vurdere hvorvidt DBT bør anbefales i behandling av selvskading hos

ungdom, er målet med denne oppgaven å foreta en slik oppsummering av litteraturen.

## 1.1. Problemstilling og avgrensning

Basert på teori og empiri vil følgende problemstillinger bli forsøkt besvart:

- Gir DBT symptomlette og reduksjon av selvskading ved behandling av ungdommer med slik problematikk?
- Hvilke elementer ved DBT kan være utslagsgivende mtp bedring av selvskadingsatferd hos ungdom?

Oppgaven vil hovedsakelig ha fokus på behandling av selvskading hos ungdommer uten noen spesifikk psykisk lidelse, men ettersom denne atferden forekommer relativt hyppig hos personer med borderline personlighetsforstyrrelse (BPD), vil mye forskning på selvskading som nevnes være utført nettopp på personer med BPD eller med BPD- trekk. Selv om majoriteten av DBT studiene har undersøkt selvskading innen en BPD- kontekst, er flere av disse funnene relevante for selvskading generelt og gir viktig informasjon om temaet og behandling av slik atferd. Emosjonsdysregulering antas å være den grunnleggende problematikken hos personer med BPD, men er også assosiert med utviklingen av flere typer psykopatologi hos ungdom (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksema, 2011), inkludert selvskading. Dette gir grunnlag for å kunne generalisere og utvide bruken av DBT fra pasientgruppen med BPD til andre pasientgrupper.

## Kapittel 2. Metode

Litteratursøk er gjennomført i databasen PubMed og Psyc.Net., og følgende søkeord ble benyttet; ”deliberate self-harm”, ”self-mutilation”, ”self-harm”, ”adolescent”, ”dialectical behavior therapy”. Studier som undersøker årsaker og mekanismer ved selvskading hos ungdom og studier som undersøker effekten av DBT-behandling sammenliknet med annen form for behandling/ordinær psykoterapi ble inkludert. Ungdom vil her bestå av aldersgruppen 12-19 år. Noen enkeltstudier av voksne med selvskadingsatferd ble også inkludert i de tilfeller hvor det manglet studier av ungdom. I disse tilfellene vil det bli presisert at utvalget består av voksne.

## Kapittel 4. Selvskading

### 4.1. Definisjon av selvskading

Begrepet selvskading brukes noe ulikt i litteraturen. Årsaken til dette er trolig ulike oppfatninger av

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

intensjonen bak selvskading; om slik atferd gjøres med eller uten suicidal hensikt (Tutor & Clarke, 2013). Det kan være vanskelig å avgjøre om en selvskadingsepisode er suicidal eller ikke; den kan ha startet som ikke-suicidal og endt opp som suicidal og motsatt. Av den grunn kan linjen mellom suicidal eller ikke-suicidal selvskading være uklar, noe som fører til vanskeligheter med å definere selvskading (Tutor & Clarke, 2013). I denne oppgaven defineres selvskading som ”*selvforgiftning eller skade på en selv uavhengig av hensikt*”. Denne brede definisjonen inkluderer selvskading med suicidal hensikt, uten suicidal hensikt og selvskadingsepisoder med uklar hensikt (Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor, & Asarnow, 2012).

Når det gjelder selvskadingsmetoder, fant Laye-Gindhu and Schonert-Reichl (2005) i sitt normalutvalg av ungdommer at kutting ble benyttet av 43% av de som selvskadet, slå eller bite seg selv av 26%, misbruk av piller av 16%, spiseforstyrret atferd av 7%, uforsvarlig atferd av 5% og beinbrekking (hoppe eller falle) av 3%. 28% av jentene og 13% av guttene rapporterte å benytte flere selvskadingsmetoder.

### 4.2. Selvskadingsprevalens

Selvskadingsprevalens spriker noe i ulike studier. Keith Hawton et al. (2002) fant i sin undersøkelse av 6020 ungdommer mellom 15-16 år at 6,9% hadde selvskadet i løpet av det siste året, Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, and Prinstein (2008) fant en prevalens på 7, 5% av et utvalg 11- 14 åringer, mens Ross and Heath (2002) fant en prevalens på 13,9% blant ungdommer mellom 12-15 år. I kliniske utvalg er forekomsten av selvskading to til tre ganger så hyppig blant ungdommer (61,2%) (DiClemente, Ponton, & Hartley, 1991), sammenliknet med voksne (21%) (Briere & Gil, 1998).

Forskning på selvskading viser noe ulike resultater når det gjelder kjønnsforskjeller. Enkelte funn indikerer at det ikke eksisterer signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder selvskadingsatferd (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Hilt et al., 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007), mens andre finner at en slik kjønnsforskjell eksisterer (Keith Hawton et al., 2002; Ross & Heath, 2002). Mulige årsaker til sprikende tall når det gjelder kjønnsforskjeller kan være forskernes noe ulike definisjoner på selvskading og bruk av ulike målingsmetoder.

### 4.3. Risikofaktorer

Studier som har undersøkt risikofaktorer for selvskading finner at et utall faktorer kan ha betydning. Opplevelser i barndommen ser ut til å være viktig, da spesielt innen familien. En dysfunksjonell familiebakgrunn (Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham, & Harrington, 1996; Suyemoto, 1998) inkludert fysisk og psykisk misbruk i patologiske familieforhold (Green, 1978; Shapiro, 1987), neglekt, separasjon og tap i barndommen, utrygg tilknytning til omsorgspersoner, emosjonell reaktivitet og intensitet (Gratz, 2003; M. Linehan, 1993a), eller en kombinasjon av barndomstraume, neglekt og usikker tilknytning (Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996) øker risikoen for selvskading (Gratz, 2003). Det er også funnet at ungdom som

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

selvskader viser mer negativitet og emosjonell avstand i sine forhold med foreldrene (Prinstein, 2008). Et ikke-validerende miljø i løpet av barndommen kan bidra til utviklingen av emosjonell reguleringssvikt. Det lite validerende miljøet er karakterisert ved avstraffelse, ignorering og en trivialisering av individets tanker, emosjoner og atferd og kan involvere seksuelt, fysisk og emosjonelt misbruk (Wagner & Linehan, 1997). Lærer en ikke effektive reguleringsstrategier for å håndtere emosjonell aktivering samt toleranse av emosjonelt stress, kan en slik emosjonsreguleringssvikt utvikles (M. Linehan, 1993a).

Individer som er i risiko for å selvskade, rapporterer å oppleve kronisk tomhet, en følelse av fremmedgjøring og isolasjon i kombinasjon med intense, overveldende negative emosjoner (Connors, 1996; Favazza & Conterio, 1988).

Sentrale utviklingsoppgaver i ungdomstiden er blant annet separasjon og individualisering, det å skape en stabil identitet, det å mestre skole, etablere og opprettholde vennskap, det å finne seg selv og kjærlighetsproblematikk. Slike situasjoner kan føre til emosjoner som er vanskelige å håndtere (Suyemoto, 1998), og oppleves som overveldende for ungdommer som for eksempel er mer sensitive enn andre for ytre påvirkning. Det å være ungdom ser ut til å være en risikofaktor i seg selv mtp selvskading, da ungdomstiden er en tid der en er i økt risiko for emosjonsdysregulering som et resultat av normale utviklingsprosesser (Neece, Berk, & Combs-Ronto, 2013). De som selvskader kan ha færre ressurser eller kan mangle tidlige forberedende erfaringer som hjelper en til å møte disse problemstillingene i ungdomsalderen på en hensiktsmessig måte (Suyemoto, 1998). Denne risikoen kan være høyere blant individer som er født inn i et lite validerende miljø med en biologisk sårbarhet. Dette kan hindre modningen og utviklingen av fundamentale emosjonsreguleringsferdigheter tidlig i utviklingen (Neece et al., 2013). Selvskadingsatferd kan altså benyttes av enkelte for å komme seg igjennom en vanskelig ungdomstid, i motsetning til selvskading som et uttrykk for en rotfestet personlighetsforstyrrelse (som BPD) (Suyemoto, 1998).

### 4.4. Konsekvenser

I tillegg til de åpenlyse negative fysiske konsekvensene av selvskading (selvskading kan også utilsiktet føre til døden (Kehrberg, 1997), er selvskading assosiert med flere andre negative utfall (Gratz, 2001). En slik konsekvens av selvskading er negativ forsterkning, der en oppnår ansenhet/reduksjon som følger av selvskadingen (Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995), noe som kan bidra til at en ønsker å fortsette med å skade seg selv. En annen negativ konsekvens er at slik atferd vekker negative emosjoner hos andre (både klinikere og allmennheten) (Clarke & Whittaker, 1998). Slike negative emosjoner hos andre kan ødelegge interpersonlige forhold både i og utenfor terapi og bidra til både sosial isolasjon og resulterende lidelse (Gratz, 2003). De negative fysiske konsekvensene av selvskading, i form av arr, kan resultere i følelsen av skam. Følelsen av skam over arr kan videre føre til at en ikke ønsker å være sammen med andre mennesker, og føre til økt isolasjon (Favazza, 1989). Selv om ikke alle som selvskader oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse, er selvskading predikerende for en psykiatrisk diagnose (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

## 4.5. Komorbiditet

Større grad av rapportert angst, depresjon og suicidalitet er funnet hos ungdommer som selvskader sammenliknet med de som ikke selvskader (Ross & Heath, 2002), selv i ikke-kliniske utvalg (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, & Gibb, 2005; Klonsky et al., 2003). Det å røyke sigaretter, ta narkotika og det å ha problematisk spiseatferd rapporteres i høyere grad hos de som selvskader enn hos de som ikke selvskader (Hilt et al., 2008).

Selvskading er assosiert med flere psykiske lidelser, blant annet seksuell masochisme, trichotillomania, bipolar lidelse, OCD, anoreksi og bulimi, dissosiativ identitetsforstyrrelse, alkoholisme og andre stoffmisbrukslidelser, spiseforstyrrelser, schizofreni, PTSD, tilpasningsforstyrrelser og andre personlighetsforstyrrelser (Favazza, 1989; Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Suyemoto & MacDonald, 1995). Selvskading er også funnet hos psykisk utviklingshemmede (hodedunking, selvbiting) samt hos personer med spesifikke nevrologiske lidelser (Tourettes, deLange- syndromet, Lesch-Nyhan) (Favazza, 1989).

Som nevnt er selvskading ofte assosiert med BPD (Suyemoto, 1998), og denne pasientgruppen er ofte inkludert i forskning på selvskading. Selvskadingsatferd er et av de diagnostiske kriteriene for BPD-diagnosen i hht DSM- IV (Association & DSM-IV., 1994) og forekommer hos så mange som 70-75% av individer med BPD (Gunderson, 2009; M. Linehan, 1993a). I epidemiologiske studier av voksne varierer forekomsten av BPD fra 0,7% i Norge (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), til 1,8% i USA (Swartz, Blazer, George, & Winfield, 1990).

Sammenhengen mellom BPD og selvskading er ikke overraskende, siden begge er karakterisert av negativ emosjonalitet og emosjonell dysregulering som kjerneegenskaper (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Herpertz (1995) fant i sin studie av 54 inneliggende kvinnelige pasienter at gruppen med BPD pasienter var nokså homogen når det kom til selvskading, mens de uten en slik diagnose viste en større variasjon av psykopatologiske kjennetegn. Herpertz (1995) mener dårlig affektregulering er den underliggende psykopatologiske dimensjonen hos både personer med BPD og de som selvskader.

Borderline personlighetsforstyrrelse er karakterisert av et gjennomgående ustabilitetsmønster i affektregulering, impuls kontroll, interpersonlige forhold og selvbylde (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Kliniske tegn for denne lidelsen inkluderer emosjonell dysregulering, impulsiv aggresjon, gjentagende selvskading og kroniske suicidale tendenser, noe som fører til at disse pasientene er hyppige brukere av det psykiske helsevesenet (Lieb et al., 2004).

Samlet sett finner man at selvskading opptrer i sammenheng med en rekke psykiske lidelser, men inngår



## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

som et diagnostisk kriterium kun i diagnosen BPD. Flere forskere, som Favazza and Rosenthal (1993) og Pattison and Kahan (1983) argumenterer for at selvskading burde være det viktigste kriterium for en separat diagnose for selvskading eller gjentagende selvskading. Favazza and Rosenthal (1993) mener gjentagende selvskading er en impulsforstyrrelse liknende spiseforstyrrelser, med hyppig komorbiditet med andre impulsforstyrrelser, som spiseforstyrrelser og kleptomani.

### 4.6. Årsaker

Det er funnet at pasienter som selvskader er mer sannsynlige å ha spesifikke personlige karakteristikk, inkludert ”smerteunngåelse” (Joyce, Light, Rowe, Cloninger, & Kennedy, 2010, p. 253), ”negativ emosjonalitet... svekkelser i emosjonelle ferdigheter” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, s. 1047-8) og ”nevrotisisme og åpenhet til nye erfaringer” (Brown, 2009, s. 30). Kausale årsaker til selvskading er kun delvis kjent, men det er mulig disse trekkene kan bidra til innledende og kronisk selvskading og kan ved enkelte tilfeller resultere fra tilknytningsforstyrrelser eller misbruk i barndommen. Teoretiske forklaringer baserer seg på at emosjonell reguleringsevne blir påvirket av barndomsopplevelser, spesielt tilknytning til omsorgsgivere (Wallin, 2007). Problematisk tilknytning, misbruk i barndommen og annen patologi kan predisponere enkelte for høy grad av emosjonalitet og selv dissosiative tilstander. Disse kan selvskade for å uttrykke eller regulere intense emosjoner (Wallin, 2007). Muligens er det liknende årsaker som ligger bak selvskading som ved BPD, der flere forskere tar utgangspunkt i en biososial modell. I en slik biososial modell er det å ikke bli validert den kritiske sosialt medierte prosessen, mens emosjonell sårbarhet er den biologiske nøkkelfaktoren. Emosjonell sårbarhet henviser til en biologisk mediert predisposisjon for økt sensitivitet og reaktivitet (for eksempel raske og sterke reaksjoner) til emosjonelt aktiverende stimuli, samt en forsinket deaktivering (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006). Transaksjonen mellom en biologisk emosjonell sårbarhet og et lite validerende miljø produserer en dysregulering av pasientens emosjonelle system (Lynch et al., 2006). Siden emosjonsdysregulering er sentralt både ved selvskadingsproblematikk og ved BPD ligger muligens liknende årsaker bak begge lidelser.

### Kapittel 5. Dialektisk atferdsterapi (DBT)

DBT er en manualbasert behandling som bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (CBT), men er mer forankret i behavioristisk enn kognitiv tankegang. DBT baserer seg på elementer fra CBT som problemløsning, eksponeringsteknikker, ferdighetstrening, det å håndtere uforutsette hendelser og kognitiv omstrukturering (M. Linehan, 1993a). DBT inkluderer i tillegg elementer som ikke inngår i tradisjonell kognitiv atferdsterapi, blant annet mindfulness, motsatt handling, dialektiske strategier og telefonkonsultasjon. DBT er anbefalt som intervensjon ved selvskading hos voksne (Koons et al., 2001; M. M. Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; M. M. Linehan, Comtois, Murray, & et al., 2006; Marsha M. Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994).

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

DBT ble i utgangspunktet utviklet for kvinner med BPD (M. Linehan, 1993a), men behandlingsprogrammet har også blitt tatt i bruk for å behandle menn og individer uten en BPD- diagnose, med ulik problematikk. Hovedmålet til DBT er å minke selvskading og atferd som forstyrrer terapi samt å øke livskvalitet gjennom å bedre ferdigheter innen mindfulness, interpersonlig effektivitet, stresstoleranse og emosjonsregulering (Woodberry & Popenoe, 2008). Nøkkeltema i terapien er at pasienten minker selvskadingsatferd gjennom å blant annet bli akseptert og validert av terapeuten. Terapeuten viser for pasienten at hans eller hennes erfaringer, inkludert tanker og følelser, er fornuftige og forståelige (Low et al., 2001) i den situasjonen hun/han befinner seg i. Deretter er målet at pasienten skal endre atferd og/eller tankemønster. For å oppnå dette står det å lære pasienten ulike ferdigheter for å bedre emosjonsregulering, stresstoleranse og effektiv problemløsning sentralt.

”Dialektisk” er et abstrakt begrep, men innebærer en type tosidighet eller middelvei, der en har et balansert forhold til ulike deler av virkeligheten, det å kunne forstå at ulike sannheter kan eksistere samtidig, tenke ”både- og” i stedet for ”enten- eller” (M. Linehan, 1993a). Her forsøker en for eksempel å trekke frem for pasienten ulike synspunkter og samtidig se etter sannhet i hvert perspektiv (MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2013). En dialekt, når anvendt i atferdsterapi, har to betydninger. Den første går ut på at en må se atferd i en større sammenheng, der dialekter vektlegger virkelighetens grunnleggende sammenheng eller helhet. Det å analysere en begrenset del av et individ sin atferd har i følge DBT begrenset verdi om en ikke analyserer relasjonen mellom delene og helheten. Den andre betydningen handler om relasjon og dialog, der en dialekt viser til den behandlingstilnærmingen eller strategiene brukt av terapeuten for å fremkalle forandring (M. Linehan, 1993b). Den mest fundamentale dialekten er vektleggingen av at *aksept* av pasienten slik hun/han skal være i balanse med *forandring* av pasienten. Terapeuten fokuserer på endrings- og aksepteringsstrategier der pasienten blir lært både ferdigheter for å forandre atferd og metoder for å akseptere seg selv og virkeligheten slik den er (Rizvi, Steffel, & Carson-Wong, 2013). En tro på at pasientens grunnleggende ønske er å vokse og utvikle seg, samt en tro på hans/hennes iboende evne til å forandre seg, ligger til grunn for behandlingen (M. Linehan, 1993b).

I DBT antas selvskading å være et resultat av to betingelser som påvirker hverandre gjensidig: (1) personen mangler viktige interpersonlige, selvregulerende (inkludert emosjonsregulerende) og stresstolerende ferdigheter og (2) personlige og miljømessige faktorer hindrer bruken av de ferdighetene personen allerede har. Disse personlige og miljømessige faktorene forstyrrer også utviklingen av nye ferdigheter og evner, i tillegg til å forsterke selvskadingsatferd (Miller, Rathus, & Linehan, 2006). DBT henvender seg direkte til disse betingelsene ved å (1) lære selvskadende pasienter ferdigheter innen sosial kompetanse, selvregulering (inkludert emosjonsregulering) og stresstoleranse, (2) strukturere behandlingsmiljøet for å motivere, forsterke og individualisere hensiktsmessig bruk av ferdigheter, (3) identifisere og bryte opp lærte atferdssekvenser som går forut for selvskading og fjerne det som forsterker slik atferd (4) gi behandlingsmekanismer som fremmer generalisering av nye lærte ferdigheter og evner fra terapi til situasjoner i dagliglivet der de trengs og (5) gi

støtte til terapeutene som behandler ungdom som driver med slik risikoatferd.

En grunnleggende antakelse i DBT er som nevnt at emosjonsreguleringsproblematikk ofte er årsak til atferdsmessige vanskeligheter, som selvskading. En antar at selvskadingsatferd utvikles grunnet mangel på andre mer konstruktive håndteringsstrategier (M. Linehan, 1993a). Av den grunn er et hovedmål i DBT å bedre pasientens emosjonsreguleringsferdigheter. Innen dette rammeverket, vil bedring innen emosjonsregulering utgjøre mediatoren eller handlingsmekanismen i DBT. Trening i mindfulness (oppmerksomt nærvær) står sentralt som en av emosjonsreguleringsferdighetene i DBT. Mindfulnessferdigheter er psykologiske og atferdsmessige versjoner av mediteringsøvelser fra østlig spirituell trening (M. Linehan, 1993b). Her lærer pasienten å styre sin oppmerksomhet og å oppleve øyeblikket på en ikke- dømmende, aksepterende måte (M. Linehan, 1993a). En slik tilstedeværelse handler om å fokusere og være bevisst på det en gjør her-og-nå heller enn å splitte ens oppmerksomhet mellom flere aktiviteter eller mellom den aktiviteten en gjør her og nå og å tenke på noe annet (M. Linehan, 1993b). På samme tid som en har et slikt fokus skal en ikke gi en merkelapp på personene rundt en eller situasjonen en befinner seg i, en skal ikke dømme noe som bra eller dårlig. Når dette er oppnådd, kan en arbeide med endring, som er økning av pasientens problemløsningsstrategier. Kontinuerlig under hele behandlingen står balansen mellom læring av valideringsstrategier og problemløsningsstrategier sentralt (M. Linehan, 1993a).

I standard DBT går terapiløpet over et år der ukentlige individuelle timer, gruppetimer, telefonkonsultasjon (om nødvendig) og møter terapeutene imellom inngår. En psykoedukasjonell tilnærming brukes i gruppesesjonene for å lære om og trene på psykososial ferdighetstrening og problemløsningsstrategier. Det er i gruppetimene pasientene lærer ferdigheter for å takle emosjonelle og relasjonelle utfordringer på en bedre måte. Vektleggingen terapeuten har på det dialektiske mellom validering og aksept av pasienten som hun/han er og samtidig hjelpe til med forandring, er et viktig element her (Swales, 2000). Disse fire behandlingsformatene er designet for å bedre fem funksjoner: 1) øke pasientens motivasjon for forandring; 2) øke pasientens evner; 3) generalisere det pasienten har lært i terapi til pasientens miljø; 4) strukturere pasientens omgivelser for å forsterke det en har lært i terapi og til slutt; 5) øke terapeuten motivasjon og kompetanse (Rizvi et al., 2013). Gjennom hele DBT-behandlingen blir det å bygge og opprettholde et positivt og samarbeidende forhold mellom terapeut og pasient vektlagt (M. Linehan, 1993a). Som en del av DBT-programmet fyller pasientene daglige dagbokkort der de logger ferdigheter de har øvd på og selvskadingsepisoder (Woodberry & Popenoe, 2008).

### 5.1. DBT-A

Behandling av ungdom kan arte seg noe annerledes sammenliknet med voksne blant annet fordi ungdom befinner seg i en ulik livssituasjon og er på et annet utviklingsnivå sammenliknet med voksne. Av den grunn er

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

en tilpasning av DBT til ungdommer utviklet, kalt DBT-Adolescent (DBT-A) (Miller et al., 2006), som er mer utviklingsmessig egnet for ungdom og deres familier (MacPherson et al., 2013). I tillegg til ungdom med selvskadingsproblematikk, har DBT blitt tilpasset ungdommer med blant annet BPD, suicidal atferd, spiseforstyrrelser og trichotillomania. Rasjonale for å benytte DBT med disse ungdommene er deres felles vansker med følelsesregulering (MacPherson et al., 2013). Utviklingsmessige studier indikerer at emosjonsreguleringsferdigheter utvikler seg innen foreldre og barn- konteksten (Calkins & Hill, 2007), og det er sannsynlig at denne utviklingsprosessen er forstyrret hos selvskadende ungdom (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009). Betydningen familiemedlemmer har når en forsøker å forebygge og behandle selvskading hos ungdom (Hilt et al., 2008), begrunner inkludering av familierterapi i behandling av denne populasjonen (A. L. Miller, Glinski, Woodberry, Mitchell, & Indik, 2002). Familiemedlemmer, som oftest foreldre, blir inkludert i ferdighetstreningsgruppene i DBT-A for å bedre familiedyfunksjon (Geddes, Dziurawiec, & Lee, 2013) og for å øke generaliserbarheten (MacPherson et al., 2013) gjennom å sikre at lærdommen fra terapi generaliseres til hverdagen. Foreldre lærer ulike evner for å forbedre forholdet til ungdommene, og i de tilfellene hvor familieproblematikk virker å være sentralt inkluderes foreldre også i individualterapien (Rathus & Miller, 2002). Ofte vil familiemedlemmer delta på 3-4 av timene, men flere eller færre avtales etter behov (MacPherson et al., 2013).

DBT-A inkluderer i tillegg både kortere varighet på ferdighetstreningsgruppetimene og betydelig kortere behandlingsløp enn standard DBT, nemlig 15 uker versus et år (Miller et al., 2006). Drop out fra behandling har vist seg å øke risikoen for uønskede psykososiale utfall (Pillay & Wassenaar, 1995). Korte psykoterapeutiske intervensjoner understøtter bruken av DBT-A i behandling av selvskading hos ungdommer, fordi slike intervensjoner er funnet å øke deltagelse i behandling (Ougrin et al., 2012).

De fleste standard DBT-ferdighetene (som mindfulness, sosial kompetanse, emosjonsregulering og stresstoleranse) brukes også i DBT-A fordi det ikke er noe empirisk eller teoretisk grunnlag for hvilke ferdigheter en kan inkludere eller ekskludere (Miller et al., 2006). I tillegg er en femte modul for ungdom og deres familier lagt til, nemlig "den gyldne middelvei". Her læres validering av en selv og andre, der et mål er å oppnå balanse innen de samværsområdene foreldre og ungdom finner problematiske. I DBT-A er skriftlig utdelt materiale forenklet og tilpasset for å passe det utviklingsmessige nivået og interessene til ungdommer (Woodberry & Popenoe, 2008).

DBT har blitt populær blant klinikere (Rizvi et al., 2013), og Swenson (2000) mener at en av årsakene til dette er at DBT har fått sterk empirisk støtte. En annen årsak kan være at man i DBT forankrer forståelsen av årsaker til selvskading innen flere områder (både sosial/miljømessig og biologisk) og at behandlingen appellerer til klinikere med ulik bakgrunn (atferdsmessige, spirituelle, kognitive tilnærminger). I tillegg er en del av behandlingen å adressere terapeutens egne behov for støtte, noe som kan virke fornuftig og være

## **Kapittel 6. Gir DBT symptomlette og reduksjon av selvskading?**

Klonsky and Muehlenkamp (2007) hevder i sin review at psykoterapier som legger vekt på emosjonsregulering, praktisk/funksjonell måling og problemløsning er mest effektive med tanke på å behandle selvskading. CBT har fått mest oppmerksomhet innen forskning som en evidensbasert behandling for å redusere slik atferd, og de spesifikke terapiene som bygger på CBT og som inkluderes her er problemløsningsterapi, DBT og standard CBT (Keith et al., 1998; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Studier viser at DBT er effektiv som behandling av ungdommer som har vansker innen flere områder, blant annet bipolar lidelse (Goldstein, Axelson, Birmaher, & Brent, 2007), spiseforstyrrelser (Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Miller, 2008) og trichotillomania (Welch & Kim, 2012).

### **6.1 Tabell over studier som fokuserer på DBT- behandling for ungdommer som selvskader**

I Tabell 1 nedenfor presenteres studier som har fokusert på DBT- behandling av selvskadende ungdom.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

Forfattere	Design	N, % kvinner	Alder eller gj.snittsalder	Inklusjonskriterier	% fullført	DBT- format	Selvskadingsdefinisjon	Utfall
James et al. (2008)	Pre-post med oppfølging. Poliklinisk	16, 100% kvinner	15-18	Mer enn seks mnd med alvorlig selvskading	87,5%	1 år med ukentlig individualterapi og ferdighetsgruppe, telefonveiledning	Selvskading uten dødelig utfall (inkluderer både selvskading med og uten selvmordsintensjon)	Signifikante resultater etter behandling: depresjon, selvskading, håpløshet, generell fungering. Bedring opprettholdt ved oppfølging etter 8 mnd. 8 uten arbeid/studier før behandling, 13 av 15 (en uvisst) i arbeid/studier etter behandling
James, Winmill, Anderson, and Alfoadari (2011)	Pre-post. Poliklinisk	25, 88% kvinner	13-17	Mer enn seks mnd med alvorlig selvskading	72%	1 år, ukentlig individuell terapi, ferdighetsgruppe, telefonveiledning, konsultasjonsteam	Selvskading uten dødelig utfall (inkluderer både selvskading med og uten selvmordsintensjon)	Signifikante resultater etter behandling: depresjon, håpløshet, selvskading, generell fungering
A L. Miller, Wyman, Huppert, Glassman, and Rathus (2000)	Pre-post. Poliklinisk	33, 85% kvinner	14-19	Selvskading innen siste 16 uker eller nåværende suicidale forestillinger. 3 BPD-symptomer	Kun studerte som fullførte	DBT-A i 12 uker, ukentlig individualterapi og multifamilie ferdighetsgruppe, telefonveiledning, konsultasjonsteam	Inkluderte både med og uten selvmordsintensjon	Signifikante resultater etter behandling: signifikant reduksjon i interpersonlige problemer, impulsivitet, emosjonell dysregulering og identitetsforvirring. Alle ferdigheter vurdert som moderat til svært nyttige, stresstoleranse og mindfulnessferdigheter vurdert som mest nyttige
Woodberry and Popenoe (2008)	Pre-post. Poliklinisk	46, 89% kvinner	13-18	Selvskading, selvmordsforsøk, og/eller ustabil affekt eller relasjoner i de siste 3-6 mnd	63%	DBT-A i 15 uker, ukentlig individuell terapi og multifamilie ferdighetsgruppe, telefonveiledning, konsultasjonsteam		Signifikante resultater etter behandling: depresjon, sinnelag, generelle psykiatriske symptomer og funksjonelle vanskeligheter, suicidale forestillinger, tanker om selvskading, foreldrenes rapportering om egen depresjon
Fleischhaker et al. (2011)	Pre-post med oppfølging. Poliklinisk	12, 100% kvinner	13-19	Selvskading eller selvmordsatferd innen siste 16 uker, BPD diagnose eller flere enn 3 BPD-	75%	DBT-A i 16-24 uker, ukentlig individualterapi og multifamilie ferdighetsgruppe, telefonveiledning, konsultasjonsteam	Inkluderte både selvskading med og uten selvmordsintensjon	Signifikante resultater ved et års oppfølging i selvmordsatferd, selvskading, psykososial tilpasning, psykopatologi og BPD-symptomer

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

				symptomer				
Rathus and Miller (2002)	Kvasiekperiment. Poliklinisk	DBT:29 TAU: 82 93% kvinner i DBT 73% kvinner i TAU	DBT:16,1 TAU: 15,0	Selvmondsfor søk innen siste 16 uker eller nåværende selvmordsfor estillinger, BPD-diagnose eller flere enn 3 BPD-symptomer	DBT: 62% TAU: 40%	12 uker, DBT-A: ukentlig individuell terapi og multifamilie ferdighetsgruppe, telefonveiledning, konsultasjonsteam. TAU: ukentlig individuell psykodynamisk psykoterapi og familierapi	Parasuicidal atferd(inkluderer selvskading med og uten intensjon om selvmord)	Etter behandling hadde de behandlet med DBT signifikant færre psykiatriske innleggelser og høyere fullføring av behandling sammenliknet med TAU. De behandlet med DBT viste signifikant reduksjon av identitetsforvirring, impulsivitet, interpersonlige problemer, emosjonsregulering, selvmordsforestillinger, depresjon, angst, generelle psykiatriske symptomer, global alvorlighetsgrad og BPD-symptomer
Katz, Cox, Gunasekara, and Miller (2004)	Kvasiekperiment med oppfølging. Innlagte pasienter	DBT: 32 TAU: 30 84% kvinner i hele utvalget	14-17	Nylig selvmordsfor søk eller forestillinger, godkjennelse av å bo på sykehus i behandlingsperioden	Fullfør else av behandling ble krevet	2 uker: DBT-A: 4 individuelle terapisesjoner, 10 ferdighetsgruppesesjoner, konsultasjonsteam, DBT- miljø TAU: mer enn en ukentlig individualterapi og daglig psykodynamisk gruppeterapi, psykodynamisk miljø	Inkluderte både selvskading med og uten selvmordsintensjon	Etter behandling viste de behandlet med DBT signifikant reduksjon i antall voldelige hendelser i avdelingen sammenliknet med TAU, de viste signifikant reduksjon i totalt antall voldelige hendelser i avdelingen sammenliknet med 6 mnd før og etter DBT-behandlingen. Begge grupper viste signifikant reduksjon i selvskading, depresjon, selvmordsforestillinger ved et års oppfølging.
McDonell et al. (2010)	Kvasiekperiment med historiske kontroller. Innlagte langtidspasienter	DBT:106 HKG: 104 58% kvinner i hele utvalget	DBT: 12-17 HKG: 12-15	Frivillig og ikke-frivillig innlagte ble inkludert. Flere lidelser hos de innlagte	Ikke rapportert	Variierende grad av DBT-intensitet gitt til pasientene avhengig av lidelsens alvorlighetsgrad. Pasientene i DBT-gruppen mottok enten DBT-miljøarbeid, DBT-miljøarbeid og DBT-ferdighetsgruppe, eller DBT-miljøarbeid, ferdighetsgruppe og individuell DBT(full	Inkluderer kun ikke-suicidal selvskading.	Signifikant mindre ikke-suicidal selvskading (spesielt hos de med mye og alvorlig selvskading) sammenliknet med HKG. Innen DBT-gruppen ble det rapportert signifikant bedre generell fungering og mindre medisinerer etter behandling.

DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

						DBT).		
Trupin, Stewart, Beach, and Boesky (2002)	Kvasiekseptentelt. Innlagte pasienter	DBT1: 22 DBT2:23TA U: 15. 100% kvinner	Gj.snittsalder 15,17	Fengslede innlagte pasienter		10 måneders DBT gitt til to grupper(en med tyngre problematikk)	Bruker parasuicid som inkluderer selvskading med og uten selvmordsintensjon	Alvorlige atferdsproblemer ble signifikant redusert for den tyngre DBT- gruppen. Parasuicidale handlinger, aggressiv atferd og forstyrrelse av timene de deltok i minket, men ikke signifikant. Økt bruk av terapeutiske vs straffende responser fra personalet
Geddes et al. (2013)	Pre-poststudie med oppfølging. Poliklinisk	6, 100% kvinner	14-16	Selvskading og/eller suicidale forestillinger innen siste 12 måneder. Minst tre BPD-trekk	64%	26 uker: DBT-A	Selvskading som selvskading uten intensjon om selvmord	Nedgang i rapportert selvskading, traumebaserte symptomer og suicidalitet. Bedring i emosjonsregulering. Signifikant reduserte symptomer av depresjon, angst, sinne og posttraumatisk stress. All bedring opprettholdt ved tre måneders oppfølging.



## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

Tabellen ovenfor er basert på MacPherson et al. (2013) sitt review, der man så man på studier av effekten av DBT for ungdommer innen flere problematikkområder, inkludert blant annet selvskadingsatferd. Sammenliknet med MacPherson et al. (2013) sitt studie, er i denne oppgaven flere studier lagt til i tabellen, samt supplering av kolonner for å beskrive studiene. Blant annet er studienes definisjon av selvskading tatt med i denne oppgaven og ikke i MacPherson et al. (2013) sitt review. Som man kan se ut ifra tabellen er det til nå utført fire kvasieksperimentelle studier innen området (Katz et al., 2004; McDonell et al., 2010; Rathus & Miller, 2002; Trupin et al., 2002) og seks åpne studier uten kontrollgruppe (Fleischhaker et al., 2011; Geddes et al., 2013; James et al., 2008; James et al., 2011; A L. Miller et al., 2000; Woodberry & Popenoe, 2008). Et kvasieksperimentelt design vil si at en sammenlikner to grupper som får ulik behandling, men hvor tildelingen til hvilken behandling en pasient får ikke er tilfeldig. Et åpent studie vil si at en undersøker en behandlingsform på et utvalg pasienter uten å ha kontrollgruppe, for eksempel pre-post-design der en vurderer symptomtrykk før og etter behandlingen. Til nå er ingen RCT- studier som undersøker effekten av DBT på selvskading hos ungdom publisert, men siden 2008 har det pågått forskning på nettopp dette området ved universitetssykehuset i Oslo (ved Mehlum) som forventes avsluttet i 2014.

I de fleste studiene presentert her er inkluderingskriteriene enten BPD- diagnose eller BPD- trekk. DBT er funnet å være effektiv i behandling av flere problemer assosiert med BPD, inkludert selvskading, selvmordsforsøk, suicidale forestillinger, håpløshet, depresjon og bulimi (Bohus et al., 2000; Koons et al., 2001; M. M. Linehan et al., 1991; Marsha M. Linehan et al., 2006; Marsha M. Linehan et al., 2002; Marsha M. Linehan et al., 1999; Turner, 2000; Verheul et al., 2003). Men, slik Herpertz (1995) hevder, kan dårlig affektregulering være den underliggende psykopatologiske dimensjonen hos både de med en BPD- diagnose og de som selvskader. Av den grunn kan DBT, med sitt fokus på bedring av emosjonsregulering, være en gunstig terapiform for både personer med en BPD-diagnose som selvskader, samt de uten en slik diagnose som bedriver slik atferd. Den potensielle nytten av DBT for liknende populasjoner, selv ved fravær av en BPD- diagnose, er lovende (Robins & Chapman, 2004). Verheul et al. (2003) mener DBT kan være en behandling for pasienter med alvorlig, livstruende impulsiv kontrollforstyrrelse heller enn BPD i seg selv.

I studiene til Katz et al. (2004) og Rathus and Miller (2002) blir TAU (Treatment As Usual) beskrevet som psykodynamisk terapi, som i følge Suyemoto (1998) er den terapiformen de fleste som selvskader blir behandlet med. Psykodynamisk terapi fokuserer på å uttrykke emosjoner verbalt, å forstå meningen og behov bak selvskadingen, samt å gi

interpersonlige erfaringer som adresserer grense- og tillitsproblemer (Suyemoto, 1998). I studiet til McDonnell et al. (2010) ble TAU- behandling beskrevet som behandling gitt fra personale som var spesialisert i behandling av eldre ungdommer.

### 6.2. Reduksjon i selvskading

Samlet sett finner majoriteten av både de kvasiekperimentelle og de åpne studiene uten kontrollgruppe signifikant reduksjon av selvskadingsatferd hos både inneliggende og polikliniske pasienter. To av de kvasiekperimentelle studiene (Katz et al., 2004; Rathus & Miller, 2002) viser at sammenliknet med TAU, var DBT for ungdommer assosiert med signifikant reduksjon i hospitalisering, avslutning av behandling og atferdsmessige hendelser (for eksempel vold mot en selv eller andre). Disse studiene fant også at DBT var assosiert med signifikant reduksjon i suicidale forestillinger, selvskading, BPD- symptomer, depresjon, angst og generelle psykiatriske symptomer, men bedring innen disse områdene ble enten ikke sammenliknet med ungdommene som mottok TAU, som var tilfelle i Rathus and Miller (2002) sitt studie, eller signifikante funn ble rapportert i både DBT og TAU- gruppen, som hos Katz et al. (2004) (MacPherson et al., 2013).

### 6.3. Reduksjon i depresjon

Depresjon er svært vanlig blant ungdommer som selvskader, og det er funnet at de som dropper ut av behandling er mer deprimerte og skårer høyere på håpløshetsskalaer sammenliknet med de som blir i terapi (James et al., 2011). Flere av studiene av DBT sin effekt på selvskadingsatferd hos ungdom finner bedring på depresjonsskårer etter endt behandling (Geddes et al., 2013; James et al., 2008; James et al., 2011; Katz et al., 2004; Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008), i likhet med studier av voksne (Koons et al., 2001; M. M. Linehan et al., 1991; M. M. Linehan et al., 2006; Marsha M. Linehan et al., 1994). Slike funn er viktige fordi depresjon er relatert til gjentagelse av selvskading (Hawton, Kingsbury, James, et al., 1999; Hawton, Kingsbury, Steinhardt, et al., 1999), alvorlighetsgraden til selvskading, og sannsynligheten for å begå selvmord (Evans, Hawton, & Rodham, 2004), mens depressiv affekt er en prediktor for manglende behandlingsrespons i behandling av suicidal ungdom (Huey et al., 2005). Det å behandle depresjonssymptomer, spesielt de som kan bidra til årsakene for selvskadingen (for eksempel det at depresjon bidrar til lav selvfølelse og negativ selvoppfattelse) vil være viktige når en forsøker å minke eller stanse selvskading, hevder (Suyemoto, 1998). Enkelte antyder at behandling blir mer effektivt

om man fokuserer på depressive symptomer heller enn selvskading for de av ungdommene med affektive lidelser som selvskader (Harrington et al., 1998).

### 6.4. Læring vs støtte

DBT er en omfattende behandling, som involverer flere elementer (som telefonveiledning og minst to terapitimer ukentlig). Det har blitt reist spørsmål om effekten av DBT på selvskadingsatferd hos ungdommer kan være grunnet denne terapiformens intense og omfattende natur, og at bedring muligens er grunnet støtte, heller enn læring av ferdighetene som står sentralt i DBT. Men både i James et al. (2008) og James et al. (2011) sine studier uttalte deltagerne at de brukte ferdighetene de ble lært for å redusere selvskading, noe som antyder at behandlingen er effektiv ikke kun pga den støtten ungdommene mottar, men heller involverer en læringsprosess. For å videre ekskludere en slik støttefunksjon, kan det være viktig å sammenlikne DBT med en like intensiv behandling. Slik kan en studere om det er behandlingseffekter ved DBT vs støtte som fører til gode resultater. Dette ble gjort i både Katz et al. (2004) og Rathus and Miller (2002) sine studier, der TAU- behandlingen bestod av en vel så intensiv og omfattende behandling som DBT. I Katz et al. (2004) sin studie selvskadet DBT- gruppen i mindre grad enn gruppen som mottok TAU- behandling på avdelingen under behandling, mens i Rathus and Miller (2002) hadde de behandlet med DBT færre innleggelses og større grad av oppfølging av behandling samt bedring innen flere problemområder sammenliknet med TAU- gruppen. Slike funn indikerer at ungdommene mest sannsynlig lærer og drar nytte av ferdighetene lært i DBT- behandlingen, og at bedring hos disse ungdommene ikke baseres på en støttefunksjon ved behandlingen.

### 6.5. Drop-out

Drop-out eller behandlingsfracfall er sentralt når man skal vurdere hvor godt en behandling virker. Ungdom som følges i studier som de presentert her antas ofte å være de mest vanskelige å engasjere og beholde i behandling (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012). Årsaken til dette er muligens på grunn av deres nokså sammensatte problematikk, som ofte preges av blant annet interpersonlige problemer, impulsivitet og depressive symptomer. På tross av dette og at DBT involverer høy grad av deltagelse og engasjement fra ungdommen og foreldrene sin side, rapporteres høye fullføringstall (mellom 62%-87,5%) i studiene presentert her. Dette kan antyde at ungdommene aksepterer, tolererer og finner behandlingen nyttig. Ungdom behandlet med DBT rapporterer også å like terapien,

samt at de ville anbefalt behandlingen til andre som er i behov for et slikt program (Groves et al., 2012).

I Rathus and Miller (2002) sin studie rapporterte DBT- gruppen mer depresjon, mer BPD, stoffmisbruk, suicidale forestillinger, innleggelser og angst enn TAU ved behandlingsstart. Selv om gruppen som mottok DBT hadde en mer alvorlig psykopatologi i utgangspunktet, fullførte disse ungdommene i større grad behandlingen enn de som mottok TAU (60% versus 38%). En mulig årsak til større grad av fullførelse blant ungdommene med tyngre problematikk som ble behandlet med DBT kan være at disse ungdommene hadde mer liknende problematikk som populasjonen DBT opprinnelig ble utviklet for, nemlig individer med BPD. Muligens kan DBT henvende seg i større grad til og virke mer motiverende for ungdommer med mer alvorlig problematikk enn de med lettere symptomtrykk.

### 6.6. Innleggelser

Ungdommene som mottok DBT i Rathus and Miller (2002) sin studie hadde signifikant færre innleggelser sammenliknet med TAU (0% versus 13%). Behandlingsfilosofien til DBT- terapeuter kan være en mulig årsak, der en har som mål å benytte en poliklinisk modell for å hjelpe pasienter til å håndtere problemene i livet deres gjennom in vivo- problemløsning via telefonkonsultasjon og ved å bruke stresstoleranseferdigheter. Av slike grunner er man mer kritisk til bruken av hospitalisering av pasienter i krise innen DBT sammenliknet med andre behandlingsformer. En kan her spørre seg om den lave andelen hospitalisering hos de behandlet med DBT reflekterer bedring i fungering eller en tilbøyelighet til å ikke legge pasienter inn. Men hospitalisering av ungdommene som mottok TAU viste seg ikke å redusere selvmordsforsøk da det ikke var noen forskjell mellom gruppene når det gjelder selvmordsforsøk i Rathus and Miller (2002) sitt studie. Gitt de emosjonelle, sosiale, akademiske og økonomiske kostnadene til hospitalisering, tilbyr DBT en effektiv tilnærming for å håndtere ungdom i høy risiko på en poliklinisk basis.

### 6.7. Symptomlette innen andre problemområder

Studiene finner videre bedring i emosjonsregulering (Geddes et al., 2013), håpløshet (James et al., 2008; James et al., 2011), angst (Geddes et al., 2013; Rathus & Miller, 2002), traumbaserte symptomer (Geddes et al., 2013), generell fungering (James et al., 2008; James

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

et al., 2011; McDonell et al., 2010; Rathus & Miller, 2002), sinne (Geddes et al., 2013; Woodberry & Popenoe, 2008), posttraumatisk stress (Geddes et al., 2013), selvmordsforestillinger (Katz et al., 2004; Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008), suicidalitet (Geddes et al., 2013), BPD- symptomer (Fleischhaker et al., 2011; Rathus & Miller, 2002), samt reduksjon i medisinerer (McDonell et al., 2010). Ungdom behandlet med DBT rapporterer ferdigheter lært under behandlingen som nyttige, der mindfulness og stresstoleranse holdes frem som spesielt viktige (A L. Miller et al., 2000).

DBT ser også ut til å påvirke ungdommer sine tanker og ønsker om det å skade seg selv. Mens 50% ønsket å skade seg ”ofte” eller ”nokså ofte” ved pre- behandlingstidspunktet i Woodberry and Popenoe (2008) sitt studie, ønsket kun 21% dette etter behandling. Etter behandling ønsket 20% flere aldri å skade seg, sammenliknet med før behandling. Slike funn antyder at DBT kan virke forebyggende ved at ungdommer som vurderer å selvskade vurderer det i mindre grad etter behandling.

Studiene presentert i denne oppgaven inkluderer ungdom i alderen 12-19 år. Ingen randomiserte kontrollerte studier er som nevnt til nå utført for denne aldersgruppen, men en RCT- studie som inkluderte universitetsstudenter mellom 18 og 25 år fant lovende resultater mtp behandling med DBT for suicidale og selvskadende studenter (Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop, & Iverson, 2012). Dette studiet inkluderte de av studentene som møtte tre eller flere av BPD- kriteriene, som rapporterte nåværende selvmordsforestillinger eller hadde hatt minst en selvskadingsepisode og/eller et selvmordsforsøk. Sammenliknet med TAU-gruppen viste DBT-gruppen signifikant nedgang i suicidalitet (tanker/planer om selvmord), depresjon, antall selvskadingsepisoder, BPD-kriterier og medisinerbruk og signifikant bedring i sosial tilpasning. De fleste av disse behandlingsutfallene ble observert ved oppfølging. Pistorello et al. (2012) fant at DBT muligens var mer effektivt for de studentene med mer alvorlig og kompleks problematikk samt lavere global fungering. En årsak til dette kan være at DBT som nevnt i utgangspunktet ble utviklet for individer med høyere grad av svekket funksjonsnivå (M. M. Linehan et al., 1991).

Bedring funnet hos foreldrene til selvskadende ungdom som inkluderes i DBT-behandling rapporteres i et av studiene presentert her (Woodberry & Popenoe, 2008). Som gruppe rapporterte foreldrene en signifikant reduksjon av depressive symptomer etter behandling sammenliknet med før behandling. Funnene gir viktig støtte til at foreldre selv kan dra nytte av å inkluderes i DBT- behandling.

### 6.8. Svakheter ved studiene

Det er vanskelig å sammenlikne funn i disse studiene fordi det er en betydelig variasjon i populasjon, settinger og struktur for behandlingsformat studiene imellom (Groves et al., 2012). Det er også en stor variasjon i studienes design, der majoriteten består av pre-post- behandling og ingen inkluderer et randomisert kontrollert design. Uten kontrollgrupper er det vanskelig å komme med slutninger om effektiviteten av en gitt intervensjon. Ved å inkludere kontrollgrupper bedres den interne validiteten i studiene. De to kvasiexperimentelle studiene inkluderte kontrollgruppene der behandling som bestod av psykodynamisk terapi ble gitt, men manglet tilfeldig tildeling. Systematiske forskjeller kan ha eksistert før behandlingsstart, og kan derfor ha påvirket utfallet (Groves et al., 2012). Videre er det lite konsistens i terminologi for å beskrive selvskading og suicidal atferd i studiene presentert her. I enkelte studier brukes en definisjon på selvskading som ikke skiller mellom ikke- suicidal selvskadingsatferd og selvmordsforsøk. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne inklusjonskriteriene og funn av studiene (Groves et al., 2012). Det kan videre være vanskelig å skjelle effektene av behandling for ikke- suicidal selvskadingsatferd fra selvmordsforsøk, da disse to atferdene er slått sammen i definisjonen av selvskading i de fleste studiene. Ulike definisjoner av selvskading i ulike studier kan altså være problematisk, men ingen publiserte studier har funnet ulik respons til behandling hos ungdom med suicidal versus ikke- suicidal selvskading (Ougrin et al., 2012). Større internasjonal enighet om definisjon av selvskading kan allikevel styrke forskning, da man slik kan være sikker på at en fokuserer på nøyaktig samme fenomen (Ougrin et al., 2012).

Terapeuter som ga DBT i studiene beskrevet her varierte mtp profesjon, opplæring, år med erfaring og om de hadde støtte fra et konsultasjonsteam. Disse variasjonene gjør det også vanskelig å sammenlikne behandlingene som blir gitt til pasienter i ulike studier og å bestemme om disse pasientene faktisk mottok DBT.

En annen tenkelig svakhet ved studiene er at sammenlikningen mellom DBT og TAU i de som inkluderte en kontrollgruppe muligens ikke er så enkel. I DBT- betingelsen hadde ofte DBT- terapeutene god opplæring og oppfølging, mens terapeutene i TAU- betingelsen kun var alminnelige terapeuter uten slik støtte (Scheel, 2000). I tillegg kan motivasjonen blant DBT- terapeutene tenkes å ha vært større enn hos terapeutene i TAU- betingelsen og kan derfor ha bidratt til utfallet (Scheel, 2000).

Flere av studiene er gjennomført av forskergrupper som enten selv har vært med å utvikle metoden eller som praktiserer DBT i sin praksis. Dette kan være problematisk fordi disse terapeutene muligens er mer motiverte enn terapeuter uten et slikt ståsted, som kan

medvirke positive resultater hos deres pasienter. Det er også mulig at terapeuter forankret i DBT i større grad ønsker å publisere positive resultater, heller enn studier som ikke viser effekt av DBT- behandling. Av slike grunner kunne det vært hensiktsmessig med andre forskergrupper bak studiene, som ikke har en DBT- bakgrunn.

Videre har det vært pekt på at små utvalg og en overrepresentasjon av kvinner begrenser nytten av funn til andre grupper. Gratz (2003) understreker at det meste av den empiriske og teoretiske litteraturen på DBT fokuserer på kvinner med en historie med psykiatrisk behandling. Det er derfor behov for mer forskning på både kliniske og ikke-kliniske grupper bestående av både kvinner og menn. Bruk av mer utviklingsmessige passende mål hadde også vært en fordel, da flere av studiene inkluderte voksne og/eller barnemål som sannsynligvis var lite klinisk sensitive for den symptomatologien ungdommer presenterer (Quinn, 2009)

### 6.9. Oppsummering og konklusjon

Begrunnelse for å benytte DBT i behandling av suicidal og selvskadende ungdom kommer fra mangelen på effektive behandlinger for disse ungdommene (Woodberry & Popenoe, 2008). Til tross for at forskning på DBT i behandling av selvskading hos ungdom har økt i omfang de siste årene, er det generelt for lite forskning på selvskading blant ungdommer, og da spesielt behandling av selvskading med DBT. Mangelen på robust evidensbasert behandling er bekymringsverdig, gitt hyppigheten av selvskading og dennes potensielt alvorlige konsekvenser. Dette synliggjør behovet for randomiserte kontrollerte behandlingsstudier før DBT kan bli bredt anbefalt (James et al., 2008).

Flere svakheter ved studiene, inkludert blant annet lite konsistens i bruken av terminologi, små utvalg der majoriteten består av kvinner, samt mangel på kontrollgrupper og tilfeldig fordeling fører til at en ikke direkte kan sammenlikne studiene. Men studiene gir viktig informasjon om praktisk effektivitet i tillegg til at mange av funnene indikerer at DBT er effektivt innen flere områder for ungdommer (Groves et al., 2012), ved å redusere selvskadingsepisoder og føre til symptomlette innen områder som blant annet depresjon, håpløshet og BPD- symptomer. Til tross for at populasjonen det fokuseres på her anses som vanskelig å holde i terapi samt at DBT er en intensiv behandling som legger vekt på aktiv problemløsning, blir en betydelig andel ungdommer i behandling, noe som er positivt mtp bedring. Samlet sett kan man si at empirien for bruk av DBT i behandling av selvskading hos ungdom er veldig begrenset, men samtidig lovende (Groves et al., 2012). Dette reiser et annet viktig spørsmål: Hvilke elementer ved DBT kan være utslagsgivende mtp bedring av



selvskadingsatferd hos ungdom?

## **Kapittel 7. Hvilke mekanismer kan forklare bedring funnet hos selvskadende ungdom behandlet med DBT?**

Det er nyttig å vite viktigheten av spesifikke behandlingsstrategier fordi det er viktig å vite hvilke komponenter i behandlingen som er virksomme for å kunne effektivisere terapien ytterligere. Det er dessverre mangel på studier som separerer DBT- komponenter for å identifisere de spesifikke og aktive forandringsmekanismene. Av den grunn er det svært uvisst hvorvidt DBT sine endringsstrategier, akseptstrategier eller integreringen av begge er kritiske for metodens effektivitet. Noen studier er derimot publisert, der større andel teoretiske enn empiriske er utført.

For å finne den mest effektive behandlingen av selvskading, er det viktig å forstå de ulike psykologiske funksjonene selvskadingsatferd har (Suyemoto, 1998). Fordi selvskading typisk har flere psykologiske funksjoner (Lloyd-Richardson et al., 2007; Prinstein, 2008), kan det å identifisere de funksjonene som er relevante for hver enkelt pasient gi mye informasjon om hvilken behandling en skal gi (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Majoriteten av forskning og teorier fokuserer på intrapsykiske og interpersonlige funksjoner ved selvskading (Suyemoto, 1998). De hyppigste rapporterte årsakene blant ungdom for å selvskade seg er å føle noe i det hele tatt, selv smerte (41%) (Lloyd-Richardson et al., 2007). Andre årsaker rapportert på nivåer over 33% er ”å forsøke å få en reaksjon fra noen, selv om den er negativ”, ”å stoppe vonde følelser”, ”å få kontroll over situasjonen”, ”å ha noe å gjøre når en er alene”, ”å få oppmerksomhet” og ”å lindre følelsen av nummenhet og tomhet” (Lloyd-Richardson et al., 2007). Slike funn indikerer at ungdom rapporterer to hovedårsaker for å skade seg, nemlig sosiale og emosjonelle (Gonzales & Bergstrom, 2013). Valg av selvskading som håndteringsstrategi, er trolig relatert til hvordan denne atferden møter ulike behov (Suyemoto, 1998). Dette kan forklare hvorfor selvskadingens funksjon er svært individuell, og indikerer at behandling bør fokusere på den spesifikke hensikten slik atferd har for hver enkelt pasient (Suyemoto, 1998).

Validering- og problemløsningsstrategier fungerer som ryggraden i DBT, da alle de andre strategiene metoden anvender bygger på disse. Valideringsstrategier baseres på aksept av pasienten, mens problemløsningsstrategier baseres på forandring av pasienten (M. Linehan, 1993a). Valideringsstrategier inkluderer det å lære ferdigheter innen mindfulness, emosjonell validering og stresstoleranse, mens problemløsningsstrategier inkluderer



ferdigheter i sosial kompetanse, emosjonell kontroll og motsatt handling. Det er allikevel vanskelig å sette et klart skille mellom hvilke ferdigheter som forsøkes å bedres gjennom enten validering- eller problemløsningsstrategier, da de fleste ferdighetene inkluderer balansen mellom aksept (validering) og endring (problemløsning).

For å eksemplifisere hvordan ulike funksjoner ved selvskading blir møtt med forskjellige strategier i DBT, og hvordan dette kan gjøres i terapi vil følgende kasus inkluderes i drøftingen: Louise på 15 år. Hun kutter seg jevnlig både på lår og armer. Louise er oppvokst i et konfliktfylt hjem, der moren og faren skilte seg da hun var 13 år. Louise bor nå hos moren, som hun har et vanskelig forhold da de ofte krangler. Louise har lav selvfølelse, vansker med å regulere sine emosjoner og hun har en tendens til å tenke svart-hvitt både om situasjoner hun befinner seg i og mennesker hun omgås.

### **7.1. Lav selvfølelse: Validering**

Klonsky (2007a) fant i sin gjennomgang av prevalens, funksjoner, måling og behandling av selvskading at etter emosjonsregulering, er selvstraff og sinne mot seg selv de mest prevalente årsakene til selvskading. Dette mønsteret er konsistent med forskningsfunn der en har funnet lav selvfølelse hos de som selvskader (Klonsky et al., 2003; Lundh, Karim, & Quilisch, 2007).

For å bedre lav selvfølelse, kan validering være sentralt. I terapi med Louise vil en i DBT ta i bruk valideringsstrategier som kommuniserer til henne på en utvetydig måte at hennes atferd er forståelig i den situasjonen hun befinner seg i (M. Linehan, 1993a). Terapeuten vil forsøke å få Louise til å forstå og reflektere over egne handlinger, emosjoner, og tanker eller implisitte regler (Lynch et al., 2006). Her er det viktig at terapeuten samhandler med Louise på en genuin måte (M. Linehan, 1993a), som innebærer at terapeuten henvender seg til Louise på en ekte og naturlig måte der en ikke er falsk eller later som, men opptrer oppriktig og i samsvar med det en tenker og uttrykker overfor henne.

Validering kan bidra til å øke stabiliteten i pasientens følelse av seg selv. I følge Swann Jr (1983) sin selvbekreftelsesteori gir stabilt selvbilde mennesker en viktig kilde til en følelse av sammenheng og gir mennesker hjelp til å definere og organisere erfaringer, forutse fremtidige hendelser og navigere i sosiale samspill. I følge Swann Jr (1983) pleier mennesker å tiltrekkes omgivelser som står i samsvar med hvordan en beskriver seg selv. Dette vil si at

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

en ønsker å omgås de som bekrefter en selv slik en er. I terapi med Louise vil validering blant annet gå ut på å anerkjenne hennes emosjoner, som å bekrefte at hennes følelsesmessige reaksjoner er forståelige i den situasjonen hun befinner seg i. Fordi personer ønsker å være sammen med personer som bekrefter en, kan validering øke pasientens motivasjon for å bli i terapi (Lynch et al., 2006). Gitt at de som selvskader har en tendens til å avslutte behandling, er dette elementet viktig for å få disse individene til å bli i behandling for å slik oppnå en bedring hos dem og antas derfor å være en av de mekanismene som bidrar til bedring ved bruk av DBT i behandling av selvskading hos ungdom.

Videre kan terapeutisk holdning ha avgjørende betydning for utfallet ved behandling av selvskading, der balansen mellom terapeutens validering av pasienten og parallelle oppfordring til endring som nevnt står sentralt i DBT. Denne integreringen av validering og endring tenkes å ha en terapeutisk effekt i seg selv (Robins & Chapman, 2004). Shearin and Linehan (1992) fant at DBT- terapeuter som ble rapportert av sine pasienter å være både kontrollerende (fokus på endring hos pasienten) og fostre autonomi (fokus på aksept og validering av pasienten), ble i høyere grad assosiert med reduksjon av parasuicidal atferd eller suicidale forestillinger sammenliknet med terapeuter som kun ble rapportert å være kontrollerende (kun forandring) eller som å kun fostre autonomi (kun aksept). Et slikt funn støtter viktigheten av fokuset på integreringen av aksept og forandring fra terapeutens side (Robins & Chapman, 2004), som står sentralt i DBT og som kan tenkes å være viktig for bedringen funnet hos selvskadende ungdommer som behandles med denne metoden.

### **7.2. Svart-Hvitt- tenkning: Dialektiske strategier**

Personer som har vansker med følelsesregulering kan ha en tendens til å tenke svart/hvitt, der det er rom for lite nyanser. Dialektiske strategier eller teknikker er et element i DBT- behandling, og tenkes å påvirke bedring funnet hos pasientene. Disse strategiene brukes i alle behandlingsformatene (de individuelle timene, gruppetimene og telefonkonsultasjonene). Dialektiske strategier kan sammenliknes med det å lære pasienten kognitiv restrukturering, som er et viktig element i CBT, da en også i DBT forsøker å lære pasienten alternative måter å tenke og oppføre seg på (M. Linehan, 1993a). Eksempler på dialektiske strategier er det å bruke metaforer, spille djevelens advokat (komme med kritiske innvendinger) eller understreke paradoksale motsetninger i pasientens atferd. I terapi med Louise vil en forsøke å endre hennes enten/eller- tankegang og hennes lite balanserte synspunkter om situasjoner hun befinner seg i og personer hun omgås gjennom slike dialektiske strategier. Louise har lett for å tenke at hennes mor er hennes verste fiende og at

moren kun ønsker Louise vondt. Ved bruk av dialektiske strategier forsøker en å lære pasienten å ta i bruk en dialektisk tankegang. En dialektisk tankegang går ut på det å tenke i mindre grad rigid, polarisert og todelt (enten/eller), og heller inkludere mer balanse og nyanser. Her forsøker en å fremme endring hos pasienten ved å endre tankemønster fra å tenke at sannhet er verken absolutt eller relativ, men at den i stedet utvikler seg kontinuerlig og blir satt sammen over tid (M. Linehan, 1993b). En trekker frem motstridende synspunkter og ser samtidig etter sannhet i hvert perspektiv (MacPherson et al., 2013). Dialektiske strategier forsøker å balansere aksept og forandring, fleksibilitet og stabilitet, omsorg og utfordring, og har fokus på svekkelser og på kapasiteter (MacPherson et al., 2013). I møte med Louise, vil man forsøke å nyansere hennes bilde av moren, ved å få Louise til å trekke frem tilfeller der moren har gjort noe hyggelig for henne, eller de har hatt en koselig stund sammen. Terapeuten kan overraske Louise, ved å komme med kritiske innvendinger til hennes tanker om moren. En vil via dialektiske strategier forsøke å få Louise til å få et mer balansert tankesett rundt hennes mor, gjennom å bekrefte at det er akseptabelt og forståelig at hun har negative tanker om sin mor, men at moren også kan ha positive sider, at det moren gjør og sier kan være fornuftig fra hennes ståsted og at hun ønsker henne godt.

Det ofte uventede ved dialektiske strategier, bidrar til at pasienten holder seg våken og oppmerksom i timene, noe som påvirker pasientens orienteringsrespons (Lynch et al., 2006). Informasjon man ikke ønsker å tro på prosesseres mer grundig enn informasjon man ønsker å tro på (Ditto, Scepansky, Munro, Apanovitch, & Lockhart, 1998), noe som fører til at orienteringsresponsen gjør pasienten mer oppmerksom. Dialektiske strategier er på denne måten utviklet for å overraske, for å øke terapeutens uforutsigbarhet og/eller gi informasjon som er i uoverensstemmelse med pasientens preferanser for å øke oppmerksomhet, kognitiv prosessering og læring (Lynch et al., 2006).

### **7.3. Vansker med følelsesregulering: Læring av emosjonsregulering- og problemløsningsferdigheter**

Skader på kroppsvev kan ses på som en sykkelig atferd på den ene siden, men som selvhjelp på den andre, da selvskading kan fungere som et pusterom fra ubehagelige symptomer (Favazza & Conterio, 1988). Selvskading kan gi rask, skjønt kortvarig, avlastning fra episoder med depersonalisering, alvorlig angst, intenst sinne, depresjon, hallusinasjoner, oppfattede interne eller eksterne mangler, tankekjør, raskt flyktige emosjoner, kjedsomhet, stimulus deprivasjon og følelsen av ensomhet, tomhet og usikkerhet (Favazza & Conterio,

1988).

De som selvskader er funnet å skåre høyere på mål på negativ affektivitet, emosjonsdysregulering, depresjon og angst (Andover et al., 2005; Gratz & Roemer, 2004; Klonsky et al., 2003). De som selvskader synes å være mindre mindful (oppmerksomt nærværende) eller bevisst tilstede mht egne emosjoner sammenliknet med de som ikke selvskader (Lundh et al., 2007; Zlotnick et al., 1996). De som selvskader opplever også oftere vansker med å uttrykke sine emosjoner sammenliknet med de som ikke selvskader (Gratz, 2006).

Emosjonsregulering kan konseptualiseres som en bevissthet, en aksept og forståelse av emosjoner, evnen til å kontrollere impulsiv atferd og å oppføre seg i samsvar med ønskede mål når en opplever negative emosjoner (Gratz & Roemer, 2004). Emosjonsregulering omhandler også evnen til å bruke situasjonsspesifikke emosjonsreguleringsstrategier fleksibelt for å modulere emosjonelle responser for å møte individuelle mål og situasjonsmessige krav (Gratz & Roemer, 2004). Et relativt fravær av noen av disse evnene kan indikere vanskeligheter med emosjonsregulering, eller emosjonsdysregulering (Gratz & Roemer, 2004). Selvskadingsatferd blir, som nevnt tidligere, betraktet av mange forskere å være en ikke-adaptiv håndteringsmekanisme, problemløsning eller emosjonsreguleringsstrategi (Favazza, 1998; M. Linehan, 1993a), siden selvskading kan bli brukt til å lindre overveldende emosjoner og minke opplevd trykk og spenning (Gratz, 2001). I DBT fokuseres det på både ferdigheter innen problemløsning og emosjonsregulering, der begge typer ferdigheter har som formål å redusere emosjonsdysregulering. Da begge typer ferdigheter har samme mål, overlapper de noe.

Louise har vansker med å regulere seg emosjonelt, noe som bidrar til svekkelser eller forstyrrelser i relasjoner og sosial kompetanse, stresstoleranse, og mindfulnessferdigheter (Robins & Chapman, 2004). Hvis en har emosjonsreguleringsvansker, er det høy sannsynlighet for at de en samspiller med opplever kontakten som ustabil og problematisk, noe som kan føre til vanskelig samhandling og mange negative transaksjonseffekter (Jacobsen & Svendsen, 2010). Hvis man i terapi med Louise har fokus på øving av ferdigheter som bedrer emosjonsregulering er det forventet at Louise vil utvikle større kapasitet til å regulere egne emosjoner og interagere med andre på en mer hensiktsmessig måte. Videre vil det å erverve bedre emosjonsreguleringsferdigheter kunne føre til bedre toleranse av stress og hindre atferd som gir lettelse på kort sikt men som skaper langtidsproblemer. Slike ferdigheter

kan også føre til at Louise blir mer bevisst på sin nåværende indre tilstand og eksterne omgivelser, og forhåpentligvis bli mindre dømmende.

Gratz (2003) mener det er essensielt å lære personer som selvskader ulike emosjonsreguleringsstrategier som kan hjelpe dem til å regulere sine emosjoner uten å være avhengig av selvskading. Forhåpentligvis kan Louise dra nytte av psykoedukasjon om den paradoksale effekten av forsøk på å unngå interne erfaringer, samt bruk av intervensjoner rettet mot å hjelpe henne til å lære å akseptere sine følelser og tanker mens en ikke nødvendigvis handler i overensstemmelse med dem (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). I terapi vil dette si at terapeuten lærer Louise at det å unngå å føle på det vonde gjennom å selvskade kun vil føre til negativ forsterkning, der hun mest sannsynlig vil benytte selvskading neste gang hun føler på noe vondt.

Emosjonsreguleringsferdigheter i DBT fokuserer på flere atferdsmessige og kognitive strategier for å redusere uønskede emosjonelle responser i det lange løp. Disse strategiene består hovedsakelig av opplæring i hvordan en identifiserer og beskriver emosjoner. Terapeuten kan utfordre Louise for forestillinger som er usanne om emosjoner, som at ”det å være emosjonell betyr at en ikke har kontroll” og at ”det er én riktig måte å føle på i enhver situasjon” (M. Linehan, 1993b). Ved å utfordre slike forestillinger sammen, kan terapeuten få formidlet overfor Louise at det er normalt å føle på både gode og vonde emosjoner, uten at en trenger å reagere på dem ved å selvskade. Man forsøker også å redusere pasientens sårbarhet til negative emosjoner, eksempelvis ved å sikre nok søvn og et sunt kosthold, samt å øke pasientens positive emosjoner, for eksempel ved å planlegge hyggelige aktiviteter (A L. Miller et al., 2000).

Psykoedukasjon om funksjonene til både følelser og selvskading forventes å øke pasientens aksept av hans/hennes emosjoner (Keith et al., 1998), og er noe som blir vektlagt i DBT. En intervensjon som hadde som fokus å få pasientene til å forstå hvilken funksjon selvskading hadde, antok at slik psykoedukasjon bidro til symptomlette (Inckle, 2010).

Empirisk og teoretisk litteratur foreslår at den spesifikke måten selvskading tenkes å regulere emosjoner på er gjennom erfaringsmessig unngåelse (Gratz, 2003; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Ved å selvskade forsøker Louise å unngå eller flykte fra uønsket emosjonell aktivering (Gratz, 2003), hun oppsøker avledning fra den situasjonen hun befinner seg i, eller oppnår selvavstraffelse som reduserer aktivering (Chapman, Gratz, &

Brown, 2006). Emosjonell intensitet, svekkelser i emosjonsreguleringsferdigheter og stressintoleranse er faktorer som kan bidra til at hun ønsker å unngå eller flykte fra situasjonen, heller enn å orke å stå i den. Dette kan føre til økt sannsynlighet for at selvskading er hennes løsning (Chapman et al., 2006),

I samsvar med en unngåelsesmodell, fant Gratz and Roemer (2004) at hyppighet av selvskading var assosiert med manglende aksept av emosjoner blant mannlige universitetsstudenter, en faktor som sannsynligvis øker risikoen for emosjonell unngåelse (Chapman et al., 2006). Det å håndtere erfaringsmessig unngåelse er et sentralt tema i moderne kognitive og behavioristiske terapier (Hayes et al., 1996), slik som DBT (M. Linehan, 1993a) og aksept og forpliktelsesterapi (Hayes et al., 1999).

Stresstoleranse er en annen viktig ferdighet man fokuserer på i DBT. En grunnleggende premiss i DBT er viktigheten av å håndtere emosjonelt ubehag (M. Linehan, 1993b), dvs evnen til å tolerere og akseptere at stress og smerte er en naturlig del av livet. Stress og smerte kan ikke bli fullstendig unngått eller fjernet, derfor vil det å ikke kunne akseptere vanskelige emosjoner føre til økt smerte og lidelse (M. Linehan, 1993b). Gjennom stresstoleranseferdigheter vil terapeuten forsøke å lære Louise å tolerere og akseptere livet som det er her og nå (M. Linehan, 1993a). Stresstoleranseferdigheter fokuserer på å redusere impulsivitet knyttet til selvskading ved å legge vekt på distraksjon og selvberoliggende teknikker. Terapeuten kan for eksempel oppfordre Louise til å finne en hobby, starte å trene eller engasjere seg i andre aktiviteter som distraksjon for å slik tolerere smertefulle emosjoner der og da (M. Linehan, 1993b). Når det gjelder selvberoliggende teknikker kan terapeuten oppfordre Louise til å få hver av hennes fem sanser til å slappe av, gjennom å høre på avslappende musikk (hørsel), ta et avslappende bad (berøring), se på stjernene (syn), ta på favorittparfymen (lukt) eller å drikke favorittteen (smak) (M. Linehan, 1993b). Pusteøvelser kan også virke beroliggende (M. Linehan, 1993b). Målet med slike stressreducerende øvelser er å hjelpe ungdommer å tolerere intense negative emosjoner der og da uten å selvskeide (Neece et al., 2013). A L. Miller et al. (2000) fant i sin studie at en av stresstoleranseferdighetene (radikal aksept) var relatert til bedring i sosial kompetanse hos ungdommene som ble behandlet med DBT. Dette kan forklares ved at en viktig intervensjon ved DBT for ungdommer er å hjelpe dem til å godkjenne og akseptere begrensingene ved kvaliteten på deres forhold til foreldrene. Ved å bruke denne ferdigheten hjelpes ungdommene til å vedkjenne nødvendigheten av å søke sunne forhold med andre voksne (som lærere, trenere), og videreutvikle sine interpersonlige ferdigheter.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

I DBT står opplæring i mindfulness-ferdigheter sentralt, som består av teknikker for å bedre emosjonsregulering og erverve bedre problemløsningsferdigheter. Øvelse på mindfulness antas å være en av mekanismene som er viktige mtp bedring ved behandling med DBT. Mindfulnessferdighetene er psykologiske og atferdsmessige versjoner av meditasjonsferdigheter lært i østlig spirituell praksis. I DBT har mindfulness sterke røtter i Zen-praksis, men ferdighetene er samsvarende med både vestlig og østlig meditasjonspraksis (M. Linehan, 1993a). Mindfulness består av tre ”hva”-ferdigheter og tre ”hvordan”-ferdigheter. ”Hva”-ferdighetene inkluderer det å lære å observere, beskrive og delta der en er, mens de tre ”hvordan”-ferdighetene går ut på det å innta en ikke-dømmende holdning, det å fokusere på én ting av gangen og det å være effektiv (M. Linehan, 1993a). I terapi med Louise kan mindfulnessferdigheter brukes for å hjelpe Louise til å øke oppmerksomheten til egne emosjoner uten å vurdere dem (for eksempel uten å dømme en emosjon som god eller dårlig, riktig eller feil) eller å handle impulsivt på dem (M. Linehan, 1993a). Mindfulness er de første ferdighetene man forsøker å lære pasienten og disse blir vektlagt gjennom hele behandlingsløpet (M. Linehan, 1993b).

Et av målene ved mindfulness er å klare å være bevisst og tilstede psykisk der en er her og nå, da en antagelse i DBT er at deltagelse uten tilstedeværelse er karakteristisk ved impulsiv atferd. Det vil si at en antar at terskelen er lavere for å utføre en impulsiv handling, som selvskading, om en ikke er oppmerksom og konsentrert på det som foregår i den situasjonen en befinner seg i. Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, and Schmidt (2006) fant at trening på mindfulness førte til redusert dissosiering, som kan forklares nettopp gjennom mindfulness sitt fokus på viktigheten av å konsentrere på det man erfarer her og nå (Low et al., 2001). Her vil terapeuten forsøke å lære Louise å erfare med tilstedeværelse hva enn som skjer, det vil si at hun forsøker å være oppmerksom og tilstede i den situasjonen hun befinner seg i, heller enn å forlate situasjonen eller forsøke å avslutte en emosjon, som ved å selvskade (M. Linehan, 1993a). Elementet med aksept av egne emosjoner er sentralt, der øvelse på slike ferdigheter forsøker å redusere identitetsforvirring ved å hjelpe ungdommen til å få en større selvbevissthet gjennom fokusert ikke-dømmende observasjon. Et annet mål ved mindfulness er å beskrive hendelser og personlige responser med ord (M. Linehan, 1993b). Her vil terapeuten eksempelvis ønske at Louise setter ord på opplevelser hun har hatt. Når en tanke eller følelse dukker opp; erkjenn at det skjer. Hun kan for eksempel få beskjed om å si ”Nå føler jeg på tristhet”, hvis hun føler på det, eller ”Magemusklene spenner seg” om hun for eksempel føler på sinne (M. Linehan, 1993b). Evnen til å anvende ord på atferdsmessige og miljømessige hendelser er av vesentlig betydning for både kommunikasjon og selvkontroll

(M. Linehan, 1993b). Et siste mål er å evne å delta uten selvbevissthet. Her vil terapeuten forsøke å lære Louise til å gå fullstendig inn i aktivitetene som skjer der og da, uten at hun separerer seg fra de pågående hendelsene eller interaksjonene og vurderer seg selv i forhold til dem. Når en trener på mindfulness skal en erfare emosjoner uten å dømme eller forsøke å hindre dem, blokkere eller avlede seg fra dem (M. Linehan, 1993a). Dette antas å ha effekt på selvskadning, fordi en i stedet for å flykte fra eller unngå vonde følelser ved å selvskade er en fullstendig tilstede i den aktiviteten man holder på med, noe som gjør det lettere å akseptere egne emosjoner.

Mindfulness (oppmerksomt nærvær) til ens egne emosjonelle responser antas å fungere som en eksponeringsteknikk (M. Linehan, 1993b). En slik tankegang legger vekt på at den naturlige konsekvensen når en person bedømmer en vond emosjon som negativ og dårlig, er følelsen av skam, sinne og/eller angst (M. Linehan, 1993b). Det å føle på disse sekundære følelsene til en allerede negativ situasjon gjør de vonde følelsene mer intense. Hovedidéen bak mindfulness er at eksponering til smertefulle eller stressende emosjoner, uten assosiering til negative konsekvenser, vil fjerne evnen til å aktivere sekundære negative emosjoner (M. Linehan, 1993b). Dersom Louise klarer å unngå å føle skam eller engstelse rundt den opprinnelige emosjonen, kan hun lære seg å tolerere en vanskelig situasjon eller en vond følelse (M. Linehan, 1993b). Slik vil mindfulness redusere selvskadning gjennom å skape alternative håndteringsmekanismer og ved å minke sekundære negative emosjoner ved opplevelsen av vonde emosjoner.

Ved å lære Louise å tillate seg selv å erfare eller eksponere seg for ulike emosjoner, tenkes det at hun vil erverve nye assosiasjoner mellom det å oppleve noe vondt og hvordan hun reagerer på slike emosjoner (Lynch et al., 2006). Eksempelvis kan Louise øve på å føle på noe vondt og deretter reagere ved å være tilstede i situasjonen hun befinner seg i gjennom å tolerere det hun kjenner på, uten å unngå smerten ved å selvskade. Repetert eksponeringen vil føre til stadig sterkere assosiasjoner, dvs at hvis Louise gjennom å lære mindfulness i løpet av en emosjonelt stressende periode, vil få en mulighet til å lære nye assosiasjoner mellom stimuli som fremkaller intens emosjonell smerte og hvordan hun reagerer på denne smerten. Slike nye assosiasjoner kan føre til at Louise ikke lenger føler behovet for å selvskade når hun opplever en negativ emosjon. Mindfulness fungerer her som en alternativ håndteringsmekanisme, der Louise i stedet for å selvskade tolererer at hun kjenner på noe vondt, i stedet for å avbryte emosjonen. Slik reduseres selvskadning ved å erstatte den selvskadende atferden som håndteringsstrategi.

Få studier har undersøkt effekten av mindfulness på håndtering av emosjoner, men



## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

Davidson et al. (2003) fant at et 8- ukers mindfulness-mediteringsprogram ga signifikant økt aktivering i venstresidig anterior, et område i hjernen som er assosiert med positive emosjoner. Dette kan indikere at mindfulness kan påvirke emosjonell opplevelse i en positiv retning, og gir en mulig forklaring på hvorfor personer som selvskader som behandles med DBT opplever bedring, blant annet mtp depresjon.

Motsatt handling er en annen ferdighet det fokuseres på i DBT, og som kan være en av mekanismene DBT virker gjennom. Atferdsmessige uttrykksfulle responser (som smil, gråt, sinne, avsky) er viktige deler av alle emosjoner, og emosjoner er delvis kontrollert av ansiktsuttrykk (M. Linehan, 1993b). For å forandre eller regulere en emosjon kan en derfor uttrykke det motsatte eller noe som er i uoverensstemmelse med den emosjonen en føler på der og da. Dette inkluderer både handlinger (som å gjøre noe snilt for en person en er sint på), kroppstillinger og ansiktsuttrykk (M. Linehan, 1993b). Idéen er ikke å blokkere følelsesuttrykk, men heller å uttrykke en annen emosjon (M. Linehan, 1993a).

Motsatt handling involverer eksponering til det emosjonelt aktiverende stimulus samtidig som en deltar i atferd som er uforenelig med behovet for selvskadingsatferd, som blir vekket av emosjonene. Dette aspektet er basert på teorien om at å opptre konsistent med den handlingen som tvinges fram av en emosjon øker sannsynligheten for at emosjonen vil gjenoppstå under liknende omstendigheter i fremtiden (Lynch et al., 2006). Behandlingsmekanismen ved motsatt handling står i samsvar med mindfulness ved at begge legger til grunn at eksponering fører til ervervelse av nye assosiasjoner. Nøkkelmekanismen til motsatt handling antas nemlig å være svekkelsen av assosiasjonen mellom stimuli (betinget stimuli) og en emosjonell respons (ubetinget stimuli), som oppnås gjennom å eksponere pasienten til stimuli (betinget stimuli) og å blokkere eller reversere den emosjonelle responsen (ubetinget stimuli). Motsatt handling i DBT kan på denne måten føre til læring av nye atferdsresponser til emosjoner (Lynch et al., 2006). Her er det snakk om å gjøre det motsatte av det en finner naturlig eller ønskelig. I Louise sin situasjon kan motsatt handling gå ut på å gjøre de tingene hun er redd for, som å oppsøke aktiviteter hun i utgangspunktet ikke tør å begi seg ut på, si unnskyld til moren sin etter en krangel og eventuelt gjøre noe snilt mot henne. Motsatt handling handler om å ikke unngå, men å oppsøke situasjoner. Om Louise føler seg trist eller tom og har behov for å selvskade, kan hun gjennom motsatt handling lære seg å i stedet gjøre noe som er i uoverensstemmelse med slik atferd, som å smile til seg selv, oppsøke venner, tenke at hun ikke vil selvskade, osv. Slik kan motsatt handling føre til reduksjon i selvskading ved å endre pasientens opplevelse av en vond emosjon, slik at det å

skade seg selv ikke lenger er nødvendig.

A L. Miller et al. (2000) fant i sin studie av ungdom behandlet med DBT en signifikant sammenheng mellom det å lære emosjonsreguleringsferdigheter og det å oppleve mindre forvirring mht egen identitet. Muligens kan det at en bruker effektive emosjonsreguleringsferdigheter redusere ens forvirring rundt egen identitet gjennom å få mer kunnskap om hvordan en føler.

Fokuset på validering av pasienten i DBT kommuniserer på en utvetydig måte at hans/hennes atferd gir mening og er forståelig i den nåværende situasjonen, mens problemløsning fokuserer på forandring. Terapeuten ser typisk på selvskading som en problematferd, mens pasienten ofte anser slik atferd som en løsning. Terapeuten forsøker gjennom å analysere pasientens atferd, få til engasjement med tanke på endring, samt å ta aktive steg mot det å forandre pasientens atferd. Problemløsningsfokuset krever at terapeuten adresserer og takler all problematisk atferd (i og utenfor timer) og terapisisituasjoner på en systematisk måte, noe som inkluderer å utføre en atferdsanalyse, formulere hypoteser om mulige variabler som påvirker selvskadingen, generere mulige forandringer (atferdsmessige løsninger) og å prøve ut og vurdere disse løsningene (M. Linehan, 1993a).

I terapi med Louise vil en viktig del av problemløsningen være at hun sammen med terapeuten definerer selvskadingen, samt utvikler en kjedeanalyse som består av en grundig steg-for-steg- beskrivelse av hendelser som fører til selvskading og hvilke hendelser som skjer etter at selvskadingen har skjedd (M. Linehan, 1993b). Et av målene vil være å koble Louise sin selvskading sammen med miljømessige hendelser (eksempelvis om selvskading inntreffer etter krangel med mor, de gangene hun kjeder seg, når hun føler seg tom osv.), spesielt de hun ikke har innsett har hatt en påvirkning på selvskadingen. I DBT ønsker en å identifisere hendelser som automatisk kan fremkalle selvskading, slik at emosjonelle responser kan bli utforsket gjennom deres betingede assosiasjon med selvskading (M. Linehan, 1993a).

Den grundigheten DBT utforsker selvskadingen til pasienten på, er en nøkkelfaktor for endring (Lynch et al., 2006). Når Louise har selvskadet, må hun som nevnt sammen med terapeuten foreta en detaljert kjedeanalyse. Over tid vil hun muligens lære at om hun selvskader, vil neste terapisesjon involvere en langvarig diskusjon og gjennomgang av selvskadingen og omgivelsene da det skjedde, noe som kan motvirke at hun velger å selvskade neste gang behovet melder seg (Lynch et al., 2006). DBT- terapeuten gir betydelig oppmerksomhet til alle aspekter ved emosjoner som oppstår innen kjeden av hendelser som fører til selvskading. Det å diskutere disse emosjonelle responsene og deres fremprovoserende

stimuli gir forsterket eksponering til emosjoner i sesjonene. Eksponering som oppstår i løpet av kjedeanalysen kan også redusere skam og øke problemløsning (M. Linehan, 1993a). Det å kreve at Louise snakker i detalj om skamfulle hendelser eller atferd, kan utgjøre liknende eksponering og ervervelse av nye assosiasjoner som ved mindfulness eller «motsatt handling» (Rizvi & Linehan, 2005). Årsaken til dette er at Louise opplever eksponering som svekker assosiasjonen mellom selvskading og den emosjonelle følelsen av skam. Slik kan det bli enklere for henne å delta i problemløsning fordi hun ikke lenger opplever skam når vanskelige emosjoner snakkes om.

Kjedeanalyse innebærer som nevnt en detaljert beskrivelse av alle hendelsene som førte til selvskadingen, sammen med konsekvensene av denne atferden. Forskning har demonstrert en viktig forbindelse mellom gjenfortelling og episodisk minne for informasjonssekvenser (Tan & Ward, 2000). Dette betyr at gjennom å fortelle om en hendelse etter at den har skjedd, vil en lettere huske informasjon rundt hendelsen sammenliknet om en ikke gjenfortalte noe fra den. I terapi med Louise vil en slik gjenfortelling av en hendelse der hun skadet seg selv øke hennes episodiske minne for hendelsesmønsteret som lå forut for selvskadingen. Neste gang et slikt mønster oppstår, vil muligens Louise evne å gjenkjenne varselsignalene om forestående vanskeligheter. Når hun har utviklet assosiasjoner mellom hendelsene assosiert med selvskading og brukt nyttige løsninger eller ferdigheter for å forebygge selvskading, blir typisk automatiske responser til slike hendelser forstyrret, og det er mer sannsynlig at mer adaptiv atferd oppstår. Målet er at Louise implementerer emosjonsreguleringsferdigheter for å svekke følelser av tristhet og skam og søker sosial kontakt og støtte eller råd fra terapeuten eller andre i hennes sosiale nettverk fremfor å selvskade (Lynch et al., 2006).

### **7.4. Mellommenneskelige problemer: Ferdigheter innen sosial kompetanse**

Evnen til emosjonsregulering kan påvirke ens relasjoner gjennom å blant annet få personen til å opptre mer stabilt og til å formidle på en mer forståelig måte hva en føler slik at en blir forstått i høyere grad. I tillegg til å forsøke å regulere egne emosjoner på en bedre måte, kan det å trene på ferdigheter innen sosial kompetanse være nyttig for å fungere bedre sammen med sine medmennesker. Ferdigheter knyttet til sosial kompetanse i DBT er sosiale ferdigheter og interpersonlig problemløsningstrening. Den sosiale kompetansemoduleen lærer ungdommer adaptive måter å kommunisere deres behov til andre på og til å håndtere interpersonlige problemer som involverer sterke negative emosjoner (Miller et al., 2006). I terapi med Louise vil opplæring i sosial kompetanseferdigheter inkludere det å utfordre

hennes negative forventninger til sitt forhold til moren, gjennom å assistere Louise i å lære hvordan en anvender spesifikke sosiale problemløsningsferdigheter i den hensikt å utvikle en god relasjon (M. Linehan, 1993b). Eksempler på interpersonlige problemløsningsferdigheter som læres i DBT er det å øve seg på å løse konflikter før de blir for store og alvorlige (M. Linehan, 1993b). En annen øvelse er å spørre andre om hjelp når en føler behov for dette, der en kan utfordre pasienten med ulike forestillinger om sosiale ferdigheter. Et eksempel er å diskutere følgende påstand med Louise: ”Hvis jeg spør noen om hjelp, utlyser det at jeg er en svak person”, noe som kan belyse at det å søke hjelp kan være til nytte når en befinner seg i en intens emosjonell situasjon. Det er mulig slike sosiale ferdigheter fører til mindre selvskadning fordi de gjør det enklere for pasienten å omgås andre på en mindre konfliktfylt måte, samt at de gir større mulighet for å få støtte gjennom ens relasjoner når en har behov for å skade seg selv.

### **7.5. Konfliktfylt foreldre-barn-forhold: Inkludering av foreldre i terapi**

Det er ofte hyppige konflikter mellom barn og foreldre i ungdomstiden. Slike konflikter er mer prevalent hos de ungdommene som selvskader, trolig fordi negativt samspill og konflikt med foreldrene muligens har blitt forverret over tid (Dev, 2008). Foreldre-barn-forhold er grunnleggende for utvikling av emosjonsregulering (Neece et al., 2013). Derfor er det å lære emosjonsregulerende strategier i konteksten mellom ungdommen og foreldrene sannsynligvis en fordel, noe det arbeides med i DBT-A.

Basert på sin kliniske erfaring viser Neece et al. (2013) til at hyppige parallelle terapitimer der foreldrene til den selvskadende ungdommen deltar, bedrer behandlingsutfallet for ungdommen. Det å inkludere foreldre i terapi kan altså bidra til å fremme gode emosjonsreguleringsferdigheter hos ungdommen. Gitt at disse ungdommene sannsynligvis har en forsinket utvikling i sine emosjonsreguleringsevner, kan effektive intervensjoner fra foreldres side være beroligende teknikker typisk brukt med mindre barn (for eksempel fysisk berøring, enkel verbal beroligelse eller distrahering) i stedet for kognitivt baserte strategier, som resonnering eller å peke på forstyrrelser i ungdommens tankegang (Neece et al., 2013). I tillegg kan det å inkludere foreldre i terapi føre til at ferdigheter lært i behandling blir forsterket i hjemmet.

Forskning viser at det å inkludere foreldre i terapi minker selvskadning hos ungdom og fører til reduksjon i depressive symptomer hos foreldrene (Woodberry & Popenoe, 2008).

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

Bedret foreldrefungering kan muligens bidra til mer støtte til barnet samt bidra til overføring av læring fra terapi til hjemmesituasjonen. Det å inkludere moren til Louise i terapi kan føre til reduksjon i selvskading gjennom at moren lærer nye beroligende teknikker å benytte overfor sin datter, at de har mindre konflikter, samt at moren selv kan føle seg sterkere og slik ha større overskudd til å støtte Louise.

### 7.6. Den gylne middelvei

I ”Den gylne middelvei” – ferdigheten som læres i DBT-A, blir ungdommen og hans/hennes foreldre lært metoder å løse konflikter på i den hensikt å bedre forholdet seg imellom (Neece et al., 2013). Målet er at foreldrene og ungdommen skal lære å høre på hverandres ulike synspunkter, finne sannhet i begge perspektiver og finne en løsning som ligger i midten og som respekterer hver person sine behov (Neece et al., 2013). Ungdommen og foreldrene blir oppfordret til å unngå bruk av ekstreme ord (som alltid eller aldri) når de kommuniserer, for å anerkjenne at ulike meninger kan være sanne (det er ingen absolutt sannhet), og til å være åpne for alternative synspunkter. En slik intervensjon hjelper dem til å oppnå balanse mellom validering og endring i familien (Biskin, 2013). Når det gjelder terapi med Louise der moren inkluderes, kan ferdigheter innen «den gylne middelvei»-modulen hjelpe Louise til å redusere emosjonsdysregulering i relasjonen med moren gjennom økt forståelse for morens perspektiver, finne en midtre vei ved uenigheter (dialekt) og ved å få validering for sine emosjoner og handlemåter fra moren (Neece et al., 2013). På denne måten kan trening på ”den gylne middelvei”-ferdigheten føre til reduksjon av selvskading gjennom å minke konflikter, bedre emosjonsdysreguleringen, samt øke opplevd støtte fra moren.

### 7.7. Behandlingsformatenes påvirkning på utfall

DBT bygges som nevnt på fire behandlingsformater; individualterapi, gruppeferdighetstrening, telefonkonsultasjon og teammøter DBT-terapeutene imellom. I tillegg til å undersøke effekten av de ulike elementene som inngår i DBT, er det relevant å se på hvorvidt behandlingsformatene antas å påvirke utfallet av DBT-behandling.

#### *Gruppeferdighetstrening i kombinasjon med individualterapi*

Gruppemodaliteten står sentralt i DBT. For å studere effekten av gruppeterapi som terapiform, utførte Gratz and Gunderson (2006) en studie der effekten av en gruppeintervensjon med fokus på emosjonsregulering, ble sammenliknet med en individualterapi. Pasientene ble delt i

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

to grupper der den ene gruppen kun fikk individualterapi mens den andre fikk individualterapi i tillegg til gruppemodaliteten. Forskerne fant at de pasientene som mottok gruppeterapi hadde positiv effekt på selvskading, emosjonsdysregulering, erfaringsunngåelse, BPD- spesifikke symptomer og symptomer av depresjon, angst og stress i større grad enn de som kun mottok individualterapi. Gruppemodaliteter er også funnet å være nyttige for å fremme validitet, øke sosial støtte og for å redusere skam (Najavits, Weiss, & Liese, 1996). Dette er viktige elementer i behandlingen av selvskading (M. Linehan, 1993a), og kan dermed være sentrale mekanismer i behandling. I motsetning til disse funnene, fant en studie at for voksne psykisk korttidsinnlagte viste gruppeferdighetstrening ingen nytte sammenliknet med en kontrollgruppe (Springer, Lohr, Buchtel, & Silk, 1996). Det viser seg altså at det å tilby gruppeterapi i DBT uten individualterapi både gir gode og ikke gode resultater. Det er fortsatt uvisst om individualterapi i DBT alene kan gi like gode behandlingsresultater som gruppebasert behandling (M. Linehan, 1993a)

En upublisert studie (Linehan, Heard & Armstrong, 1993, sitert i Linehan, 1993a, s. 25) fordelte pasienter tilfeldig til enten gruppeterapi forankret i DBT eller gruppeterapi som ikke var forankret i DBT. For begge grupper ble gruppeterapien kombinert med individualterapi uten DBT-fokus. Resultatene etter et år i terapi viste ingen mellom-gruppe-forskjeller på noen variabler, noe som indikerer at gruppeferdighetstrening i DBT kombinert med individualterapi som ikke er forankret i DBT har liten nytte (M. Linehan, 1993a). Forskergruppen bak dette studiet hadde samme år utført et studie der de ga pasientene enten standard DBT-behandling eller TAU- behandling (M. M. Linehan, Heard, & Armstrong, 1993). Forskerteamet sammenliknet pasientene i studiet som så på DBT-ferdighetsgruppetrening vs gruppeterapi uten et slikt fokus, med pasientene i det andre studiet som ble behandlet med DBT. Pasientene behandlet med standard DBT viste bedre resultater innen alle målte områder (blant annet parasuicidal atferd, drop-out og færre dager innlagt) sammenliknet med pasientene i det andre studiet. Slike funn kan tyde på at integreringen av begge typer behandling (ferdighetsgruppetrening og individualterapi) er av viktig betydning mtp gode resultater ved DBT- behandling. Videre er det pekt på at det er mulig kombinasjonen av individualterapi som ikke er forankret i DBT med DBT-ferdighetsgruppetrening kan skape en dissonans hos pasienten som kan påvirke behandlingen negativt (M. M. Linehan et al., 1993).

*Telefonkonsultasjon*

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

Et element ved DBT som antas å ha særlig god effekt på behandling av selvskading er telefonkonsultasjon, som er en intervensjon brukt til å generalisere tidligere lært atferd fra ferdighetsgruppen og de individuelle terapitimene til pasientens naturlige miljø (Lynch et al., 2006). Telefonveiledning med terapeuten mellom terapitimer er en viktig del av DBT (M. Linehan, 1993b), der pasienten blir oppfordret til å ringe når hun/han ikke evner å håndtere situasjonen hun/han er i. Telefonveiledningen har en 24-timersregel der det ikke er lov til å ringe terapeuten innen 24 timer etter at selvskading har inntruffet. Denne regelen brukes av to grunner: 1) fordi pasienten allerede har ”løst” problemet ved opplevd emosjonell smerte på en ikke-adaptiv måte heller enn å søke hjelp for å finne en adaptiv håndteringsferdighet; 2) og for å unngå potensiell forsterkning av selvskading via oppmerksomhet fra terapeuten (Rizvi et al., 2013). Målet er altså å hindre at selvskadende atferd inntreffer.

I terapi med Louise kan telefonkonsultasjon bidra til generalisering på flere måter. Louise får hjelp der og da til å håndtere vanskelige emosjoner uten å selvskade og får trent på teknikker hun har lært i terapi. I tillegg kan telefonkonsultasjon redusere tilbakekomst av problematferd, som selvskading. Terapeuten kan utgjøre en stimulus tilknyttet den effektive atferden lært i behandlingen. Derfor kan terapeutens tilstedeværelse i Louise sitt naturlige miljø gjennom telefonen ikke bare hindre nye selvskadingsepisoder, men også fremkalle gunstig atferd (Lynch et al., 2006).

Scheel (2000) antar at det å forsøke en poliklinisk DBT-tilnærming uten telefonkonsultasjon mellom pasient og terapeut ikke er tilrådelig. Årsaken til dette standpunktet er at pasienter i høy risiko for å skade seg selv alvorlig som behandles poliklinisk må ha tilgjengelig tilgang på profesjonell støtte ved kriser. I tillegg avhenger DBT-programmet av dette formatet for generalisering av ferdighetene lært og opprettholdelse av forholdet mellom pasient og klient (Scheel, 2000). Videre viser det seg at det å ha mulighet til å ringe terapeuten reduserer at uforutsette hendelser skjer mellom terapitimer og selvskadende atferd, noe som kan være nøkkel til reduksjonen av denne atferden (Marsha M Linehan & Heard, 1993).

### *Teammøter DBT-terapeutene imellom*

Det å arbeide med selvskadende pasienter kan oppleves som tungt for terapeuter, det kan være vanskelig å opprettholde motivasjon og god behandling (Lynch et al., 2006). Favazza (1989) hevder at den typiske kliniker som behandler en pasient som selvskader ofte føler en kombinasjon av å være hjelpeløs, opprørt, ha skyldfølelse, være rasende, desperat, føle seg sviktet, føle avsky og tristhet. For å angripe dette problemet, inkluderer DBT en spesifikk



behandlingsprosess som monitorerer og tar sikte på å øke terapeutenes effektivitet og motivasjon, nemlig et såkalt terapeutkonsultasjonsteam. Ukentlig deltar DBT-terapeuter i et møte med andre DBT-terapeuter, der målet blant annet er å støtte hver enkelt terapeut i det arbeidet en gjør, øke terapeutenes motivasjon og ferdigheter, samt søke råd og utveksle erfaringer (M. Linehan, 1993b). Enkelte fraråder å anvende DBT uten møter terapeutene imellom (Scheel, 2000). Årsaken til dette er at både terapiformen og pasientgruppen en arbeider med er utfordrende, der det er avgjørende å navigere seg gjennom vanskelige situasjoner på en vellykket måte (Scheel, 2000). Nøkkelmekanismen for forandring er å utforme og forsterke effektiv atferd blant terapeutene og opprettholdelse av motivasjon, noe som begge deler fører til mer dyktig behandling (Lynch et al., 2006). Økt grad av motivasjon og god behandling fra terapeutenes side kan bidra til å forklare hvorfor DBT virker.

### **7.8. Mulige mekanismer: Ungdoms egen opplevelse av ferdighetene lært i DBT**

I tillegg til å måle effekt av behandling er det også viktig kvalitativt å kartlegge hva pasienter selv opplever som nyttige i en behandling. Deltagerne i James et al. (2008) sitt studie omtalte kjedeanalyse som den DBT-ferdigheten som var spesielt nyttig med tanke på å håndtere emosjoner som vanligvis ville ført de til å skade seg selv. I en annen studie fant man at ungdommer mellom 14-19 år som selvskadet rapporterte alle ferdigheter lært i DBT-behandling som mellom moderat til ekstremt nyttige, der stresstoleranse- og mindfulness-ferdigheter ble rapportert som mest nyttige (A L. Miller et al., 2000) (Se Tabell1). Slike ferdigheter involverer det å tolerere ubehagelige tanker og følelser uten å aktivt forsøke å endre disse. Ungdommene rapporterte slike ferdigheter som mer nyttige enn andre ferdigheter, slik som ferdigheter innen emosjonsregulering og sosial kompetanse (som går mer ut på endring). Dette er overraskende gitt at mange ungdomspasienter, og spesielt de med selvskadingsproblematikk, forsøker å unngå ubehagelige emosjoner og situasjoner som skaper negative følelser. Det at ungdommene rapporterer nettopp disse ferdighetene som nyttige, kan muligens være en medvirkende årsak til at så mange blir i behandling (A L. Miller et al., 2000), noe som øker sannsynligheten for bedring.

### **7.9. Moderatorer for bedring**

Både hos ungdom og voksne reduseres depresjonsskårer i flere studier som fokuserer på DBT sin effekt ved behandling av selvskading (Ougrin et al., 2012). Flere studier finner også en generell bedring i fungering hos pasientene. Kanskje er reduksjon i depresjon (Low et al., 2001) og økning i generell fungering de psykologiske mekanismene som medierer bedring



mtp selvskadende atferd.

### 7.10. Ungdommer sitt utviklingsnivå

Ferdigheter lært i DBT (for eksempel mindfulness/oppmerksomhetskontroll, sosial kompetanse, stresstoleranse og emosjonell regulering) henger nært med hovedtemaer i ungdommer sin utvikling, slik som humørsvingninger, ustabile relasjoner, impulsiv atferd og identitetsforvirring. Disse hovedtemaene er ofte intensivert for de ungdommene som kommer til behandling for selvskading (Rathus & Miller, 2002). Det er mulig at en gjennom ferdighetene lært i DBT angriper temaer som er spesielt relevante for ungdommer, og at dette kan være en medvirkende årsak til de positive resultatene en finner i studier der ungdom behandles med DBT.

### 7.11. Oppsummering og konklusjon

I tillegg til å vurdere effekten av DBT er det også viktig å kartlegge hvilke mekanismer som bidrar til bedring. Samlet sett kan man si at et utall teknikker anvendes i DBT, og det råder usikkerhet om hvilke av disse, samt hvordan, de kan være utslagsgivende mtp bedring av selvskadingsatferd hos ungdom. Mindfulness-ferdigheter og motsatt handling fungerer delvis ved å oppmuntre til eksponering til emosjonelt aktiverende stimuli, mens en hindrer unngåelsesatferd som selvskading ved opplevelse av intense emosjoner (Lynch et al., 2006). Teoretisk legger man til grunn at både validering og dialektiske strategier gjør det enklere for pasientene å lære mer adaptive responser når de opplever intense emosjoner, skjønt gjennom noe ulike mekanismer. I følge Lynch et al. (2006) hjelper dialektiske strategier pasienten til å holde seg våken, oppmerksom og mottagelig for læring, mens validering hjelper pasienten til å redusere sterk emosjonell aktivering som kan fungere som en hindring til slik læring. Problemløsningsstrategier kan for eksempel gjennom kjedeanalyse føre til at ungdommen gjenkjenner hendelsene forut for selvskadingen, og slik velger mer adaptiv atferd mens en opplever negative emosjoner. Videre kan det å inkludere foreldre i terapi bidra til bedring hos ungdommen gjennom å minke konfliktnivået hjemme, som kan være en medvirkende årsak til vanskene ungdommen opplever. I tillegg kan det å inkludere foreldre i terapi føre til psykisk bedring hos foreldrene selv, noe som kan gi foreldrene bedre alternativer å møte barnet sitt på, og bidra til at de i større grad fungerer som støtte for ungdommen. Telefonveiledning antas å føre til generalisering av ferdigheter lært i terapien, mens møtene DBT- terapeuter i mellom kan føre til dyktigere behandling. I tillegg er det

nokså sannsynlig at disse mekanismene utføres på en dynamisk måte og er synergistiske i å øke behandlingseffekter (Lynch et al., 2006).

### Kapittel 8. Avslutning

Basert på en gjennomgang av relevant empiri og teori hadde denne oppgaven til hensikt å drøfte effekten av DBT på selvskading hos ungdom. Mekanismer som kan forklare evt. bedring ble også diskutert. Litteraturgjennomgang ble utført i databasene PsycNet og PubMed og viser lovende resultater for anvendelse av DBT for ungdom. Selv om litteraturen er mangelfull og noe preget av metodiske svakheter, tilsier denne litteraturgjennomgangen at DBT er en metode som gir symptomlette og reduksjon i selvskading hos ungdom. I tillegg til reduksjon av selvskadende atferd, finner studiene reduksjon av andre symptomer, som depresjon og håpløshet, samt økt emosjonsregulering og bedre generell fungering.

Det er dessverre lite forskning på hvorfor DBT evt. har effekt på selvskading, men teoretiske antakelser antyder at opplæring i ferdigheter som mindfulness, stresshåndtering og problemløsning kan bidra til bedring. Videre antas bredden i tilnærmingen å bidra til bedring, eksempelvis tenker man at regelmessig telefonveiledning fremmer generalisering og teammøter DBT- terapeuter imellom støtter den enkelte terapeut og dermed styrker behandling. Det vurderes videre som essensielt for bedring at ungdommen blir møtt på det utviklingsstadiet hun/han befinner seg i, med blant annet begrenset lengde på terapiløpet og inkludering av foreldre i gruppeterapien.

Lovende resultater er altså funnet hva angår *effekten* av DBT i behandling av selvskading av både voksne og ungdommer, med og uten en BPD- diagnose, men det er foreløpig for lite forskning tilgjengelig på *hvorfor* en slik type behandling er effektiv, spesielt blant ungdom. Det foreligger hovedsakelig teoretiske antagelser, dvs hypoteser som kan forklare funn som viser effekt av DBT- behandling på selvskading basert på studier av voksne. Samtidig er det viktig å peke på at det kan være andre mekanismer som gjør seg gjeldene i behandling av ungdom sammenliknet med voksne. Det er derfor viktig med ytterligere forskning både på effekten av DBT på selvskading hos ungdom, og studier som utforsker mulige behandlingsmekanismer. Randomiserte kontrollerte studier er særlig etterspurt for å kunne etablere evidens på effekten av DBT i behandling av selvskading hos ungdom.

Litteraturliste

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- American Psychiatric, A., & American Psychiatric Association. Work Group on Borderline Personality, D. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*: American Psychiatric Pub.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self- Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., . . . McCracken, J. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.
- Association, A. P., & DSM-IV., A. P. A. T. F. o. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*: Amer Psychiatric Pub Inc.
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3), 230.
- Blennerhassett, R. C., & O'Raghallaigh, J. W. (2005). Dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 278-280. doi: 10.1192/bjp.186.4.278
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder — a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 875-887. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00103-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00103-5)
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self- mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brown, S. A. (2009). Personality and non-suicidal deliberate self-harm: Trait differences among a non-clinical population. *Psychiatry research*, 169(1), 28-32.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(7), 641.
- Calkins, S., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*, 229-248.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Clarke, L., & Whittaker, M. (1998). Self- mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 129-137.
- Connors, R. (1996). SELF- INJURY IN TRAUMA SURVIVORS: 1. Functions and Meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570.
- Dev, M. S. R. C. (2008). Understanding mother-adolescent conflict discussions: Concurrent and across-time prediction from youths' dispositions and parenting. *Monogr Soc Res Child Dev*, 73(2), 160.
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E., & Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 735-739.
- Ditto, P. H., Scepansky, J. A., Munro, G. D., Apanovitch, A. M., & Lockhart, L. K. (1998). Motivated sensitivity to preference-inconsistent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 53.
- Favazza, A. R. (1989). Normal and deviant self-mutilation: An essay-review. *Transcultural Psychiatric Research Review*.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22-30.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & community psychiatry*.
- 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 Adolesc Psychiatry Ment Health*, 5(1), 3.
- Geddes, K., Dziurawiec, S., & Lee, C. W. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and

- Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry Journal*, 2013.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Gonzales, A. H., & Bergstrom, L. (2013). Adolescent Non- Suicidal Self- Injury (NSSI) Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(2), 124-130.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self- Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self- harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self- harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 25-35.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Green, A. H. (1978). Self-destructive behavior in battered children. *The American journal of psychiatry*.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*: American Psychiatric Pub.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of abnormal psychology*, 104(3), 471.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., . . . Byford, S. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(1), 48-54.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ: British Medical Journal*, *325*(7374), 1207.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & Van Heeringen, K. (1999). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152.
- Health, N. C. C. f. M. (2004). Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. *National Institute for Health and Clinical Excellence website*. Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedial/pdf/CG016NICEguideline.pdf>. Updated July.
- Herpertz, S. (1995). Self- injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self- injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*(1), 57-68.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents Rates, Correlates, and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *The Journal of Early Adolescence*, *28*(3), 455-469.
- Inckle, K. (2010). At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury. *Creative nursing*, *16*(4), 160-165.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: grunnfenomener i terapi med barn og unge*: Fagbokforlaget.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females

- Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00470.x
- James, A. C., Winmill, L., Anderson, C., & Alfoadari, K. (2011). A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 9-13.
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3), 250-257.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.
- Kehrberg, C. (1997). Self- Mutilating Behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10(3), 35-40.
- Keith, H., Ella, A., Ellen, T., Sandy, B., Eleanor, F., Robert, G., . . . Lil, T.-B. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *Bmj*, 317(7156), 441-447. doi: 10.1136/bmj.317.7156.441
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A., & Harrington, R. (1996). Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 168(1), 38-42.
- Klonsky, E. D. (2007a). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D. (2007b). Non- suicidal self- injury: An introduction. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1039-1043.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self- injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., . . . Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390.



## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(5), 447-457.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford Press New York.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). COgnitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *48*(12), 1060-1064. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Linehan, M. M., Comtois, K., Murray, A. M., & et al. (2006). TTwo-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 757.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, *67*(1), 13-26.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1993). Impact of Treatment Accessibility on Clinical Course of Parasuicidal Patients-Reply. *Archives of General Psychiatry*, *50*(2), 157.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). NATuralistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *50*(12), 971-974. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240055007
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug- Dependence. *The American Journal on Addictions*, *8*(4), 279-292.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *151*(12), 1771-1775.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, *37*(8), 1183-1192.
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M., & MacLeod, A. (2001). THE TREATMENT OF DELIBERATE SELF-HARM IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER USING DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY: A PILOT STUDY IN A HIGH SECURITY HOSPITAL. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*(01), 85-92. doi: doi:10.1017/S1352465801001096
- Lundh, L. G., Karim, J., & Quilisch, E. V. A. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, *48*(1), 33-41.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 459-480.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical child and family psychology review*, 1-22.
- McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A Pilot Evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in Adolescent Long-Term Inpatient Care. *Child and Adolescent Mental Health*, *15*(4), 193-196.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(9), 544-554.
- Miller, Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: Guilford Press.
- Miller, A. L., Glinski, J., Woodberry, K. A., Mitchell, A. G., & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *American journal of psychotherapy*, *56*(4), 568-584.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(2), 183-187.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Liese, B. S. (1996). Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*(1), 13-22.
- Neece, C. L., Berk, M. S., & Combs-Ronto, L. A. (2013). Dialectical behavior therapy and suicidal behavior in adolescence: Linking developmental theory and practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(4), 257.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2002). Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(1), 48-58.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885.
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. R. (2012). Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(4), 337-350.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry, 140*(7), 867-872.
- Pillay, A. L., & Wassenaar, D. R. (1995). Psychological intervention, spontaneous remission, hopelessness, and psychiatric disturbance in adolescent parasuicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(3), 386-392.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 982.
- Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 1.
- Quinn, C. R. (2009). Efficacy of dialectical behaviour therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology, 61*(3), 156-166.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(2), 146-157.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of "opposite action". *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(4), 437-447.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(2), 73.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders, 18*(1), 73-89.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(1), 67-77.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 415-425.
- Scheel, K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(1), 68-86.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American journal of psychotherapy.*
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior therapy, 23*(4), 730-741.
- Springer, T., Lohr, N. E., Buchtel, H. A., & Silk, K. R. (1996). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *The Journal of psychotherapy practice and research, 5*(1), 57.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review, 18*(5), 531-554.
- Suyemoto, K. L., & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*(1), 162.
- Swales, H. L. H. J. M. G. W. M. (2000). Linehan's dialectical behaviour therapy (DBT) for borderline personality disorder: Overview and adaptation. *Journal of Mental Health, 9*(1), 7-23.
- Swann Jr, W. B. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. *Social psychological perspectives on the self, 2*, 33-66.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*, 4(3), 257-272.
- Swenson, C. R. (2000). How can we account for DBT's widespread popularity? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 87-91.
- Tan, L., & Ward, G. (2000). A recency-based account of the primacy effect in free recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 26(6), 1589.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590.
- 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(3), 121-127.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
- Tutor, M., & Clarke, D. (2013). *Non-Suicidal Self-Injury: A Systemic Perspective*.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*: Guilford Press.
- Verheul, R., Mc Van Den Bosch, L., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. *The role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*, 203-223.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*: Guilford Press.
- Welch, S. S., & Kim, J. (2012). DBT-enhanced cognitive behavioral therapy for adolescent trichotillomania: An adolescent case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 483-493.

## DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT) I BEHANDLING AV SELVSKADING HOS UNGDOM

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*(3), 277-286.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry, 37*(1), 12-16.