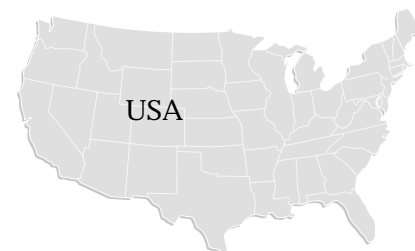


Fremskritt i dialektisk atferdsterapi for suicidal ungdom



Ved Alec L Miller og Jennifer Hartstein

Dialektisk atferdsterapi har vist seg effektiv i behandling av utvalgte grupper voksne personer med kronisk tendens til suicidal atferd. Ved Montefiore Medical Center i New York har en gruppe klinikere nå videreutviklet denne behandlingsmodellen og tilpasset den for tenåringer. Så langt er behandlingsresultatene lovende.

I USA dør flere ungdommer av selvmord enn av alle naturlige dødsårsaker til sammen. Selvmord er rangert som den tredje hyppigste dødsårsaken hos unge mellom 15 og 24 år, etter ulykker og drap (National Center for Health Statistics 1996). Selvmord er den sjettede hyppigste dødsårsaken hos barn mellom 5 og 14 år (AACAP 1998). Til tross for at den faktiske selvmordsraten blant ungdom er relativt lav – ca 13,8 per 100 000 (svarende til ca 2000 selvmord i året) (NCHS 1996) – har det vært en sterk økning i raten i løpet av de siste femti år. I følge Peters et al. (1998) økte selvmordsraten blant amerikansk ungdom i alderen 15–19 år med 245 % i tidsperioden 1956–1994, fra 2,7 til 13,8 per 100 000 (Tondo & Baldessarini 2001).

Ratene for selvmordsforsøk er også svært urovekkende. Blant amerikanske elever på videregående skole (high school) finner man prevalenstall (noensinne har gjort selvmordsforsøk) som varierer mellom 3,5 % og 11 % (Andrews & Lewinsohn 1992). Det er beregnet at hvert år gjør mer enn 300 000 ungdommer selvmordsforsøk av så stor alvorgrad at medisinsk undersøkelse og/eller behandling er påkrevet (Centers for Disease Control 1992). Nesten 25 ganger dette antallet vil gjøre selvmordsforsøk som ikke krever medisinsk undersøkelse og/eller behandling. Selv om det er mange flere gutter enn jenter som tar sitt eget liv (King 1997), gjør jenter i ungdomsalderen 2–4 ganger så mange selvmordsforsøk (Lewinsohn et al. 1996). Mellom 31 % og 50 % av ungdom som gjør et selvmordsforsøk, gjør et nytt selvmordsforsøk senere (Shaffer & Piacentini 1994), og mange av disse skjer innen de første tre månedene etter det første selvmordsforsøket (Lewinsohn et al. 1996).

Denne statistikken viser at det er et sterkt behov for effektive psykologiske intervensjoner, særlig fordi så mange som 50 % av ungdom som har gjort et selvmordsforsøk, ikke mottar noen form for

oppfølging innen psykisk helsevern (Spirito et al. 1989). Og opptil 77 % av dem som faktisk får behandling, møter ikke jevnlig til avtaler eller fullfører ikke behandlingen (Trautman et al. 1993).

Fram til i dag har det bare vært gjennomført tre randomiserte og kontrollerte studier med suicidal ungdom som målgruppe (Cotgrove et al. 1995, Harrington et al. 1998, Wood et al. 2001). Bare en av disse studiene demonstrerte en signifikant reduksjon i selvskaadeatferd blant ungdom. I denne studien sammenlignet Wood et al. (2001) ordinær behandling (Care As Usual/CAU) med CAU pluss gruppeterapi med elementer hentet fra kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi. Eksperimentgruppen (CAU pluss gruppeterapi) hadde en signifikant større reduksjon i selvskaadeatferd sammenlignet med den gruppen som bare mottok CAU.

Med utgangspunkt i pionerarbeidet til Marsha Linehan og kolleger (1991; 1993a; 1993b) som viste at dialektisk atferdsterapi (dialectical behavior therapy/DBT) hadde effekt for suicidale voksne kvinner med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, gjennomførte Rathus og Miller (2002) en studie der en tilpasset variant av DBT (Miller et al. 1997) ble sammenlignet med ordinær behandling (Treatment As Usual/TAU) overfor suicidal ungdom i et kvasi-eksperimentelt design. Resultatene fra denne studien indikerer at flere i DBT-gruppen (n=29) fullførte behandlingen og færre ble innlagt i psykiatrisk sykehus mens behandlingen pågikk sammenlignet med TAU-gruppen (n=82), på tross av at DBT-gruppen hadde fått påvist mer alvorlig symptomatologi før behandlingen (Rathus & Miller 2002). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i antallet selvmordsforsøk under behandlingen. Når man undersøkte endringer fra før til etter behandling i DBT-gruppen, fant man signifikant reduksjon i selvmordstanker, generelle psykiatriske symptomer og symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse.

Med utgangspunkt i forskningen til Wood et al. (2001) og Rathus & Miller (2002) ser det altså ut til at DBT-behandling eller behandling med elementer av DBT er den mest lovende form for behandling for suicidal ungdom og ungdom som gjentatte ganger utfører selvskaadehandlinger når vi sammenlikner med annen publisert behandlingsforskning. Det er imidlertid behov for å få utført randomiserte kliniske studier før vi kan anbefale poliklinisk DBT og/eller den omtalte gruppebaserte behandlingsmodellen som førstevalget av mulige behandlingstiltak. I det følgende skal vi gi en kort oversikt over DBT med de kliniske tilpasninger som er gjort for suicidal ungdom, samt forskning som er gjort på området.

Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en evidensbasert poliklinisk psykoterapi for kronisk parasuicidale kvinner med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) (Linehan 1993a). Parasuicid er her definert som enhver akutt, intensjonell selvbeskadigende handling med eller uten intensjon om å dø (Linehan 1993b). I en kontrollert behandlingsstudie som sammenliknet DBT med behandling som vanlig (TAU) for suicidale voksne pasienter, fant man at DBT mer effektivt reduserte sinne, selvmordsforsøk, andre parasuicidale handlinger, og antallet innleggelsesdøgn i psykiatrisk sykehus, samtidig som det var en bedring i sosial tilpasning, samarbeid om behandlingen og redusert frafallsprosent (Linehan et al. 1991). I en nyere studie fant Koons og medarbeidere (1998) at DBT var mer effektiv enn TAU i å redusere depresjon, håpløshet, selvmordstanker og sinne i en gruppe av voksne personer med BPD-diagnose.

DBT er basert på Linehans biososiale teori, der BPD primært blir betraktet som en dysfunksjon i det emosjonelle reguleringsystem (Linehan 1993a). Svikt i emosjonell regulering antas å være forårsaket

av en negativ interaksjon mellom et individ som er biologisk predisponert for nettopp å ha slike vansker med å regulere emosjoner, og et miljø som intensiverer denne sårbarheten (Linehan 1993a). I følge teorien blir BPD-atferd resultatet når et barn som har vansker med emosjonell regulering, plasseres i et ikke-bekreftende miljø – et miljø som på en gjennomgripende måte kommuniserer til barnet at dets responser er upassende, feil, upresise eller på annen måte inadekvate (Miller 1999). I DBT anses suicidal- og selvestruktiv atferd å ha viktige affektregulerende egenskaper i tillegg til at de tjener til å utløse hjelp fra et ellers ikke-bekreftende miljø (Miller et al. 1997). Basert på dette prinsippet er parasuicidale atferder forstått som maladaptive løsninger på overveldende, intenst smertefulle negative følelser.



Problemområder og tilsvarende ferdigheter

Personer med BPD viser i typiske tilfeller funksjonssvikt på fem områder – emosjonell reguleringssvikt er det mest sentrale problemet (Linehan 1993a). Individuer med BPD strever ofte med manglende kontroll over sinne og andre emosjoner, som igjen bidrar til problemer på fire andre områder: interpersonlig regulering, regulering av selvet, atferdsregulering og kognitiv regulering. Emosjonell ustabilitet kan forståelig nok bidra til manglende regulering av selvet ved forvirring når det gjelder selvforståelse og egne følelser. Kognitiv dysregulering, som f.eks. rigid tenkning og irrasjonelle forestillinger kan, i hvert fall delvis, forstås som en følge av emosjo-

nell dysregulering. Manglende evne til å regulere egen atferd, i form av impulsivitet og parasuicidal atferd, er vanlig, og kan være en konsekvens av emosjonell dysregulering eller et forsøk på å regulere følelser. De problemområdene som Linehan i utgangspunktet tok for seg hos voksne, f.eks. emosjonell ustabilitet, impulsivitet, interpersonlige problemer og usikker selvpoppfatning, har sterke fellestrekk med de utviklingsområdene som er svært sentrale i ungdomstiden (Miller et al. 1997).

Opplæring i DBT-ferdigheter ble først utviklet av Linehan (1993b) og modifisert for ungdom (Miller et al. 1997), og tar for seg de fem problemområdene med korresponderende moduler for atferdsmessige ferdigheter. Kjerneferdighetsmodulen, "mindfulness", retter seg både mot den kognitive dysreguleringen og dysreguleringen av selvet. "Mindfulness"-ferdigheter ble utviklet på basis av meditasjonsøvelser hentet fra Østen (Linehan 1993a), og har som mål å hjelpe pasienter til å bevege seg vekk fra sin tendens til å ta valg på basis av ren emosjonalitet, over mot en integrering av både emosjonelle og rasjonelle input, for å hjelpe dem til å ta balanserte, kloke ("wise mind") avgjørelser. Pasientene lærer opp i ferdigheter til å observere og deretter beskrive sine egne interne opplevelser på en ikke-for dømmende måte. Dette hjelper dem i overgangen fra "emotional mind" til "wise mind". Etter fokusert bruk og trening av disse ferdighetene vil pasienter føle seg mer effektive i sine evner til å hanskles med vanskelige situasjoner. Modulen som fokuserer på ferdigheter i stresstoleranse (Distress Tolerance Skills Module), retter seg mot impulsivitet og problemer med å regulere egen atferd. Denne modulen inneholder både ferdigheter i å overleve kritiske situasjoner (f.eks. å distrahere seg selv, trøste seg selv, lage lister over argumenter for og mot) og ferdigheter i å godta selv ubehagelige kjensgjerninger. Stresstoleranseferdigheter hjelper pasienten til å tolerere tilsynelatende utolerbare situasjoner uten å "svare med" impulsive eller parasuicidale handlinger. Modulen som fokuserer på ferdigheter i følelsesregulering, lærer pasienten hvordan det er mulig å redusere emosjonell sårbarhet, hvordan man kan handle mot-



satt av de følelsene man har i øyeblikket, hvordan man kan redusere følelsenes intensitet, og øke positive erfaringer, og gjennom dette, positive følelser. Modulen som fokuserer på ferdigheter i mellommenneskelige relasjoner, lærer pasienter hvordan de kan forhandle med andre på en slik måte at de oppnår det de selv har behov for, samtidig som gode relasjoner bygges og selvrespekten opprettholdes (Linehan 1993a). Endelig har en tilleggsmodul blitt laget for suicidal ungdom og deres familier. Denne modulen kalles "Den gyldne middelvei" (Walking the Middle Path) (Miller et al. 2002). Modulen retter seg mot dialektiske dilemmaer som oppstår innen familier, og visse dysfunksjonelle atferdsmønstre som dette kan resultere i. Oppgavene her er å finne en syntese mellom de eksisterende ekstreme atferdsmønstrene, f.eks. overdreven ettergivenhet i motsetning til autoritær kontroll. Denne modulen fokuserer også på atferdsprinsipper og bekreftelse, som betraktes som ferdigheter som er helt avgjørende for at tenåringer og familimedlemmer kan forbedre sine relasjoner.

Behandlingens fem funksjoner

Linehan (1993a) har beskrevet fem funksjoner i den behandlingen hun anbefaler for pasienter med BPD. Disse funksjonene former strukturen i DBT ved å

- (1) fremme pasientens mestringsevner,
- (2) styrke motivasjonen for endring,
- (3) sikre at ny mestring generaliseres fra behandlingen til pasientens liv,
- (4) fremme terapeutens evner og motivasjon til å behandle pasienter effektivt, og
- (5) strukturere miljøet slik at det støtter opp om pasientens og terapeutens mestring.



Ulike typer poliklinisk behandling ivaretar de fem funksjonene. En hovedterapeut sikrer at systemet som helhet oppfyller hver enkelt funksjon. Ungdommen og familien forplikter seg til å delta i 16 ukers behandling, som består av ukentlig psykoedukativ ferdighetstrening i gruppe (Funksjon 1), og ukentlige samtaler med en individualterapeut for å identifisere og redusere faktorer som hemmer evnen til å bruke ferdighetene, og som bygger opp motivasjon til å bli bedre og til å forandre seg (Funksjon 2). I tillegg forplikter pasienten seg til å sikre overføring av ferdigheter fra behandlingssetting til eget liv ved telefonkonsultasjoner eller rettleiding (coaching) i bruk av ferdigheter i krisesituasjoner (Funksjon 3). Terapeuten på sin side samtykker i å gi 16 ukers behandling. I denne perioden deltar han/hun i ukentlige behandlermøter, der det gis både metodisk og emosjonell støtte til terapeuten (Funksjon 4). Endelig samtykker terapeuten i å stille opp med eventuelle tilleggsintervensjoner som kan bli nødvendige for å strukturere miljøet slik at pasienten ikke trenger å bli verre for å få ekstra hjelp, eller eventuelt forholde seg til temaer som har med pasientens familie å gjøre (Funksjon 5) (Rathus & Miller 2002, Miller 1999, Katz et al. 2002b, Miller et al. 2002).

De primære fokus for behandlingen er de målsettinger som skal oppnås før behandlingen igangsettes (enighet om mål og forpliktelse til endring), og målsettinger for første trinn i behandlingen (sikkerhet, stabilitet, atferdskontroll og fremming av grunnleggende ferdigheter) (Miller 1999). Individualterapeuten gjør bruk av DBT-strategier i forhold til den målsetting som har høyest prioritet i øyeblikket. Hvert steg i behandlingen er strukturert for å sette fokus på følgende spesifikke områder (hierarkisk etter ansett betydning):

- (1) livstruende atferd,
- (2) atferd som interfererer med behandlingen,
- (3) atferd som står i veien for god livskvalitet, og
- (4) økning av atferdsmessige ferdigheter.

Eksempelvis vil det alltid være slik at dersom en parasuicidal handling skjer mellom terapisesjonene, vil denne handlingen være det primære fokus for samtalen.

DBT med ungdom

DBT ble tilpasset til bruk for suicidal ungdom med borderline personlighetstrekk på grunn av metodens spesifikke fokus på reduksjon av suicidal atferd og atferd som står i veien for livskvalitet, i tillegg til metodens evne til å fastholde de unge pasientene tilstrekkelig lenge i behandlingen (Miller 1999). DBT gir struktur til behandlingen. Hierarkiet av behandlingsmål er en hjelp til å identifisere hva som er det passende problemområdet å fokusere på til enhver tid. Modelens mange innfallsvinkler innebærer en fleksibilitet i å nærme seg de multiple problemene disse ungdommene har. I tillegg fokuserer DBT spesielt på atferd som interfererer med behandlingen.

Det er flere forskjeller mellom DBT til ungdom og DBT til voksne. Først og fremst ble behandlingsvarigheten redusert fra ett år til 16 uker. Dette ble gjort både fordi det var et større behov for kortvarig behandling, og fordi ungdom i mindre grad enn voksne har utviklet kroniske symptomer (Rathus & Miller 2000). For det andre blir foreldre inkludert i ferdighetstreningssgruppen. Dette bedrer sjansen for generalisering og opprettholdelse av ferdigheter gjennom at familiemedlemmer lærer de nye ferdighetene, og at ungdommens ofte dysfunksjonelle og ikke-bekreftende hjemmemiljø bedres (Miller et al. 1997). En tredje forskjell er at DBT til ungdom også inkluderer familieterapi (Miller et al. 2002). For det fjerde har antallet ferdigheter som skal læres blitt redusert, og språket i ferdighets-handoutene har blitt forenklet slik at det passer bedre til brukernes utviklingstrinn og subkulturelle særtrekk. Endelig ble en helt ny ferdighetstreningssmodul lagt til behandlingsmetoden. Hensikten med denne var å lære atferdsprinsipper og bekreftelse, og å sette fokus på dialektiske dilemmaer i interaksjonen mellom ungdom og foreldre (Rathus & Miller 2000).

Inklusjonskriterier for ungdom til et poliklinisk DBT-program består av:

- 1) alder 13 til 19 år (både gutter og jenter),
- 2) parasuicidal atferd de siste 16 ukene eller nåværende suicidal tanker og
- 3) BPD-diagnose eller BPD-trekk (definert etter SCID-II).

Eksklusjonskriterier består av: mental retardasjon, psykotisk lidelse, bipolar lidelse, eller alkohol/stoffavhengighet/misbruk som primær diagnose.

Etter at programmet på 16 uker er fullført, får pasienter og deltakende familiemedlemmer et diplom under en høytidelig avslutningsseremoni. Individualterapien er da avsluttet, men ungdom får muligheten til å delta i en ny 16-ukers "pasientkonsultasjonsgruppe" (også kalt "the graduation group") sammen med andre ungdommer som også har fullført programmet. Ungdommene møtes hver uke i en og en halv time for å "rådslå" om hvordan de effektivt kan gjøre bruk av sine nye ferdigheter for å mestre aktuelle livsproblemer (Miller et al. 1997, Miller 1999). Denne gruppen hjelper tenåringene til å forsterke og generalisere sine ferdigheter samtidig som et nytt kameratstøttenettverk kan dannes. I tillegg skal denne "pasientkonsultasjonsgruppen" bidra til å redusere pasientens avhengighet av sin terapeut og fremme ungdommenes evne til å hjelpe hverandre.

Nyere forskning

I tillegg til den tidligere nevnte studien av Rathus og Miller (2002) gjorde Miller og medarbeidere i 2000 en undersøkelse av hvilke atferdsmessige ferdigheter som ble brukt mest av suicidal ungdom som fikk dialektisk atferdsterapi. I denne studien ga ungdommene sine egne vurderinger av nytten av de forskjellige DBT-ferdighetene, i tillegg til at effektiviteten av DBT-behandlingen ble evaluert før og etter behandling. I tråd med tidligere forskning viste studien signifikant reduksjon i BPD-symptomer på alle fire problemområder, dvs. impulsivitet, emosjonell ustabilitet, intensitet i problemer og forvirring i selvpoppfatningen. De fire ferdigheter som ble vurdert som mest nyttige, inkluderte stresstoleranse og "mindfulness".

I en nyere undersøkelse tilpasset Katz og medarbeidere (2002a) ungdoms-DBT til suicidale pasienter som var innlagt i psykiatrisk sykehus. Denne studien er den første som undersøker effekten av et to-ukers DBT-program for innlagte suicidale ungdommer sammenliknet med ordinær behandling (TAU). DBT-programmet bestod av en times daglig ferdighetstreningss-

gruppe der man gjennomgikk "lekser" (treningsoppgaver) i tillegg til at man lærte nye ferdigheter i "mindfulness", stresstoleranse og emosjonell regulering. Individuell psykoterapi ble gitt to ganger i uken, og i disse samtalene gikk man gjennom dagbøker, utførte atferdsanalyser og tok opp individuelle tema. I tillegg skapte personalet på avdelingen et DBT-miljø for å fremme ferdighetsgeneralisering. TAU besto av en daglig psykoterapigruppe, individuell psykoterapi og et psykodynamisk orientert avdelingsmiljø. Resultatene indikerte at DBT-gruppen (n=18) hadde signifikant færre vanskelige episoder på avdelingen av typen angrep på personale eller andre pasienter eller selvbeskadigelse, sammenliknet med TAU-gruppen (n=12). Ingen medlemmer i DBT-gruppen gjorde noen selvskadehandlinger, og alle pasientene som ble inkludert i DBT-gruppen, fullførte programmet. Selv om disse resultater er lovende, er det nødvendig å følge opp med evalueringer seks måneder og ett år etter avsluttet behandling.

For å oppsummere er det rimelig å si at dialektisk atferdsterapi tilpasset ungdom i flere forskjellige behandlingssituasjoner har vist seg å være en lovende behandlingsform for parasuicidal ungdom med BPD-diagnose eller med borderline personlighetstrekk. Forståelsen av selvmord, selvmordshandlinger og selvmordstanker blant ungdom er et fagfelt i behov av videreutvikling. Det er et stort behov for randomiserte kliniske studier i alle behandlingssettinger for å fremme vår forståelse av hvorvidt DBT til ungdom er en egnet og kostnadseffektiv behandling. Områder som bør få klinisk og forskningsmessig oppmerksomhet gjennom denne metodeutviklingen, er relasjonen mellom familierterapi og DBT med ungdom i tillegg til bruk av DBT i skolen. Med utgangspunkt i sekundærforebygging i skolen kan DBT være en profylakse for BPD og parasuicid. Tidlig intervensjon kan trolig hindre utviklingen av parasuicid og av en manifest personlighetsforstyrrelse. Som kliniske forskere må vi være utholdende i våre bestrebelse på å gjennomføre slik krevende forskning dersom vi har til hensikt å redusere sykkelighet og dødelighet hos risikoungdom.



Alec Miller (PsyD) er Associate professor i psykiatri ved Albert Einstein College of Medicine i New York og leder for Barne- og ungdomspsykiatrisk enhet ved Montefiore Medical Center samme sted. Miller har siden 1995 ledet et forskningsklinisk team som har utviklet en tilpasset utgave av DBT for suicidal og deprimeret ungdom. Han har holdt en rekke seminarer om DBT både nasjonalt og internasjonalt, og har skrevet flere vitenskapelige artikler.



Jennifer Hartstein er psykolog og doktorgradstipendiat i klinisk barnepsykologi. Hun har p.t. praksis ved Montefiore Medical Center, hvor hun er med i DBT-behandlingen av suicidal ungdom og deres familier.

Artikkelen er oversatt av Siri Thoresen

Referanser

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **Teen Suicide—AACAP Facts for Families #10**. 1998. Available from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry—www.aacap.org/publications/factsfam/suicide.html
- Andrews JA, Lewinsohn PM. **Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders**. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992 ; 31(4): 655-62.
- Centers for Disease Control and Prevention. **Behaviors related to unintentional and intentional injuries among high school students** - United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992; 41: 760-772.
- Cotgrove AJ, Zirinsky L, Black D, & Weston D. **Secondary prevention of attempted suicide in adolescents**. *Journal of Adolescence* 1995; 18: 569-577.
- Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V, Woodhan A & Bedford S. **Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves**. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 512-518.
- Holinger PC, Offer D, Barter JT & Bell, CC. **Suicide and homicide among adolescents**. New York: Guilford Press, 1994.
- Katz LY, Gunasekara S, Cox BJ & Miller AL. **Effectiveness of dialectical behavior therapy for inpatient suicidal adolescents**. In press (2002a)
- Katz LY, Gunasekara S & Miller AL. **Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient suicidal adolescents**. *Annals of Adolescent Psychiatry* 2002b; 26: 161-178.
- King CA, Hovey JD, Brand E, Wilson R, Ghaziuddin N. **Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through**. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Jan;36(1):85-93.
- Koons CR., Robins CJ, Bishop GK, Morse JQ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM. **Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans: A randomized controlled trial**. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington DC 1998, November.
- Lewinsohn PM, Rohde P & Seeley JR. **Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications**. *Clinical Psychology Science and Practice* 1996; 3: 25-46.
- Linehan MM. **Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford Press, 1993a.
- Linehan MM. **Skills training manual for treating borderline personality disorder**. New York: Guilford Press, 1993b.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D & Heard HL. **Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients**. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
- Miller AL. **Dialectical behavior therapy: A new treatment approach for suicidal adolescents**. *American Journal of Psychotherapy* 1999; 53 (3): 413-417.
- Miller AL & Glinski J. **Youth suicidal behavior: Assessment and intervention**. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56(9): 1131-1152.
- Miller AL & Rathus J. **Dialectical behavior therapy: Adaptations and new applications**. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 420-425.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S & Leigh E. **Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents**. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health* 1997: 78-86.
- Miller AL, Wyman SE, Glassman SL, Hupper JD & Rathus JH. **Analysis of behavioral skills utilized by adolescents receiving Dialectical Behavior Therapy**. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 183-187.
- Miller AL, Glinski J, Woodberry K, Mitchell A & Indik J. **Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescent: Part 1, Proposing a clinical synthesis**. *American Journal of Psychotherapy* 2002; 56(4): 1-17.
- National Center for Health Statistics. **Advance report of final mortality statistics, 1994**. *National Monthly Vital Statistics Report* 1996; 45(63).
- Peters KD, Kochanek KD & Murphy SL. **Deaths: Final data for 1996**. *National Vital Statistics Report* 1998; 47(9).
- Rathus JH & Miller AL. **Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents**. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002; 32: 146-157.
- Rathus JH & Miller AL. **DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets**. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 425-434.
- Satcher D. **Depression and suicide in children and adolescents**. In *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. 2000. Available at: www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter3/sec5.html.
- Shaffer D & Piacentini J. **Suicide and suicide attempts**. In M. Rutter, L. Hersov & E. Taylor (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd edition. London: Blackwell Scientific Publications, 1994:

(Forts. s. 17)

Tverrfaglighet er ønskelig

For egen del vil jeg si at i utarbeidelsen av kurskonseptet ligger det som en viktig, men ikke absolutt nødvendig premis at kurset skal være tverrfaglig sammensatt. Optimale læringsbetingelser oppnås når deltakerne representerer ulike befolkningsgrupper og kulturer. Fra en kursleder med noe erfaring er det fristende å legge til at det i møtet mellom forskjellige yrkeskulturer ofte oppstår spennende utfordringer som også bidrar til å bryte ned barrierene og revirtenkningen gruppene i mellom. Som et eks. på dette kan jeg vise til at politifolk ofte fremstår som svært handlingsorienterte i møtet med selvmordstruede mennesker. For mange kursdeltakere er dette en positiv overraskelse og bidrar til å øke læringsutbyttet for alle. Førstehjelp ved selvmordsfare dreier seg nettopp om å intervensere raskt slik at liv ikke går tapt. Det er for øvrig et prinsipp som gjelder all førstehjelp. Selvmordsatferd representerer ingen unntak fra denne regelen.

(Dag Willy Tallaksen er undervisningskonsulent ved SSFF.)

Forts. fra s. 12 (– Mehlum)

Glaser D. **Child abuse and neglect and the brain – a review.** J Child Psychol Psychiatry 2000; 41(8): 1076.

Isometsä ET. **Psychological autopsy studies – a review.** Eur Psychiatry 2001;16 (7): 379-85.

Kaplan JR, Muldoon MF, Manuck SB, Mann JJ. **Assessing the observed relationship between low cholesterol and violence-related mortality. Implications for suicide risk.** Ann NY Acad Sci 1997; 29 (836): 57-80.

Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. **Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentrations differentiates impulsive from non-impulsive violent behavior.** Life Sciences 1983; 33(26): 2609-14.

Lopez JF, Vazquez DM, Chalmers DT, Watson SJ. **Regulation of 5-HT receptors and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Implications for the neurobiology of suicide.** Ann N Y Acad Sci 1997; 29(836): 106-34.

Mann JJ, Arango V. **Neurobiology of suicidal behavior. I: Wasserman D (ed). Suicide – an unnecessary death.** London: Dunitz, 2001.

McGuffin P, Marusic A, Farmer A. **What can psychiatric genetics offer suicidology?** Crisis 2001; 22(2): 61-5.

Nielsen D, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. **Suicidality and 5-hydro-**

xyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophane hydroxylase polymorphism. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 34-8.

Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M, Träskman-Bendz L, Åberg-Wistedt A, Nordin C, Bertilsson L. **CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide.** Suicide & Life-threatening Behav 1994; 24: 1-9.

O'Keane V, Dinan TG. **Prolactin and cortisol responses to D-fenfluramin in major depression: evidence for diminished responsivity of central serotonergic function.** Am J Psychiatry 1991; 148: 1009-15.

Plotsky PM, Owens MJ, Nemeroff CB. **Psychoneuroendocrinology of depression. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis.** Psychiatr Clin North Am. 1998; 21(2): 293-307.

Roy A, Segal N, Centerwall D, Robinette D. **Suicide in twins.** Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 29-32.

Roy A, Segal N, Sarchiapone M. **Attempted suicide among living cotwins of twin suicide victims.** Am J Psychiatr 1995; 152: 1075-6.

Van Praag HM, Korff J, Puite J. **5-hydroxyindoleacetic acid levels in the cerebrospinal fluid of depressive patients treated with probenecid.** Nature 1970; 225: 1259-60.

Wender P, Kety S, Rosenthal D, Schulsinger F, Ortman J, Lunde I. **Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders.** Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 923-9.

Åsberg M, Träskman L, Thorén P. **5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor.** Arch Gen Psychiatry 1976; 33: 1193-7.

Forts. fra s. 10 (– Miller og Hartstein)

Shaffer D, Gould M & Hicks R. **Worsening suicide rate in black teenagers.** American Journal of Psychiatry 1994; 151: 1810-1812.

Shaffer D & Hicks R. **The epidemiology of child and adolescent suicide.** In B.Pless (Ed.), The Epidemiology of Childhood Disorders. New York: Oxford University Press, 1993.

Spirito A, Brown L, Overholser J & Fritz G. **Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature.** Clinical Psychology Review 1989; 9: 335-363.

Sunseri PA. **Preliminary outcomes on the use of Dialectical Behavior Therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care.** In press. 1-26. (2002)

Tondo L & Baldessarini RJ. **Suicide: An overview.** Psychiatry Clinical Management 2001; 3: 1-36.

Trautman P, Stewart N & Morishima A. **Are adolescent suicide attempters non-compliant with outpatient care?** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1993; 32: 89-94.

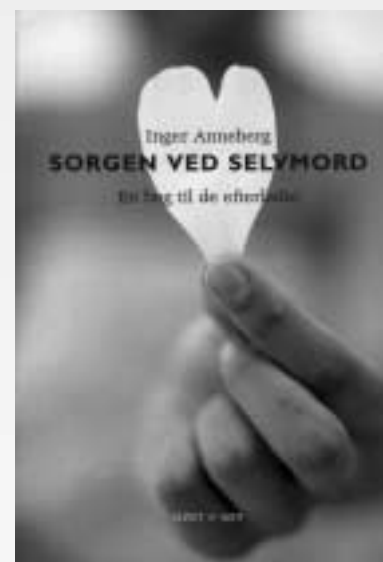
Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A & Harrington R. **Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001; 40: 1246-1253.

Forts. fra s. 15 (– Gjertsen)

Simpura J, Levin BM. **Demystifying Russian drinking. An introduction.** In: Simpura J & Levin BM (eds). Demystifying Russian Drinking. Comparative Studies from the 1990s. STAKES, Research Report 85. Helsinki, 1997.

Thelle DS. **Dødelighetsutviklingen i Russland.** Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1482-4.

U.S. Census Bureau, International Programs Center. **Census dates for countries and areas of the world: 1945 to 2004.** Last revised 15 Aug 2001. <http://www.census.gov/ipc/www/cendates/>



Anneberg, Inger

Sorgen ved selvmord: en bok til de efterladte.

København: Høst & Søn, 2002.

- 373 s.

ISBN 87-14-29766-3

"Denne bok er skrevet med ét formål: At give mæle til mennesker, der ofte bliver mødt med tavshed." Slik åpner Anneberg sin bok der hun har intervjuet mange mennesker som har opplevd at en som stod dem nær, døde ved selvmord. Barn og voksne forteller om sine erfaringer og overlevelsesstrategier. Fagfolk er også intervjuet.