

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) (1.utg.)

DBT-A er et behandlingstilbud for barn og unge i alderen 12-19 år med pågående og/eller vedvarende selvsykdom. Målsetningen er reduksjon av selvmordsatferd og selvsykdom, med påfølgende redusert behov for legevaktbesøk og innleggelse på akuttavdeling, samt redusert frafall fra terapi for denne pasientgruppen.

Bakgrunn

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering og klassifisering av behandlingsprogrammet Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A). DBT-A er et manual- og gruppebasert tiltak på 24 ukentlige sesjoner, rettet mot ungdom i alderen 12-19 år med selvsykdom og tidligere selvmordsforsøk (også kalt villet egenskade). Målsetningen med DBT-A er reduksjon av denne typen atferd, samt redusert frafall fra terapi. Behandlingen består i å trene opp ferdigheter hos ungdommene i det å regulere følelser og atferd i mellommenneskelige relasjoner, og ferdigheter til å holde ut følelsesmessig smerte. Delmål i tiltaket er reduksjon i bruk av rusmidler, reduksjon av sinne og depresjon, samt generell bedring av daglig fungering.

Metode

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk fra ulike databaser (Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, Nora, Scopus og SweMed), samt materiell fra norsk tiltaksseier. Søket ble gjennomgått for å identifisere internasjonale kunnskapsoppsummeringer og nordiske effektstudier om tiltaket. Seks artikler, hvorav tre er basert på én norsk effektstudie ble inkludert og evaluert i kunnskapsoppsummeringen.

Resultater

Resultatene viser at DBT-A er et kunnskaps- og evidensbasert tiltak med solid teoretisk forankring. Effektstudien (RCT) der DBT-A er sammenlignet med ordinær behandling tyder på at programmet kan bidra til redusert selvrappert grad av selvmordstanker og selvsykdom for ungdom i alderen 12-18 år. Tiltaket har godt beskrevne implementeringsstrategier, noe som sannsynliggjør at tiltaket tilbys slik det er tenkt i tjenestene. De inkluderte studiene er de første effektevalueringene nasjonalt og internasjonalt.

Konklusjon

DBT-A klassifiseres på evidensnivå 4, dvs. som et tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Gjentatt selvsykdom, kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er lidelser som kjennetegnes ved svikt i evnen til å regulere egne følelser og atferd på tvers av situasjoner. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline type) er en psykisk lidelse som kjennetegnes ved mønstre av ustabilitet i affektregulering, impuls kontroll, interpersonlige relasjoner og problematisk selvbylde (Hjalmarsson, m. fl., 2008). Gjentatt

eller kronisk selvsykdom og/eller selvmordsforsøk forekommer hyppigere hos pasienter med denne lidelsen. Selvsykdom er definert som skade en person har påført seg selv med vilje, men uten intensjon om å dø, som for eksempel kutting, brenning, overdosering, og forgiftning (www.med.uio.no). Ungdom får sjelden diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (BPD), selv om trekk ved denne diagnosen synes beskrivende for mange



Charlotte Reedtz

charlotte.reedtz@uit.no


RKBU Nord –
Regionalt kunnskapssenter for
barn og unge
UiT - Norges arktiske universitet



Gro Janne Wergeland

Gro.Wergeland@uib.no

Institutt for klinisk medisin - UiB
Klinikk psykisk helsevern for barn
og unge, Helse Bergen

 Engelsk sammendrag på
ungsin.no

ISSN 2464-2142

Tidsskrift Ungsin utgis av
Regionalt kunnskapssenter for
barn og unge- nord (RKBU
Nord) ved UiT- Norges arktiske
universitet.

ungdommer som utsetter seg for selvskading (Tørmoen, m.fl., 2014). Gjentatt selvskading er også assosiert med BPD, noe som er demonstrert i flere studier blant voksne (Mehlum, 2009).

Selvskading blant ungdom er vanlig og representerer et stort folkehelseproblem i flere land (Mehlum m. fl., 2016). Ifølge en studie ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) oppgir 16,2 % av ungdom på ungdomsskolen at de har skadet seg selv med vilje (Tørmoen m.fl., 2020). I internasjonale studier varierer forekomsten av selvskading blant ungdom fra 13 - 23 % (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012), med de høyeste tallene blant jenter i tenårene. Til tross for høy forekomst rapporterer en svært liten andel av ungdom med selvskading at de har mottatt behandling for dette (Mehlum, m.fl., 2014; Mehlum, m.fl., 2016).

Det har vist seg svært utfordrende å behandle pasienter med problemer i emosjonsregulering, også ungdom med selvskading (Tørmoen, m.fl., 2014). Klinikere har erfart mangelfullt oppmøte og delaktighet i behandlingsopplegg, at det er vanskelig å inngå avtaler om mål og struktur for behandlingen med pasientene, og stort frafall fra behandlingen.

Gjentatt selvskading hos ungdom er en sterk risikofaktor for fullbyrdet selvmord (Mehlum, m.fl., 2016). Ungdommer med gjentatt selvskading rapporterer ofte en dårlig egenopplevd helse sammenlignet med andre unge da de har flere psykiske vansker, en problematisk livsstil og tilbakevendende psykososiale problemer (Tørmoen, Rossow, Larsson & Mehlum, 2013). Det er derfor viktig at ungdom med selvskading og selvmordstruende atferd fanges opp og tilbys nødvendig behandling.

Dialektisk atferdsterapi (DBT) ble opprinnelig utviklet for kvinner med kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Terapiformen har senere blitt anvendt og tilpasset personer med ulike alvorlige psykiske lidelser der problemer med regulering av emosjoner er sentralt, slik som for ungdom med gjentatt eller kronisk selvskading og/eller selvmordsforsøk.

Beskrivelse og materiell

Dialektisk atferdsterapi for ungdom (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents, DBT-A) er beskrevet i en engelsk manual (Rathus & Miller, 2015). Manualen gir informasjon om teoretisk bakgrunn og utviklingen av behandlingsformen, innhold i behandlingsprogrammet og detaljerte planer for tema, øvelser og gjennomføring. I et eget nummer av tidsskriftet *Suicidologi* (2015) beskrives DBT-A slik det praktiseres i Norge, og det samme nummeret inneholder flere studier som belyser ulike aspekter ved tiltaket. En vesentlig del av manualen er kopier av materiell for utdeling til pasienter i behandlingen. Disse er oversatt til norsk i heftet «DBT for ungdom, Ferdighetstrening - faktaark og øvelser» og gjøres tilgjengelig gjennom DBT utdanningsprogrammet ved NSSF, Universitetet i Oslo.

Målsetninger og målgruppe

DBT-A er et behandlingstilbud for barn og unge i alderen 12-19 år med pågående og/eller vedvarende selvskading (Rathus & Miller, 2015). Målsetningen med DBT-A er reduksjon av selvmordsatferd og selvskading, med påfølgende redusert behov for legevaktbesøk og innleggelse på akuttavdeling, samt redusert frafall fra terapi for denne pasientgruppen. Reduksjon i bruk av rusmidler, reduksjon av sinne og depresjon, samt generell bedring av daglig fungering er sentrale delmål. Gjennom gruppeterapi, individualterapi, telefonkonsultasjoner og eventuell annen nødvendig oppfølging trener ungdommer opp ferdigheter i å regulere følelser og atferd i mellommenneskelige relasjoner, ferdigheter i å holde ut følelsesmessig smerte og ferdigheter i mindfulness. Foreldrene deltar sammen med ungdommene i ferdighetstreningssgruppe og ved behov i individualterapi (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007). Målet med at foreldre deltar er å fremme generalisering mellom de ulike kontekster ungdommen opptrer i, samt å opprettholde nye ferdigheter ved å lære foreldrene hvordan de kan modellere hensiktsmessig atferd og bidra til gode løsningsstrategier.

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

DBT-A-behandlingen starter med en inntaks-samtale, hvor ungdommen kartlegges i forhold til

selvskading. I denne samtalen startes arbeidet med å bygge en allianse med ungdommen og foreldrene. Behandlingen ble opprinnelig laget for poliklinisk oppfølging, og selv om den senere har blitt tilpasset døgnavdelinger innen psykisk helsevern brukes den i Norge nesten utelukkende i poliklinisk kontekst. Metoden benyttes for ungdommer med ulike diagnoser og krever samtykke fra klienten.

Behandlingen består av terapi i grupper samt individuell oppfølging. Arbeidsformen er ukentlig gruppe- og individualterapi over 16-24 uker, avhengig av avtale og plan for gjennomføring av programmet. Behandlingen består av fire kjernekomponenter (dbt.no):

1. DBT individualterapi. Denne modulen av terapien har som mål å skape og opprettholde ungdommens motivasjon for målrettet endring og støtter opp under ungdommens læring av nye ferdigheter. Ungdommen jobber sammen med terapeuten for å nå målene for behandlingsperioden. I individualterapien varieres det mellom kognitiv terapi, formell og uformell eksponering, ferdighetsfokus og i håndtering av vanskelige situasjoner. Terapien består som oftest av en behandlingstime per uke.
2. DBT ferdighetstreningsgruppe. Målet med ferdighetstreningsgruppene er å lære ungdommer og deres foresatte ferdigheter i å styre sin egen oppmerksomhet og oppleve øyeblikket på en ikke-dømmende, tolererende måte, ferdigheter i å regulere følelser og holde ut i kriser, ferdigheter i å løse mellommenneskelige problemer og det å finne middeveier i situasjoner der man ellers ville ende opp i en ytterliggående reaksjon. Gruppene ledes av to gruppeledere som underviser og modellerer aktuelle ferdigheter og gir hjemmeoppgaver som klientene øver på gjennom uken. Gruppen møtes to timer én gang i uken over 24 uker.
3. DBT konsultasjon. Dette er et tilbud som gis av individualterapeuten slik at klientene skal kunne kontakte terapeuten mellom timene og få veiledning i å bruke ferdigheter for å løse problemer som oppstår. Pasienten kan også kontakte terapeuten i kriser (for eksempel suicidalkriser) for å få hjelp til å holde seg

trygg og mestre situasjonen med de ferdighetene som innøves.

4. DBT konsultasjonsteam. Konsultasjonsteamet består av behandlere i DBT teamet som mottar støtte, trener opp terapeutiske ferdigheter og kompetanse slik at de på best mulig måte skal bidra til ønskede endringer hos klientene sine. Teamet har ukentlige møter.

Temaene i ferdighetsgruppen følger en planlagt rekkefølge og håndboken beskriver hvert tema detaljert med forslag til innhold i ferdighetstreningen, problemstillinger som kan drøftes i gruppen, øvelser og hjemmeoppgaver. Det følger med kopier av materiell fra manualen til hvert møte som kan deles ut til deltakerne, og som også anvendes som hjemmelektur. Arbeidsformen i hvert møte i ferdighetstreningsgruppen består av mindfulness øvelser, gjennomgang av hjemmelektur fra forrige møte, introduksjon av nye tema, drøfting i gruppen, øvelser og presentasjon av nye hjemmelektur.

Det sentrale fokuset i DBT-A er å styrke klientens mestring av vanskelige situasjoner gjennom å øve inn nye ferdigheter. Gjennom trening på mindfulness ferdigheter lærer klientene å øke sin ikke-dømmende bevissthet om nåtidserfaringer og styre/kontrollere oppmerksomheten sin. Mindfulness praktiseres gjennom hele behandlingsforløpet. Gjennom trening i hold-utferdigheter lærer klientene å tolerere egen smerte i utfordrende situasjoner uten å måtte endre selve situasjonen. Videre trenes klientene i mellommenneskelige ferdigheter der de bevarer selvspekt og skaper gode relasjoner med andre.

Det teoretiske grunnlaget for metoden

DBT-A er en variant av kognitiv atferdsterapi som integrerer kunnskap fra atferdsterapi, kognitiv terapi, læringsteori, dialektikk og østlig zen filosofi.

I følge Rathus og Miller (2015) forårsakes problematferden hos pasienter med vansker i emosjonsregulering både av biologiske og miljømessige faktorer.

De biologiske faktorer er sårbarhet for følelsesmessig dysregulering, altså uhensiktsmessig

bruk av emosjoner og svekkede ferdigheter i å regulere impulser og det å forme responser. Den følelsesmessige sårbarheten defineres som høy sensitivitet til følelsesstimuli, høy grad av reaktivitet og langsom retur til en rolig sinnstemning. Høy sensitivitet til følelsesstimuli gjør at personer trigges raskt, og høy grad av reaktivitet innebærer at den følelsesmessige responsen ofte er mer ekstrem, som for eksempel overveldende og ubehagelige følelser av sterk angst, tristhet eller nummenhet. De sterke følelsene gjør at det er vanskelig å gjøre veloverveide valg og handlinger. Langsom retur til en rolig sinnstemning innebærer at personen bruker lengre tid enn andre på å roe seg ned etter at de har blitt aktivert. Personer med disse sårbarhetene har en svekket evne til å regulere egne følelser og tilstander effektivt.

Miljøet spiller imidlertid også inn på hvordan en person med svak affektregulering fungerer. De sosiale faktorer som bidrar til vansker i emosjonsregulering er mangel på reguleringsstøtte og uhensiktsmessig læring av hvordan individet bør mestre egne følelser. Mangel på forståelse og bekreftelse av personens følelser fra viktige andre i det sosiale miljøet kan bidra til at følelser enten avvises/underkjennes, ignoreres/straffes eller at løsninger på et problem overdrives og forenkles.

Viktige andre kan være foreldre, lærere, venner, rådgivere, terapeuter og andre. Gjennom manglende bekreftelse/validering av personens følelser kan andre straffe eller forsterke de sterke følelsene slik at personen enten undertrykker eller eskalerer dem. Personen kan også føle seg forvirret og ute av stant til å feste lit til egne følelsesmessige erfaringer, noe som kan bidra til manglende selvbekreftelse. Slike reaksjoner kan forsterke pasientens sårbarhet.

Når en person med svak evne til å regulere egne følelser over tid opplever manglende reguleringsstøtte eller bekreftelse fra miljøet rundt seg kan dette gi seg utslag i mange psykososiale problemer og kronisk emosjonell dysregulering. Gjennom trening i følelsesreguleringsferdigheter lærer klientene å gjenkjenne, forstå og eventuelt endre egne følelser.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring, kostander og norske tilpasninger

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo er tiltakseier for DBT i Norge. The Linehan Institute i Seattle, USA, er internasjonal tiltakseier. Hovedstrategien for implementering av DBT i Norge er utdanning av DBT team i foretak som ønsker det. NSSF ved Universitetet i Oslo gir utdanning og implementerer DBT-programmet i Norge. Utdanningsprogrammet er godkjent av programeier The Linehan Institute, og NSSF drifter det på oppdrag fra Helsedirektoratet. NSSF utdanner terapeuter for både voksne og ungdommer, lærere og veiledere i metoden og har siden 2006 utdannet nærmere 400 DBT-terapeuter i Norge (dbt.no).

Ansatte ved DBT utdanningsprogram ved NSSF rekrutterer kandidater til utdanning i behandlingsmetoden gjennom informasjonsmøter og årlige opplæringsseminarer ved foretak som er interessert i behandlingsmetoden. I tillegg tilbyr de introduksjonskurs for klinikere etter ønske fra ulike fagmiljøer.

NSSF tilbyr terapeututdanning i DBT gjennom årlige kurs. Utdanningen består av to undervisningsuker (totalt 82 timer), samt hjemmeoppgaver og eksamen. Enkeltterapeuter tas ikke opp, da man forutsetter at foretakene har etablert team av minimum tre ansatte som skal tilby behandlingsmetoden etter fullført utdanning. Unntaket fra dette er når et foretak ønsker å supplere et eksisterende DBT team. Kvalifikasjonskravene for opptak på utdanningen er at kandidatene er utdannede leger eller psykologer med minimum to års klinisk erfaring, eller har treårig helse- eller sosialfaglig høyskoleutdanning med klinisk spesialistgodkjenning og/eller videreutdanning i psykisk helsearbeid/barn og unges psykiske helse.

Etablering av DBT team i foretakene forutsetter forankring i klinikkene som skal ta i bruk metoden, og klinikkleder må signere på hver enkelt søkers kontrakt og garantere for deltakeravgiften. Klinikkleder står ansvarlig for tilrettelegging slik at kandidatene kan behandle pasienter ved hjelp av DBT i hele

utdanningsperioden, samt å implementere behandlingsformen i klinikken. Etter deltagelse i påkrevd undervisning, gjennomføring av hjemmeoppgaver og eksamen godkjenner NSSF utdanning med kursbevis.

Kvalitetssikring

DBT team under utdanning forplikter seg til å motta en times veiledning per måned fra DBT instruktører hos NSSF i et år etter endt kursing. Veiledningen har fokus på etterlevelse av tiltaket. I tillegg tilbyr NSSF veiledning utover opplæringstiden for de DBT team og foretak som ønsker det. De tilbyr også drøftinger og konsultasjoner med ledere av foretak og enheter ved behov.

Alle DBT team skal ha en mentor som har ansvar for oppfølging av terapeuter under utdanning, samt at teamene skal ha ukentlige møter for å sikre kvalitet på tjenestene. Teamledere har et ansvar for å oppdatere ledere i egen organisasjon og sikre forankring i klinikkene. Det er etablert et nasjonalt DBT nettverk i regi av NSSF med fokus på stabilitet og systematisk vedlikehold av kunnskap. I forbindelse med forskning på tiltaket ble det utviklet en skala for måling av etterlevelse av behandlingsprinsippene. I tillegg til dette er det opprettet et DBT kvalitets- og forskningsnettverk for alle DBT team som ønsker å bruke en felles protokoll for utredning, forløpsvurdering og sluttevaluering av behandlingsresultat for pasienter. NSSF drifter en felles database med data fra dette evalueringssystemet. Målet er å hjelpe DBT team og klinikere til å opprettholde kvalitet i sitt behandlingsprogram over tid. Systematiske undersøkelser av terapierespons hos hver pasient muliggjør at man kan følge opp eventuell svikt i respons med korrigerende tiltak.

Utøvelsen av DBT veiledningen kvalitetssikres og vedlikeholdes gjennom strukturert opplæring av lærere/veiledere. Det finnes 40 DBT team spredt over alle helseregioner i Norge per 27.8.2019.

Kostnader

Utdannelsen koster per november 2019 kr. 30 000,- per kandidat. I tillegg kommer utgifter knyttet til evt. reise og opphold i Oslo i kursukene. DBT terapeutenes arbeidssted må bære

kostnadene knyttet til fristilling av arbeidstid. I tillegg kommer materiellkostnader til bøker på ca. 2000 kr per terapeut. Tidsbruken under opplæring er 10 dagers opplæringskurs, en times veiledning per måned med instruktør hos NSSF, samt tid til gjennomføring av hjemmeoppgaver og eksamen.

Norsk pilotprosjekt i barnevernet

I regi av Barne-, ungdoms- og familieetaten implementeres DBT-A i totalt 24 omsorgsinstitusjoner som jobber etter omsorgs- og endringsmodellen (OEM) i alle Bufetat regioner. I dette pilotprosjektet er målsetningen å hjelpe flere barn å flytte hjem, redusere oppholdstiden på institusjon, sørge for en god overgang fra institusjonen og hjem, og hindre reklassering. Tiltaksarbeidet i prosjektet bygger på "Multisystemic Therapy - Familiy Integrated Transition" (MST-FIT) og er et behandlingstilbud som drives av Bufetat for familier som har ungdom som skal flytte hjem etter institusjonsopphold. Omsorgs- og endrings- modellen kombinerer jobbing med DBT-ferdigheter inne på institusjonen med MST-terapi, for å sikre en god overgang fra institusjonen og hjem til familien og nærmiljøet. Ansatte i alle ledd ved omsorgsinstitusjonene lærer opp i DBT-A modulene. Foreldre lærer også opp i DBT-A strategiene ungdommen har lært på institusjonen, og til å hjelpe ungdommen å bruke DBT-A strategiene i hverdagen hjemme. Omsorgs- og endringsmodellen er utviklet i samarbeid mellom Bufetat Nord og University of Washington, USA. Bufetat region nord har ansvaret for implementering av modellen i Norge. Modellutviklerne og MST-FIT konsulenter fra University of Washington er ansvarlig for opplæring i MST-FIT og konsultasjon av teamene. Piloten undersøker effekten av de integrerte tiltakene i modellen, men ingen data er publisert foreløpig. Nasjonalt senter for selvmords- forskning og forebygging (NSSF) tilbyr opplæring i DBT-A for en del av deltakende personell i piloten.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å vurdere om DBT-A kan være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

Metode

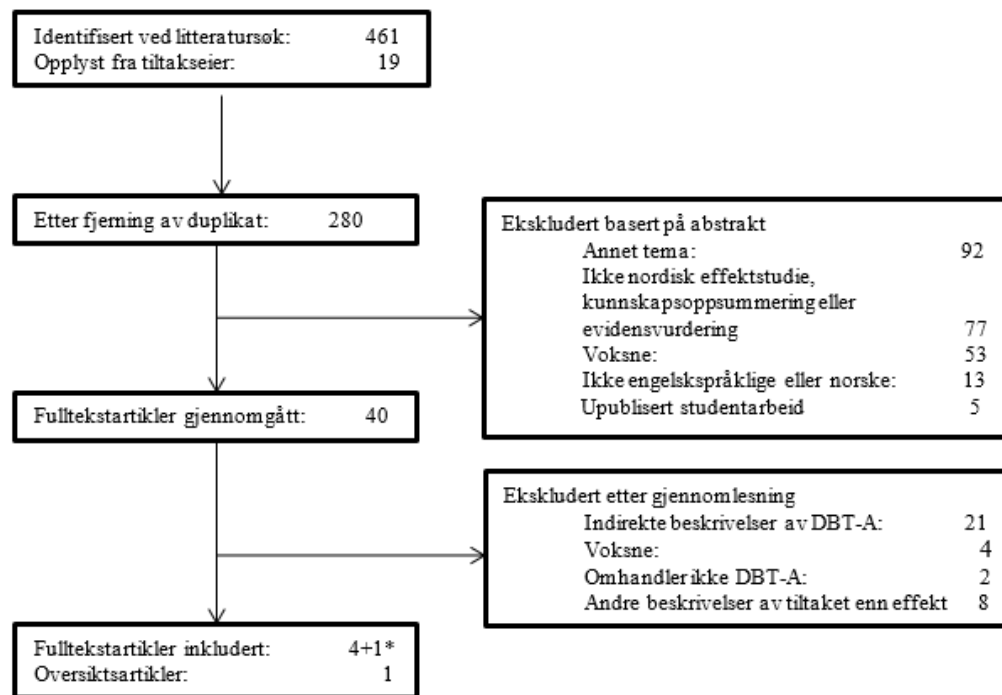
Litteratursøk etter studier om tiltaket ble gjennomført i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORAT, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: Februar 2018. I tillegg ble tiltakseier i Norge kontaktet på samme tidspunkt og bedt om å sende inn dokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket, som for eksempel manualer, veiledere, upublisert forskningsdokumentasjon, implementeringsstrategier og kvalitetssikringsrutiner. To forskere gjennomgikk forskningsdokumentasjonen uavhengig av hverandre, og identifiserte den aktuelle litteraturen for nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer, samt andre norske evalueringer i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2019).

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 480 treff hvorav totalt 12 artikler ble vurdert som aktuelle i denne kunnskapsoppsummeringen (se Figur 1). Av de 12 inkluderte artiklene var det én norsk effektstudie publisert i 2 artikler (Mehlum m. fl., 2016; Mehlum m. fl., 2014), to andre norske evalueringer (Brager-Larsen, Magnussen, & Hestetun, 2007; Tormoen m. fl., 2014), og åtte andre beskrivelser av tiltaket (Grøholt, Haga, Tormoen, Ramberg, & Mehlum, 2015; Haga, Grøholt, Tormoen, Aas, & Mehlum, 2015; Mehlum, 2009; Mehlum & Holseth, 2009; Mehlum & Jensen, 2006; Mehlum & Tormoen, 2014; Mehlum m. fl., 2015; Ramleth, Grøholt, Diep, Walby, & Mehlum, 2017). Disse åtte er ulike typer beskrivelser (f.eks. av studien, behandlingen, kartleggingen, økonomisk evaluering osv), og gjengis ikke nærmere her. I tillegg var det en internasjonal kunnskapsoppsummering som ble vurdert som aktuell (Hawton m. fl., 2015), men denne beskrives under egen overskrift. De 467 resterende publikasjoner ble ekskludert fordi de besto av annen målgruppe ($K = 57$), ikke omhandlet DBT-A ($K = 94$), var deskriptive studier ($K = 98$), duplikater ($K = 200$), upubliserte studentarbeid ($K = 5$), eller ikke var norsk eller engelskspråklig ($K = 13$).

I etterkant av litteratursøket ble en 3-års oppfølging av effektstudien av Mehlum m. fl fra 2014 publisert. Denne er tatt med for en mest mulig fullstendig beskrivelse av tiltaket selv om litteratursøket ikke er oppdatert tilsvarende.



* I etterkant av litteratursøket ble en 3-års oppfølging av effektstudien av Mehlum m. fl fra 2014 publisert. Denne er tatt med for en mest mulig fullstendig beskrivelse av tiltaket selv om litteratursøket ikke er oppdatert tilsvarende.

Figur 1. Flytskjema litteratursøk.

Gjennomgang av beskrivelser

DBT-A for ungdom (12-19 år) er godt beskrevet gjennom en engelsk manual og norske artikler om hvordan DBT-A praktiseres i Norge. I manualen beskrives innhold i behandlingsprogrammet, samt detaljerte planer for tema og gjennomføring av tiltaket. Videre formidles strukturen i tiltaket, teoretiske modeller, og metoder for ferdighetstrening, øvelser og hjemmeoppgaver. Klientene får utdelt øvelser og hjemmeoppgaver på norsk.

Målgruppe og formål med tiltaket kommer tydelig fram i beskrivelsen, og omfatter barn og unge som har pågående og/eller vedvarende suicidalitet og/eller selvskadende atferd. DBT-A er solid forankret i etablerte psykologiske teorier (bla. atferdsterapi/læringsteori og kognitiv teori). Tiltaket er godt organisert og strukturert, og opplæringen kvalitetssikres ved en godkjenningsordning. Den samlede vurderingen av beskrivelsen av DBT-A er presentert i tabell 1. Problembeskrivelse, målgruppe og hovedmål

(primærmål) for tiltaket er tydelig beskrevet i manualen og tilhørende materiell til klientene. Det er angitt flere sekundærmål for tiltaket. Kvalifikasjonskrav for å bli DBT terapeut er godt beskrevet. Innholdet i hver time og hvordan deltakerne kan arbeide med de ulike temaene er godt beskrevet. Foreldre deltar i ferdighetsgruppene, men i svært begrenset grad i individualtimene med pasienten. Mulighetene for tilrettelegging av progresjon for gruppene er i liten grad beskrevet i materialet for tiltaket. Det er ikke utviklet en egen implementeringsveileder, men det beskrives noe på NSSFs nettsider og i manualen.

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

Dimensjoner i Beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse			x
Målgruppe			x
Hovedmål			x
Sekundærmål			x
Utforming av tiltaket			x
Metoder som benyttes			x
Kjerneelementer/ Fleksibilitet			x
Utøvere av tiltaket			x
Manual/veileder for utøvere			x
Materiell for mottakere av tiltaket			x
Undersøkelser som styrker beskrivelsen			x

ungdommene (Mehlum m. fl., 2016), mens 92 % av ungdommene deltok ved 3-års oppfølgingen (Mehlum m. fl., 2019).

Nordiske effektstudier

Følgende norske evalueringer av DBT-A er identifisert. Brager-Larsen m. fl. (2007) og Tørmoen m. fl. (2014) er gjennomføringsstudier, der Tørmoen m. fl. (2014) var en evaluering i forkant av effektstudien av Mehlum m. fl. (2014). Siden de to første studiene har fokus på gjennomførbarhet, brukertilfredshet og enkelte effektmål beskrives de under «andre norske evalueringer» i denne kunnskapsoppsummeringen. Studien av Mehlum m. fl. (2014) er en RCT med god forskningsmessig kvalitet, og med to egne artikler som beskriver resultatene ved 1-års oppfølging (Mehlum m. fl., 2016) og 3-års oppfølging (Mehlum m. fl., 2019). Effektstudien fra 2014 bestod av et utvalg på 77 deltagere i alderen 12-18 år, rekruttert fra en av ti barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Oslo og Akershus, eller henvist direkte til studien fra fastleger, barnevernstjenesten eller skolehelsetjenesten. Inklusjonskriteriene var minimum to episoder av villet egenskade med minst en episode i løpet av de 16 siste ukene, minst to kriterier for DSM-IV ustabil personlighetsforstyrrelse oppfylt (i tillegg til kriteriet om selvskadende atferd), eller ett kriterium for DSM-IV ustabil personlighetsforstyrrelse med minimum to kriterier under terskelnivå oppfylt. Deltagerne var fordelt på DBT-A ($n = 39$) eller forsterket vanlig behandling (VB, $n = 38$), som bestod av 19 uker med ukentlig kontakt. Alle de opprinnelige deltakerne fullførte post-målingene etter endt 19-ukers behandling. Ved 1-års oppfølging deltok 97 % av

Tabell 2. Inkluderte nordiske effektstudier.

Studie/ Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
(Mehlum m. fl., 2014)	Enkelt-blindet randomisert kontrollert studie. Deltakere ble stratifisert på sentrale studievariabler og ble randomisert til DBT-A eller forsterket vanlig behandling (VB).	77 ungdommer, der 39 fikk DBT-A og 38 VB. Rekruttert fra 10 offentlige poliklinikker fra mars 2008 til mars 2012.	Alder var mellom 12-18 år, med gjennomsnittsalder på 15.6 år. 87.2 % jenter (15.9 år) i DBT-A og 89.5 % (15.3 år) i VB.	Pretest og posttest.
(Mehlum m. fl., 2016)	1-års oppfølgingsundersøkelse av ungdommene som deltok i behandlingsstudiet i 2014.	75 av 77 (97 %) av ungdommene fra behandlingsstudiet fra 2014 deltok; 38 fra DBT-A og 37 fra VB.	1-års oppfølging (se over).	Oppfølging etter ett år.
(Mehlum m. fl., 2019)	3-års oppfølgingsundersøkelse av ungdommene som deltok i behandlingsstudiet i 2014.	71 av 77 (92 %) av ungdommene fra behandlingsstudiet fra 2014 deltok; 37 fra DBT-A og 34 fra VB.	3-års oppfølging (se over).	Oppfølging etter tre år.

Forskningsmetodisk kvalitet

Tabell 3. Forskningsmetodisk kvalitet.

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
(Mehlum m. fl., 2014)	4	3	4	4	3	3.6
(Mehlum m. fl., 2016)	3	3	3	4	2	3.0
(Mehlum m. fl., 2019)	4	3	4	4	3	3.6

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

Statistiske analyser

I Mehlum m. fl (2014) var de primære utfallsmålene antall selvrapporterte selvskadingsepisoder (målt som selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvskading) i løpet av behandlingen, samt alvorlighetsgrad av selvmordstanker (målt ved Suicidal Ideation Questionnaire) og depresjonssymptomer (målt ved Short Mood and Feelings Questionnaire og Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)) gjennom behandlingen. Øvrige utfallsmål var følelse av håpløshet, borderlinesymptomer, innleggelse og kontakt med legevakt grunnet villet egenskade i løpet av behandlingen.

Det er benyttet Intention-to-treat prinsipper for dataanalysene fra pretest til posttest. Gjennomsnittsverdier og standardavvik (eller median og interquartile range) er regnet ut både for normalfordelte og ikke-normalfordelte variabler. Estimering av trender og forskjeller mellom gruppene DBT-A og VB over tid mellom er undersøkt ved Mixed-effects multiple regression, med sumskårer som avhengige variabler. For endring av villet egenskade er det brukt Generalized Estimating Equation statistikk med Poisson og robust varians. Medieringsanalyser for å se på sammenhengen mellom behandlingsintensitet de primære utfallsmålene er testet ved hjelp av Structural Equation Modelling (SEM) eller Generalized SEM. Det er gjennomført styrkeberegninger ved planlegging

av studien samt en revidering midtveis i studien, der revideringen viste at det nødvendige antallet rekrutterte kunne reduseres til totalt 80. Frafallet i behandlingen var på 25.6 % i DBT-A og 28.9 % i VB. Det er manglende informasjon om bakgrunnen for frafall i behandlingen for pasientene, selv om det ikke var frafall fra forskningen. Det er rapportert innen-gruppe effektstørrelser i form av standardiserte effektstørrelse for studiepopulasjonen, og det er oppgitt interaksjonseffekter mellom gruppene.

I Mehlum m.fl. (2016) var det en 1-års oppfølging hvor 97 % av studiepopulasjonen som inngikk i effektevalueringen fra 2014 deltok, og samme utfallsmål ble brukt. Både Intention-to-treat prinsipper for dataanalysene fra posttest (uke 19) til oppfølging (uke 71), og analyser for utvalget på 56 ungdommer som fullførte minst 50 % av behandlingsprogrammet er gjennomført (DBT-A, $n = 29$, VB, $n = 27$). Analysemetodene var i hovedsak tilsvarende som ved effektstudien fra 2014, men analyser av gruppeforskjeller der preskårer ble brukt som kovariate variabler ble ikke gjennomført. Det er ikke kontrollert for behandlingskontakt fra posttest til 1-års oppfølging i analysene.

I Mehlum m.fl. (2019) beskrives resultatene fra 3-års oppfølging hvor 92 % av studiepopulasjonen fra 2014 deltok. Samme utfallsmål er brukt, og analysemetodene er i hovedsak tilsvarende som ved effektstudien fra 2014. Det er gjort analyser for å se på behandlingsbetingelsen (DBT-A og forsterket VB) og grad av behandlingskontakt i oppfølgingstiden.

Målinger og måleinstrumenter

I Mehlum m. fl. (2014) er det gjennomført kartlegging ved pretest (semistrukturert intervju og selvrapport), i uke 9 (selvrapport), i uke 15 (selvrapport) og ved posttest i uke 19 (semistrukturert intervju og selvrapport). Intervjuene er utført av klinikere som var blinde for hvilken behandling ungdommene ble fordelt til, og ti uavhengige bedømmere uten kjennskap til pretest målingene og behandlingen utførte intervjuene ved posttest. En ikke-blindet prosjektordinator organiserte de praktiske oppgavene i forbindelse med oppfølgingsintervjuene. De uavhengige bedømmerne ble

testet for hvilken behandling de trodde ungdommene hadde mottatt, der de gjettest rett i 44.2 % av tilfellene (Cohen's Kappa (K) = 0,12). Det strukturerte diagnostiske intervjuet Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version (K-SADS-PL), ble brukt for kartlegging av demografisk informasjon og DSM-IV Akse I diagnoser. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II) ble brukt til kartlegging av Borderline personlighetsforstyrrelse. Child Behavior Checklist (CBCL) fylt ut av foresatte ble benyttet for kartlegging av følelsesmessige og atferdsmessige vansker, og funksjonspåvirkning i hverdagen ble målt ved Global Assessment Scale (C-GAS). Selvskadingshistorikk ble kartlagt ved Lifetime Parasuicide Count (LPC) og Suicide Intent Scale (SIS) ble brukt for å evaluere suicidale intensjoner ved den mest alvorlige hendelsen av selvskading gjennom de siste fire månedene. I tillegg ble det fylt ut selvrapport for Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR), depresjonsmålet Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ), Beck Hopelessness Scale (BHS) og Borderline Symptom List (BSL) ved enkelte av måletidspunktene. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) ble fylt som intervju av en uavhengig bedømmer ved enkelte av måletidspunktene. Studiedeltakerne mottok et mindre pengebeløp som kompensasjon for hver vurderingssesjon.

K-SADS-PL er vurdert i PsykTestBarn (Kornør & Skarphedinsson, 2016), og det konkluderes med utmerket inter-rater reliabilitet, men at kunnskapsgrunnlaget om øvrige måleegenskaper i nordisk sammenheng er begrenset. PsykTestBarn har også vurdert CBCL med norsk normgrunnlag (Kornør & Jozefiak, 2012), og viser til lovende kriterievaliditet og god begrepsvaliditet, samt god indre konsistens for hovedskalaene. Total dokumentasjon på de psykometriske egenskaper ved CBCL er vurdert som lovende. CGAS er vurdert i PsykTestBarn med tilfredsstillende dokumentasjon på konvergens-, diskriminerende og prediktiv validitet og inter-rater reliabilitet, men noe mindre på endringssensitivitet. For MFQ som er den fullstendige versjonen av SMFQ, foreligger god dokumentasjon på psyko-metriske egenskaper som begrepsvaliditet, konvergerende validitet og reliabilitet evaluert i PsykTestBarn (Richter & Sund, 2013). SCID-II, MADRS, BHS,

BSL, SIS, SIQ-JR og LPC er ikke omtalt i PsykTestBarn per i dag. Alle måleinstrumentene er oversatt til norsk, men det er ikke gitt opplysninger om kvaliteten på arbeidet eller norske tilpasninger av de norske versjonene. Det er ikke rapportert reliabilitet for spørreskjemaene for ungdom eller foresatte i de inkluderte studiene. Det er en styrke at det er brukt multiple informanter (ungdom, foresatte og klinikere).

Det ble gjort lydopptak av alle intervjuer og inter-rater reliabilitet (IRR) av diagnoser og utfallsvariabler ble undersøkt av en ekspertskårer. Basert på 26 IRR-vurderte intervjuer var K 0,68 (verdier mellom 0,50-0,81) for alle symptomene skåret i K-SADS-PL. Kontinuerlige variabler ble testet med intraklasse korrelasjoner (ICC, verdier mellom 0,42-0,99). I Mehlum m. fl (2016) presenteres data fra selvrapport og funksjonsmål fra uke 19 (posttest) og uke 71 (ett års oppfølging). De samme spørreskjemaene som i effektstudien fra 2014 (SIQ-JR, BHS, SMFQ, MADRS, BSL og C-GAS) ble benyttet, i tillegg et selvrapportskjema om bruk av psykiatrisk behandling, innleggelse og kontakt med legevakt grunnet villet egenskade i løpet av oppfølgingsåret. Utfallsmålene er basert på selvrapport og intervju ved uavhengig bedømmere. Ved testing for hvilken behandling de uavhengige bedømmerne trodde ungdommene hadde mottatt, var svaret rett i 44,2 % av tilfellene (Cohen's $K = 0,12$). Det er uklart om det er gjennomført ny test for blindhet ved 1-års oppfølgingen, og om inter-rater reliabilitet (IRR) av diagnoser og utfallsvariabler er beregnet på nytt for 1-års oppfølging. De samme utfallsmålene som i effektstudien fra 2014 og ved 1-års oppfølging er benyttet ved 3-års oppfølging (Mehlum m.fl. (2019). Utfallsmålene er basert på selvrapport og intervju ved uavhengig bedømmere, med bruk av samme prosedyre som ved gjennomføring av effektstudien fra 2014.

Indre validitet

Deltakerne i Mehlum m. fl (2014) ble rekruttert fra en av ti barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Oslo og Akershus, eller henvist direkte til studien fra fastleger, barnevernstjenesten eller skolehelsetjenesten,

og det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ungdommene ble randomisert til en av to intervensjonsgrupper (DBT-A og forsterket VB), stratifisert på kjønn, alvorlig depresjon og selvmordsønske ved selvskading i løpet av de siste 16 ukene før inklusjon. Intervensjonsgruppene er av samme størrelse. Det var ikke forskjeller mellom gruppene for inkluderte variabler ved behandlingsstart.

I Mehlum m. fl (2016) er det svært god oppslutning i studien (97 % av de opprinnelige studiedeltakerne), og det deltok et tilsvarende antall fra begge intervensjonsgruppene ($n = 38$ vs. $n = 37$). Manglende kontroll i analysene for behandlingskontakt fra posttest til 1-års oppfølging drøftes som en svakhet i diskusjonen. I 3-års oppfølgingen er det svært god oppslutning med 92 % av de opprinnelige studiedeltakerne ($n = 37$ vs. $n = 34$). Det er ved langtids-oppfølgingen gjort analyser for å se på sammenhengen mellom behandlingsbetingelsen (DBT-A og forsterket VB) og grad av behandlingskontakt i oppfølgingstiden (Mehlum m. fl 2019).

Troskap mot tiltaket

Terapeutene i effektstudien fra 2014 fikk opplæring i DBT-A gjennom et seminar på 80 timer samt påfølgende veiledet praksis i metoden gjennom 12 måneder. Det er oppgitt bruk av engelsk manual for DBT-A. Terapeutene ble målt for etterlevelse av behandlingsprinsippene og vurdert ut fra minimumsskåre på en skala utviklet for formålet. Kun terapeutene som viste troskap mot manualen over et minimumskrav kvalifiserte seg som terapeuter i studien, og etterlevelse ble vurdert for den enkelte terapeut gjennom studien. Totalt fem videoopptak fra behandlingstidene ble skåret av en uavhengig ekspert. Ingen av terapeutene gav begge intervensjonene. Terapeutene som gav forsterket VB hadde ikke en manual og ble ikke vurdert for etterlevelse, men for varighet og frekvensen av behandlingen.

Ytre validitet

Deltakerne i studien (Mehlum m. fl., 2014) er ungdom med en historie med minimum to episoder av villet egenskade og hvor enkelte kriterier på DSM-IV ustabil personlighetsforstyrrelse er oppfylt. Eksklusjonskriteriene er

bipolar lidelse (med unntak av type 2), schizofreni, schizo-affektiv lidelse, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt, IQ lavere enn 70 og Asperger syndrom. Komorbiditet for intervensjonsgruppene er oppgitt, men utover dette ikke diskutert. Varigheten av forsterket VB var satt til 19 uker, men kunne vare lengre. Deltakerne bestod hovedsakelig av jenter (88.3 %) og av etnisk norske (84.9 %), og SES er ikke oppgitt. I Mehlum m. fl (2016) er 1-års oppfølging presentert der resultatene fra uke 19 og uke 71 sammenlignes, men uten kontroll for behandling gitt etter avsluttet intervensjon. Det er ikke signifikante forskjeller mellom gruppene for utfallsvariablene, bortsett fra for villet egenskade. Designet gjør det mulig å generalisere funnene til andre pasienter i vanlig klinisk praksis, men den høye andelen kvinner gjør det usikkert om funnene kan generaliseres til menn. Tre-års oppfølgingen viser samme hovedresultat som fra 1-års oppfølgingen, og det er gjennomført tilleggsanalyser med behandling gitt etter avsluttet intervensjon (Mehlum m. fl 2019).

Effekter

Effektstudien fra 2014 har fire måletidspunkter; før behandlingsstart (pretest), uke 9, uke 15 og ved behandlingsslutt uke 19 (posttest). Oppfølgingsundersøkelsen fra 2016 presenterer måling ved 1-års oppfølging (uke 71), og oppfølgingsundersøkelsen fra 2019 presenterer

måling fra 3-års oppfølging. Effektstørrelsene oppgitt i studien er standardiserte innen-gruppe effektstørrelser for studiepopulasjonene. Effektstørrelsene som er rapportert for endring i villet egenskade, selvmordstanker, depressive symptomer, følelse av håpløshet og Borderline symptomer i DBT-A kan karakteriseres som store ($ES = 0,86-0,97$), uavhengig av utfallsmål. Tilsvarende kan de karakteriseres som små for forsterket VB ($ES = 0,16-0,41$). Det var en signifikant forskjell mellom gruppene for forekomst av villet egenskade ($p = 0,021$) og for selvmordstanker ($p = 0,010$) og intervju-skåret depresjon ($p = 0,019$) mellom ungdommene i DBT-A og VB i favør av DBT-A. Ungdommene i begge gruppene rapporterer en bedring av håpløshet og Borderline symptomer samt selvrapporterte depressive symptomer fra pretest til posttest, uten signifikante gruppeforskjeller på disse utfallsmålene.

Standardiserte mellom-gruppe effektstørrelser (forskjellen mellom gruppene som mottok DBT-A og forsterket VB) ved posttest uke 19, og tilsvarende for 1 års oppfølging, er oppgitt i Tabell 4. Disse effektstørrelsene ble beregnet av ungsinnforfatterne på bakgrunn av resultater i de to artiklene (Mehlum m.fl., 2014; Mehlum m.fl., 2016). I oppfølgingsstudien ble analysene gjentatt for de som hadde fullført minst 50 % av behandlingen, med i hovedsak tilsvarende resultat.

Tabell 4. Mellomgruppe effektstørrelser mellom DBT-A og forsterket VB angitt ved Hedges' g^c

		Selvmonds-tanker	Villet egenskade	Depressive symptom (SMFQ)	Håpløshet	Borderline symptom	CGAS
Mehlum m. fl., 2014	Selvrapport Klinikervurdering	$g^c = 0,76^*$	$g^c = 0,51^*$	$g^c = 0,40$	$g^c = 0,47$	$g^c = 0,71$	$g^c = 0,00$
Mehlum m. fl., 2016	Selvrapport Klinikervurdering	$g^c = 0,08$	$g^c = 0,50^*$	$g^c = -0,13$	$g^c = 0,05$	$g^c = -0,07$	$g^c = 0,11$

Note: $*p < 0,05$. En signifikant mellomgruppe effektstørrelse indikerer at det er en reell forskjell i endringen mellom de to gruppene. Av to utfallsmål på depresjon (SMFQ og MADRS) er det valgt ut ett til presentasjon i tabellen. g^c = Hedges's g korrigeret som anvendes ved små gruppestørrelser.

Tilsvarende viste resultatene fra 3-års oppfølgingen i hovedsak resultat som ved 1-års oppfølgingen; en signifikant forskjell mellom gruppene for forekomst av villet egenskade mellom ungdommene i DBT-A og VB i favør av DBT-A, ellers ingen signifikante gruppeforskjeller for de øvrige utfallsmålene.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Litteratursøket identifiserte en aktuell meta-analyse av ulike psykososiale intervensjoner ved selvskadende atferd blant barn og unge (Hawton m. fl., 2015). Hawton og kollegaer systematiserte og sammenstilte data fra 11 randomiserte kontrollerte studier ($N = 1126$) i en Cochrane-rapport. Deltakerne hadde en gjennomsnittlig alder på 15,3 år ($SD = 0,50$), og på tvers av studiene var 80,6 % av studiedeltakerne jenter. For DBT-A og gruppebasert terapi var analysene basert på henholdsvis to (hvorav en av dem var Mehlum m. fl., 2014) og tre studier, mens det for de resterende intervensjonene kun var enkeltstående studier. For DBT-A ble det undersøkt intervensjonseffekter på utfallsmål som villet egenskade, depresjon, følelse av håpløshet og selvmordsatferd. Resultatene viste at det ikke var redusert forekomst av ungdomsrapportert villet egenskade hos de som mottok DBT-A sammenlignet med vanlig behandling eller forsterket vanlig behandling ($n = 104$; $k = 2$; $OR = 0,72$, 95 % CI 0,12 til 4,40). Imidlertid er resultatene basert på svært få studier, med store forskjeller mellom studiene i antall deltakere og design. Meta-analysen konkluderer med at det er relativt få intervensjoner for unge med villet egenskade og selvmordsatferd, og at resultatene for DBT-A indikerer at intervensjonen bør evalueres videre.

Andre norske evalueringer

I Telemark ble en modifisert versjon av DBT-A prøvd ut for 11 ungdommer i alderen 15-19 år som var i poliklinisk behandling eller innlagt ved en ungdomspsykiatrisk seksjon (Brager-Larsen m. fl., 2007). Formålet med studien var å belyse om DBT-A var anvendbar under norske forhold og hvilke erfaringer ungdommene gjorde seg med tilbudet. Inklusjonskriteriene for behandlingen var tidligere selvmordsforsøk eller annen

selvskadende atferd, i tillegg til ett eller flere symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse. Versjonen av DBT-A var modifisert fra det opprinnelige behandlingsprogrammet. Den bestod av ferdighetstrening med ukentlige møter på 1,5 timer i 20 uker, uten deltagelse av foresatte, begrenset telefonkontakt (ved akutte kriser) og terapeutkonsultasjon, og ikke individualterapi etter modell fra dialektisk atferdsterapi. Bakgrunnen for at foresatte ikke deltok i ferdighetstreningen var etter ungdommenes eget ønske, da flere bodde i fosterhjem eller på institusjon. De av ungdommene som allerede hadde individualterapi fortsatte med dette tilbudet parallelt med ferdighetstreningssgruppen, men uten at tema fra individuell dialektisk atferdsterapi inngikk systematisk som i DBT-A. Opplæringen av terapeutene er ikke spesifisert i artikkelen, men det er angitt at de hadde regelmessige møter for oppsummering, veiledning og støtte etter hver gruppesamling, og oftest av ukentlig hyppighet.

Ungdommene ble informert om at man ønsket å gjøre en undersøkelse av behandlingstilbudet, og at deltagelse i undersøkelsen var frivillig. Det ble benyttet et semistrukturert intervju ved gruppestart og tre måneder etter avsluttet gruppe, der ungdommene ble spurt om suicidforsøk, annen selvskadende atferd, samt intensjon og omfang av dette. Det ble i tillegg spurt om problemomfang, alvorlighet av problembelastningen og hvordan dette påvirket dem i hverdagen, angitt ved Likert-skalaer gradert fra 1-10 der høyere skåre angav større vansker. Ungdommene fylte ut SCL-90-R som selvrapport om psykiske vansker, og ble intervjuet om forventningene til behandlingen i forkant av behandlingen, samt opplevd nytte etter avsluttet behandling.

Resultatene for fem av ungdommene som deltok i behandlingsprogrammet er rapportert, oppgitt som endring i gjennomsnittsverdier på Likert-skalaen samt intervjudata fra ungdommene. Det ble beskrevet en positiv erfaring med behandlingen, reduksjon i selvskadene og suicidal atferd, reduksjon i opplevd problembelastning og bedret fungering i dagliglivet. En av fem ungdommer rapporterte om reduserte symptomskåre på SCL-90-R, mens de andre fire rapporterte om uendrede symptomer, uten at

gjennomsnittsskårene er oppgitt. Undersøkelsen har imidlertid et lite utvalg, ingen kontrollgruppe, bruk av ikke-standardiserte instrumenter, og kun resultatene fra under halvparten av ungdommene som deltok rapporteres. Designet er ikke egnet til å vurdere effekt av tiltaket, og slike effektstørrelser er heller ikke rapportert.

I forkant av effektstudien av (Mehlum m. fl., 2014) ble det gjort en gjennomføringsstudie der formålet var å evaluere om terapeutene kunne tilegne seg DBT-A og gi behandlingen med høy grad av etterlevelse. Det ble også undersøkt om ungdommene fullførte behandlingsprogrammet, om selvskadende atferd ble redusert blant de som fullførte behandlingen og om eventuell forbedring holdt seg ved 1-års oppfølging (Tormoen m. fl., 2014). Studien ble gjennomført ved fem barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Oslo. Ny-henviste ungdommer til en av de fem poliklinikkene ble screenet for nylig eller tidligere selvskadende atferd, og ved bekreftelse av dette ble de invitert sammen med foresatte til nærmere kartlegging ved et diagnostisk intervju. Inklusjonskriteriene til studien var alder mellom 12-18 år, minimum to episoder av villet egenskade med minst en episode i løpet av de 16 siste ukene, og at minst tre kriterier for DSM-IV ustabil personlighetsforstyrrelse måtte være oppfylt. I tillegg måtte ungdommene ønske å motta DBT-A og snakke norsk.

Behandlingen med DBT-A bestod av én time individuell terapi hver uke i 16 uker, ferdighetstreningsgruppe med varighet av to timer per uke, familieterapitimer etter behov og telefonkontakt mellom avtalene etter behov (tilgjengelig på 24 timers basis, 7 dager per uke). Terapeutene hadde ukentlige konsultasjonsmøter og mottok veiledning fra erfarne DBT terapeuter gjennom studien.

Totalt 16 terapeuter uten kjennskap til DBT fra tidligere ble rekruttert til å delta opplæringen. Det ble gjort opptak av alle behandlingstimene og et tilfeldig utvalg ble plukket for skåring av terapeutenes etterlevelse vurdert ut fra DBT Global Rating Scale (Linehan & Korslund, 2003). Elleve terapeuter fikk tilbud om å være studioterapeuter basert på resultatene fra opplæringen.

Ungdommene ble kartlagt før behandlingsstart med strukturert diagnostisk intervju (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, child version (K-SADS), og Structured Clinical Interview for DSMIV for Axis II disorders, Borderline Personality Module). Selvskading ble kartlagt ved Lifetime Parasuicide Count (LPC) og ukentlig selv-rapport (DBT Adolescents diary card). Ved 1-års oppfølging ble et strukturert intervju gjennomført på telefonen av klinikere opplært i intervjuet. Fullføring av behandlingen ble definert maks tre fravær fra individualterapi eller ferdighetsgruppemøter, og høyere fravær enn dette ble definert som frafall. Gjennomsnittsskåren av selvskadende atferd de to første ukene ble sammenlignet med de to siste ukene av behandlingen, vurdert ved DBT Adolescents diary card.

Til sammen 27 ungdommer deltok (73 % av de som ble vurdert for inklusjon). Gjennomsnittsalderen var 15.7 år ($SD = 1,4$), og 26/27 var jenter. Gjennomsnittsskåren for terapeutenes etterlevelse var 4,0, (range 3,5-4,2, $SD = 0,2$) der skårer på 4,0 eller høyere ble vurdert som tilfredsstillende. Resultatene for 21 av ungdommene (78 %) som deltok i behandlingsprogrammet er rapportert og ved 1-års oppfølging foreligger resultater for 10 av ungdommene. Det var en reduksjon i ikke suicidal selvskadende atferd fra 43 % de første to ukene av behandlingen til 14 % de siste 2 ukene. Ved 1-års oppfølging var det 7 av 10 som ikke rapporterte selvskadende handlinger det siste året. Forfatterne konkluderer med at behandlingen kan implementeres i en norsk kontekst, og at terapeutene oppnådde adekvat etterlevelse. Videre fant de at gjennomføringen av behandlingen for ungdommene var høy, og at tilpasset DBT for ungdom kan føre en reduksjon i selvskadende atferd. Studien har ingen kontrollgruppe, det er kun resultater fra de som fullførte behandlingen som oppgis, samt at et mindre utvalg deltok på 1-års oppfølgingen. Designet er ikke egnet til å vurdere effekt av tiltaket, og slike effektstørrelser er heller ikke rapportert.

Det er i tillegg gjort flere andre evalueringer av DBT-A, men disse vurderes som sekundære arbeider og omtales ikke videre her.

Implementeringskvalitet

Tabell 6 viser vurdert implementeringskvalitet. NSSF har flere rutiner for å sikre god kvalitet i spredning av tiltaket til foretak i Norge, samt i å sikre kvaliteten på tilbudet ungdommene får (for nærmere beskrivelse av rutinene se under Implementeringsstrategi, kvalitetssikring og kostnader). NSSF har ansvaret for rekruttering av nye foretak, samt opplæring og veiledning av nye DBT terapeuter. Foretakene har selv ansvaret for faglig forankring av tiltaket og implementeringsstøtte i form av etablering av DBT team med en teamleder, gjennomføring av ukentlige teammøter, gjennomføring av nødvendig veiledning for terapeuter under utdanning, samt jevnlig kontakt mellom DBT teamleder og klinikkleder ved foretaket som implementerer. En skala for måling av etterlevelse av behandlingsprinsippene (Linehan & Korslund, 2003) er utviklet i forbindelse med Mehlums forskning, men det er uvisst hvorvidt denne benyttes i implementeringsøyemed.

Tabell 5. Implementeringskvalitet.

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
Implementeringsstøtte	x		
Kvalifikasjonskrav	x		
Opplæring	x		
Sertifiseringsordninger	x		
Monitorering fidelity/etterlevelse	av x		
Veiledning	x		
Identifisering av målgrupper	x		
Kartleggings- og Vedlikeholdsverktøy		x	
Strategier for tilpasning		x	
Samlet skåre	Σ7/9		

Diskusjon

Hovedmålet med denne artikkelen var å undersøke om DBT-A er et virksomt tiltak benyttet i normal praksis i Norge, basert på Ungsinns kriterier for klassifisering. Resultatene diskuteres på bakgrunn av disse kriteriene i påfølgende avsnitt.

Beskrivelse

DBT-A er grundig beskrevet. Tiltaket inneholder en god beskrivelse av problemet det arbeides med, målgruppe, hovedmål og delmål. Materiellet som er utviklet for tiltaket framstår profesjonelt i utforming og innhold. Manualen for DBT-A kunne med fordel vært oversatt til norsk i sin helhet, men norske oversettelser av deler av denne kompenserer noe for dette. Manualens faktaark og arbeidsark er oversatt til norsk og hver klient har sin perm med arbeidsark. Det vites ikke om materiellet er oversatt og/eller tilrettelagt for klienter som ikke behersker norsk og engelsk, noe som har stor betydning for tilgjengeligheten av tiltaket for klienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Metoden (ferdighetstrening) formidles via terapeutens gjennomgang av hvert tema i ferdighetstreningen, mens klientene selv bidrar til innholdet i individualsamtalene. Læringsmetodene er varierte, og består av drøftinger i gruppe, individualsamtaler, øvelser og hjemmelekser som bygger på tiltakets innhold og gjennomføring. Det er ikke utviklet arbeidsbøker til klienter som mottar tiltaket, men utdeling av øvelser og hjemmeoppgaver kompenserer for dette. Materiellet gjør det enkelt å identifisere kjerneelementene i tiltaket. DBT-A et fleksibelt tiltak som kan tilpasses ungdom i ulike aldersgrupper som er i behandling poliklinisk eller innlagt ved psykiatrisk avdeling.

Teoretisk rasjonale

DBT har et godt begrunnet teoretisk fundament og baserer seg på etablerte teorier innen psykologien. Dette fundamentet og programmets antatte virkningsmekanismer er nærmere beskrevet i den engelskspråklige manualen og det norske heftet som inngår som en del av opplæringsmaterialet, samt i flere engelsk- og norskspråklige artikler av både de amerikanske utviklerne av originalprogrammet og terapeuter i programmet i Norge.

Antall effektstudier, forskningsdesign og forskningsmetodisk kvalitet

Til sammen ble 12 artikler for DBT-A vurdert ut fra litteraturreffet, og ytterligere en artikkel lagt til senere. Det er henholdsvis én nordisk effektstudie med oppfølgingsundersøkelser etter 1 år og 3 år, og to gjennomføringsstudier fra Norge som er inkludert i denne artikkelen. Effektstudien viser moderat effekt av DBT-A på problemintensitet etter behandling. Oppfølgingsstudien viser raskere symptomreduksjon og vedvarende reduksjon av villet egenskade for ungdommene som mottok DBT-A sammenlignet med forsterket vanlig behandling, mens det for øvrige utfallsvariabler ikke var forskjell mellom gruppene ved 1-års oppfølging. Langtidsoppfølgingen viser vedvarende redusert forekomst av villet egenskade for ungdommene som mottok DBT-A, men ellers ingen signifikante gruppeforskjeller for de øvrige utfallsmålene. Gjennomføringsstudiene viste god gjennomførbarhet, brukertilfredshet og positive resultater på enkelte utfallsmål.

Effektstudien er den første randomiserte studien av effekter av en forkortet versjon av DBT tilpasset for behandling av ungdom med gjentatt villet egenskade og trekk fra emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Selv om studiene viser at behandlingstiltaket DBT-A har effekter for en klinisk gruppe ungdom, er det vanskelig å vurdere størrelsen på effekten. Denne ungdomsgruppen er imidlertid vanskelig å behandle, og det har vært lite evidens for effektive behandlingsmetoder. Funnene fra studiene vurderes derfor oppløftende.

Den forskningsmetodiske kvaliteten i effektstudiene av DBT-A er god. Studiene har før, etter, og to oppfølgingsmålinger. Det er en styrke at det er tilfeldig fordeling (randomisering) til DBT-A eller forsterket vanlig behandling, slik at tredjevariabler/feilkilder så langt som mulig holdes konstant på tvers av gruppene. Det er akseptabel statistisk styrke, og gruppeforskjeller mellom tiltakene er testet på adekvate måter, selv om analyser av gruppeforskjeller der preskærer blir brukt som kovariate variabler hadde styrket studiene. Frafallet er moderat og tilsvarende for begge intervensjonsgruppene, og det er gjort adekvate analyser av dette. Det er svært god

oppslutning i oppfølgingsstudiene, og et tilsvarende antall fra begge intervensjonsgruppene deltok. Det er manglende informasjon og kontroll i analysene for behandlingskontakt fra posttest til 1-års oppfølging, og det er dermed uvisst om og eventuelt i hvilken grad dette gir en gruppeforskjell og påvirker effekten. Ved 3-års oppfølging er det imidlertid gjort tilleggsanalyser med behandlingsbetingelsen (DBT-A eller forsterket VB) og grad av behandlingskontakt i oppfølgingstiden.

Det er en styrke at inter-rater reliabilitet (IRR) og intraklasse korrelasjoner (ICC) ble evaluert i studiene. Det er ikke oppgitt fra hvilket måletidspunkt opptakene av intervjuer ble skåret, men samlet sett vurderes samsvaret som adekvat. Det er også en styrke at de uavhengige bedømmerne ble testet for blinding, og at resultatene tilsvarte vellykket blinding. Det er uklart om det ble gjennomført ny test for blindhet ved 1-års oppfølgingen eller om det er samme resultater fra hovedstudien som presenteres i oppfølgingsundersøkelsen. Det samme gjelder for rapportering av samsvar mellom diagnoser og utfallsvariabler, der antallet lydopptak som er skåret og resultatene ved oppfølgingsvurderingen er identiske med hovedstudien. Ved 3-års oppfølging er det angitt at samme prosedyrer som ved effektstudien fra 2014 er benyttet.

Samlet sett vurderes den forskningsmetodiske kvaliteten i effektstudiene av DBT-A som god, og designet er godt egnet for å evaluere effekten av intervensjonen. Dette gjør det mulig å generalisere funnene til andre pasienter i vanlig klinisk praksis. Den høye andelen kvinner i studien er sannsynligvis representativ for denne pasientgruppen, men gjør det noe vanskelig å generalisere funnene til menn

Implementeringskvalitet

For at et tiltak skal fungere etter hensikten og dermed ha tilsiktet effekt er det viktig at utøveren av tiltaket følger manualen for behandlingen og at progresjonen i denne følges. Dette er viktig for å motvirke avdrift fra behandlingsopplegget og dermed en svekkelse av komponentene i behandlingen. I DBT-A er terapeutkontakten

avgjørende for å oppnå den ønskelige tiltakseffekten hos ungdommer i individualterapi og ferdighetsgrupper. Det finnes gode beskrivelser for å sikre metodeintegritet av DBT-A terapeuter gjennom utdanning, kursbevis, veiledning i team og individuelt. Teammøtene med ukentlige møter mellom DBT-A terapeutene ligner lokale implementeringsteam og vurderes å være strukturer som støtter opp om høy kvalitet og troskap i behandlingen. I forbindelse med den norske forskningen er det utviklet et verktøy for å måle terapeutenes etterlevelse av behandlingsmetoden, men det er uvisst hvorvidt dette benyttes i implementeringsøyemed. Det foreligger ikke studier/evalueringer som rapporterer kvantitative data om hvorvidt DBT terapeuter faktisk utfører behandlingen på slik måte den er ment å utføres eller andre evalueringer av implementeringskvalitet for DBT team i Norge. Selv om programmet inneholder omfattende beskrivelser av opplæring, eksamen og godkjenning hos NSSF, savnes metoder for måling av implementeringskvalitet underveis i programmet, både på foretaks-, team- og terapeutnivå. I fremtidige evalueringer og videre implementering av DBT-A er det ønskelig at implementeringen blir målt med reliable kartleggingsverktøy.

Det finnes ingen beskrevet strategi for tilpasning av tiltaket, verken med tanke på utvikling av mer norsk materiell, grad av foreldreinvolvering, utvikling av materiell til minoritetsetniske grupper, samt beskrivelser av tilpasning av tiltaket til ulike behandlingskontekster (f. eks poliklinisk behandling vs behandling ved innleggelse på avdeling).

Konklusjon

DBT-A har et solid teoretisk fundament. Programmet er godt beskrevet og er et av svært få behandlingsprogram for ungdom med selvskadning og selvmordsrisiko. Resultater fra én norsk effektstudie tyder på at programmet kan bidra til redusert grad av selvmordstanker og selvskadning sammenlignet med forsterket vanlig behandling for ungdom i alderen 12-18 år. Effekten er vist å holde seg over tid for enkelte av utfallsmålene. Effekter på flere hovedutfallsmål og informasjon om/analyser av troskap mot tiltaket kunne imidlertid styrket

effektstudien ytterligere. Dokumentasjon fra studier med et løpende monitorerings- og feedbacksystem for å sikre nødvendig implementeringskvalitet over tid anbefales. På bakgrunn av ovenstående vurderinger, klassifiseres tiltaket som funksjonelt virksomt på evidensnivå 4: Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

Referanser

- Brager-Larsen, A. T., Magnussen, S. & Hestetun, I. (2007). Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(12), 1475-1484. <https://psykologtidsskriftet.no/node/14302/pdf>
- Grøholt, B., Haga, E., Tørmoen, A. J., Ramberg, M. & Mehlum, L. (2015). Screening for selvskadning i barne-og ungdomspsykiatriske poliklinikker- erfaringer fra rekruttering til en randomisert kontrollert studie. *Suicidologi*, 19(3), 24-29. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2269>
- Haga, E., Grøholt, B., Tørmoen, A. J., Aas, E. & Mehlum, L. (2015). Økonomisk evaluering av behandling for ungdom med villet egenskade-hvorfor og hvordan? *Suicidologi*, 19(3), 30-35. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2270>
- Hawton, K., Witt Katrina, G., Taylor Salisbury Tatiana, L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., . . . Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012013/abstract> doi:10.1002/14651858.CD012013
- Kornør, H. & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL). *Psyktestbarn*, 1:3. <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/cbcl>
- Kornør, H. & Skarphedinsson, G. Á. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (6-18)(Kiddie-SADS-PL). *Psyktestbarn*, 1:2. <http://psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/k-sads-pl>
- Linehan M. M. & Korslund, K. E. (2003). *Dialectical behavior therapy adherence manual*. Seattle: University of Washington.
- Mehlum, L. (2009). Clinical challenges in the assessment and management of suicidal behaviour in

- patients with borderline personality disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(3), 184-190.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00000440>
- Mehlum, L. & Holseth, K. (2009). Selvskading - hva gjør vi? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 129(8), 759-762. doi: 10.4045/tidsskr.08.0378
- Mehlum, L., & Jensen, A. I. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 126(22), 2946-2949. doi: 10.5617/suicidologi.1737
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., . . . Groholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., . . . Groholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1112-1122.
[doi:10.1111/jcpp.13077](https://doi.org/10.1111/jcpp.13077)
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Mehlum, L. & Tormoen, A. J. (2014). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi*, 19(3), 3-8.
<https://doi.org/10.5617/suicidologi.2266>
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2015). Dialektisk atferdsterapi for ungdommer med gjentatt suicidal og selvskadende adferd – en randomisert kontrollert undersøkelse. *Suicidologi*, 19(3).
<https://doi.org/10.5617/suicidologi.2268>
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSSF). (2020, 27 mars). *Fakta om selvskading*.
https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvskading/selvskading/nssf_hva-er-selvskading.pdf
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSSF). (2020, 29 juli). *Om DBT*.
<https://dbt.no/om-dbt/>
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSSF). (2020, 30 juli). *Om oss*.
<https://dbt.no/om-oss/>
- Ramleth, R. K., Groholt, B., Diep, L. M., Walby, F. A., & Mehlum, L. (2017). The impact of borderline personality disorder and sub-threshold borderline personality disorder on the course of self-reported and clinician-rated depression in self-harming adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 22. doi:10.1186/s40479-017-0073-5
- Richter, J. & Sund, A. M. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av the Mood and Feelings Questionnaire-Humøret Ditt (MFQ). *Psyktestbarn*, 3:1. doi: 10.21337/0018
- Tormoen, A., Groholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., . . . Mehlum, L. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, adherence, and retention. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 432-444.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826156>
- Tormoen, A. J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., . . . Mehlum, L. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, adherence, and retention. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 432-444. doi:10.1080/13811118.2013.826156

Som alle artikler i Ungsinn, kan denne fagfelleverderte artikkelen arkiveres og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se bunntekst), ingen kommersiell bruk og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

Mottatt 19.12.2019
 Godkjent 31.08.2020
 Publisert 21.09.2020
 Redaktør: Monica Martinussen