

**«Ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading; Hva styrer DBT
behandlerens valg mellom å gi ansvar og å ta ansvar?»»**



Helsevitenskapelig fakultet

Master i Relasjonsbehandling med tema:

E-MREMAS Master oppgave (30 studiepoeng)

Student: Tone Anette Stuvik Stålesen

Veileder: Johannes Hendrik Langeveld

Dato: 21.05.21

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2021

FORFATTER/MASTERKANDIDAT:

Tone Anette Stuvik Stålesen

VEILEDER: Johannes Hendrik Langeveld

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading; Hva styrer DBT behandlerens valg mellom å gi ansvar og ta ansvar?

Engelsk tittel: Young people with chronic suicidality and self-harm; what influence the dbt therapist's choice between giving responsibility and taking responsibility?

EMNEORD/STIKKORD:

Ungdom, kronisk suicidalitet, ansvar, Dialektisk atferdsterapi

ANTALL SIDER: 51

STAVANGER 21.05.2021

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammenfatning

Abstract

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Samfunnsaktuelt tema	2
1.3 Problemstilling og formålet med studien	4
1.4 Avgrensinger og begrepsavklaringer	5
1.5 Disposisjon	5
2.0 Teoretisk rammeverk	6
2.1 Suicidalitet	6
2.2 Kronisk suicidalitet	7
2.3 Dialektisk atferdsterapi	8
2.4 DBT behandleren	10
2.5 Relasjonens betydning	14
2.6 Ansvar	19
3.0 Metode og metodiske overveielser	21
3.1 Kvalitativ metode	21
3.2 Vitenskapsfilosofisk ståsted	22
3.2.1 Positivistisk og hermeneutisk perspektiv	22
3.3 Design	24
3.4.1 Inklusjons og eksklusjons kriterier	24
3.4.2 Utvalg og rekruttering	25
3.4.3 Intervjusituasjonen	25
3.4.4 Transkribering	27
3.5 Forskningsetiske vurderinger	27
3.6 Forforståelse	28
3.7 Analyse	29

3.8. Pålitelighet	31
3.9 Gyldighet og overførbarhet	32
4.0 Presentasjon av funn	33
4.1 Støtte og motstand: «Er behandleren den store, stygge ulven?»	34
4.1.1 Metoden	34
4.1.2 Samarbeidspartnere	35
4.2 Relasjonelle faktorer – «Livsviktig»	36
4.2.1 Kvalitet ved relasjonen	36
4.2.2 Overføring og motoverføring	37
4.3 Forståelse av ansvar- «Veien til frihet»	39
4.3.1 Menneskesyn	39
4.3.2 Hva kan man ikke ha ansvar for?	40
5.0 Diskusjon	42
5.1 Støtte og motstand	42
5.2 Relasjonelle faktorer	44
5.3 Forståelsen av ansvar	47
6.0 Avslutning	50
6.1 Oppsummering	50
6.2 Konklusjon	50
Referanseliste	52
Vedlegg 1:Forkortelser	56
Vedlegg 2: Intervjuguide	57
Vedlegg 3: Informasjons og samtykke skjema	58
Vedlegg 4: Godkjenning fra Personvernombudet ved SUS	60
Vedlegg 5: Godkjenning av Klinikksjef	62

Sammenfatning

Bakgrunn

Det har de senere år vært økt fokus på selvmord og selvmordsforebygging i Norge. Nasjonale retningslinjer og handlingsplaner legger føringer for arbeidet med ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading. Dialektisk atferdsterapi er en effektiv metode i behandling av denne gruppen.

Hensikt

Denne studien søkte ytterligere kunnskap om hva som styrte behandlere i dialektisk atferdsterapi sitt valg mellom å gi ansvar eller ta fra ansvar, i behandling av ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading.

Metode

Dette var et kvalitativt forskningsprosjekt og informasjonsinnhenting ble gjort ved semi-strukturerte intervju av fire behandlere. Analysemetoden var Systematisk tekst kondensering.

Resultat

Analyseprosessen gav tre resultat kategorier: støtte og motstand, relasjonelle faktorer og forståelse av ansvar.

Konklusjon

Undersøkelsen viste at de intervjuede behandlerne i dialektisk atferdsterapi for ungdom ble styrt av ulike faktorer i valget mellom å gi og ta ansvar. En faktor var selve metoden en annen var samarbeidspartner og skjulte interpersonelle mekanismer som overføring og motoverføring. Andre faktorer handlet om menneskesyn og hvordan forståelse av ansvar kan virke inn på behandlingen. Det å vite hva man ikke kan ha ansvar for ble også en styrende faktor. Informantene er enige om at når ansvar brukes på en omsorgsfull måte så kan det styrke ungdommens selvstendighet og styring i eget liv.

Selvskading og suicidal atferd gir høye personlige og samfunnsøkonomiske kostnader. Det kan derfor være lønnsomt å tilrettelegge for økt og riktig bruk av ansvar i behandlingen av kronisk og selvskadende ungdom.

Abstract

Background

In recent years, there has been an increased focus on suicide and suicide prevention in Norway. National guidelines and action plans provide guidelines for working with young people with chronic suicidality and self-harm. Dialectical behavior therapy is an effective method of treating this group.

Purpose

This study sought further knowledge about what guided therapists in dialectical behavior therapy in the choice between giving responsibility and taking responsibility, in the treatment of adolescents with chronic suicidality and self-harm.

Method

This was a qualitative research project and the information was obtained by semi-structured interviews of four DBT therapists. The analysis method chosen was Systematic Text Condensation.

Result

The analysis gave three result categories: support and resistance, relational factors and

Conclusion

The study showed that the interviewed therapists in dialectical behavior therapy for young people were influenced by various factors in the choice between giving and taking responsibility. One factor was the method itself another was collaboration and hidden interpersonal mechanisms such as transference and countertransference. Other factors was about therapist`s view of people and how understanding the responsibility can affect the treatment. Knowing what one cannot be responsible for also became a factor of influence. It is agreed that when responsibility is used with care it can strengthen the youth`s independence and control in one own lives.

Self-harm and suicidal behavior result in high personnel and socio-economic costs. It can therefore be profitable to facilitate increased and correct use of responsibility in the treatment of chronic and self-harming young people.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært mer givende, interessant og lærerikt enn jeg så for meg på forhånd. Forskningsprosessen utfordret meg til å gå i gang med nytt og ukjent materiale.

Prosessen har vært møysommelig og krevende, men også inspirerende og spennende!

Stor takk til velviljen jeg møtte hos DBT behandlerne som deltok i undersøkelsen.

Masteroppgaven hadde ikke blitt til uten deres rause deling av erfaringer fra praksis.

Takk til ektefelle Roger Bertelsen som har fungert som støtte, kritiker og tekst konsulent.

Takk til fleksibel og støttende arbeidsgiver som har lagt til rette for utdanningsløpet.

Hjelpen fra bibliotekar Kari Hølland var uvurderlig til å få meg i gang med søk i databaser samt hjelp underveis! Takk også til Charlotte Eng for rask og kyndig bistand i å finne frem riktige tall fra systemet.

Sist, men slett ikke minst: stor takk til veileder Johannes Langeveld som har gitt meg nødvendige og konstruktive tilbakemeldinger og som har satt i gang mang en tankeprosess som har kommet masteroppgaven til gode!

Stavanger, Mai 2021

Tone Stålesen

**«Tanken på selvmord er en stor trøst;
med den kan en komme seg velberget
gjennom mang en tung natt»**

Nietzsche

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv mord er et aktuelt samfunnsmessig tema og det reflekteres både i media og på politisk plan. Solberg regjeringen gav i september 2020 ut en handlingsplan for forebygging av selvmord. Handlingsplanen kalles også for nullvisjonen for selvmord (Helse-og omsorgsdepartementet, 2020). Der vektlegges et felles samfunnsansvar for å forebygge og forhindre selvmord. Fenomenet betraktes nå like mye som et samfunnsproblem som et helseproblem. Det utvidede perspektivet speiles i at åtte ulike departementer har deltatt i arbeidet med nullvisjonen.

En nullvisjon for selvmord presenteres som en verdi man kan oppnå med systematisk arbeid. Det siktes mot å redusere antallet selvmord fra rundt 600 årlige til 0. Handlingsplanen søker økt kunnskap om forbedringspunkter slik at forebygging og behandling blir mer effektiv (Polyteknisk forening, 2020).

I tråd med nullvisjonen skal alle selvmord fremover kartlegges med tanke på hva som kunne forhindre dødsfallet. Kartlegging av metodene handler blant annet om å gjøre forebyggende tiltak som sikring eller vanskeliggjøre tilgangen til dødelige midler. Man kan blant annet lese at barn og ungdom bør beskyttes mot triggende innhold på sosiale medier (Helse-og omsorgsdepartementet, 2020).

Dialektisk atferdsterapi som fremover forkortes til DBT, vektlegger økte ferdigheter til å håndtere kriser, mer enn skjerming fra krisene. Her møtes tilsynelatende to motsatte perspektiv på hvordan selvmord kan reduseres. Men kanskje er ikke de to tilnærmingene gjensidig utelukkende?

Beskyttelse kan redde liv ved akutt suicidal fare. I situasjoner med betydelig fare for at pasienten kan ta sitt eget liv eller skade seg selv og andre, har helsepersonell plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i form av sykehusinnleggelse (U. F. Malt, Andreassen, Malt, Melle & Årsland, 2018, s. 756). Ungdom med kronisk suicidalitet trenger samme beskyttelse som andre når de er i den suicidal fase i akuttfasen. Det kan da være riktig å øke sikkerhetstiltakene rundt pasienten ved en kort innleggelse eller øke sikkerhetstiltak hjemme.

Professor i psykiatri Lars Mehlum som har vært rådgiver til handlingsplanen er også leder for DBT utdanningen i Norge (Polyteknisk forening, 2020). Mest sannsynlig er

begge de nevnte perspektivene ivaretatt. Med utgangspunkt i Nullvisjonen kan man likevel undres over om den kortsiktige effekten av tiltak kan hindre bedring på lang sikt.

DBT- A (Adolescence) er en behandlingsmetode for ungdom med selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvskading. Metoden legger til grunn at det er bedre å lære seg å mestre kriser enn å bli skjermet for det vanskelige. Slik kan ungdommen komme seg gjennom vanskene og jobbe mot et godt liv på lang sikt.

Studien søker mer kunnskap om hva som påvirker DBT behandlere i å gi eller ta fra ansvar. Handler det om frykt for ikke å være god eller flink nok som terapeut? Hvordan påvirker samfunnsmessige holdninger om at alle selvmordstruede kan reddes? Kan redselen for å miste en pasient i selvmord resultere i for mye eller for lite beskyttelse i et langsiktig perspektiv? Hvor stor påvirkningskraft har skjulte interpersonelle faktorer i behandlingsrelasjonen?

Oversikt over forkortelser brukt i teksten ligger som vedlegg nr.1

1.2 Samfunnsaktuelt tema

Ari Behns selvmord julen 2019 førte til medieoppmerksomhet mot blant annet behandling av selvmord. Noen måneder senere ble handlingsplanen for forebygging av selvmord lansert (Helse-og omsorgsdepartementet, 2020).

Noe av budskapet til statsminister Erna Solberg har vært at selvmord er et folkehelseproblem og et samfunnsproblem som rammer mange. I Norge dør mellom 500 og 600 mennesker i selvmord hvert år og i tillegg kommer mørketallene. Dette er punkter fra Solberg sin tale på verdensdagen for forebygging av selvmord i fjor (regjeringen.no, 2020).

Mens denne forskningsundersøkelsen pågår økes fokuset på selvmord ytterligere. I slutten av 2020 lanserte Helse Vest en kampanje mot selvmord på tv og i sosiale medier.

NRK sender i januar 2021 andre sesong av ungdomsserien «Rådebank» som tematiserer psykisk helse og selvmord. 19. mars 2021 har Stavanger Aftenblad en lengre artikkel om historier til familier som har mistet ungdommer i selvmord (Aasheim & Røren, 2021).

I et seminar om Handlingsplanen for selvmordsforebygging rapporteres det i årene 1996-2015 en drastisk reduksjon i antall av menn som tar selvmord i aldersgruppen 15-24 år. Samme reduksjon fant man ikke hos kvinner som i utgangspunktet har hatt lavere suicid tall. Antallet unge mennesker som tar suicid er lavt. Dette handler om at det er få unge mennesker som dør uavhengig av årsaker. Omfanget av selvmord kommer tydeligere frem i statistikken som viser at 25% av alle dødsfall under 25 år er selvmord (Polyteknisk forening, 2020).

I følge Dødsårsaksregisteret 2018, døde 84 personer i aldersgruppen 1-17 år. De fleste av kreft. Totalt døde 24 barn av kreft i Norge i 2018. 18 unge døde av "andre sykdommer". Selvmord krevde 13 liv i den yngste aldersgruppen (Folkehelseinstituttet, 2020).

Det er ennå tidlig å si noe om hvordan den pågående pandemien påvirker selvmordsraten i Norge. Forskning på selvmord i pandemiens tre første måneder angir ingen indikasjoner på økning (Qin & Mehlum, 2021). Det er nylig gjennomført flere undersøkelser om unge og psykisk helse etter et år med pandemi. Det såkalte «Kjøs utvalget» med mandat om å se på følgene av pandemien konkluderer blant annet med at unge og aleneboende er hardt rammet (Folkehelseinstituttet, 2021). Statens undersøkelseskommissjon for helse -og omsorgstjenesten, kalt Ukom fremla i mars en rapport om barn og unges psykiske helse. Her fremkommer det blant annet at det er en økning av hjelpesøkende og at det er mer alvorlige psykiske lidelser og hos yngre barn/ungdom enn før. Det gjelder blant annet depresjon, selvskading og selvmordstanker (Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, 2021).

Klinikk for psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (PH BURA) ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) har registrert en markant økning i henvendelser. Jeg har valgt å inkludere interne rapporter for å kunne gi mest mulig oppdaterte tall fra vårt nærrområde.

Tabell 1 viser tall fra Rapport 9801 i DIPS som er datasystemet til SUS, hentet ut av førstesekretær Charlotte Eng i AAUT. Tallene er antall henvisninger til AAUT, poliklinikkene i BUP Stavanger samt antall innleggelser på sengepostene.

Det fremkommer en økning på rundt 41 % i henvisningene til hele BUP Stavanger fra 2019 til 2021. Tallene sier ikke noe om antall avviste henvisninger.

Tabell 1: Antall henvisninger til BUP Stavanger

Tidsperiode	Jan-april 2019	Jan-april 2020	Jan-april 2021	Hele 2019	Hele 2020
Akuttambulans Ungdomsteam(AAUT)	74	60	106	198	201
Poliklinikkene (inkl. AAUT)	1319	1122	1812	3685	3857
Sengepostene for ungdom (akutt innleggelser)	47	47	125	174	183

1.3 Problemstilling og formålet med studien

Det er smertefullt å miste noen i selvmord og kanskje spesielt når det er unge mennesker som dør. FHI regner omtrent ti etterlatte per selvmord altså 5000-6000 nye etterlatte årlig. Studier viser høy forekomst av posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte etter selvmord (Folkehelseinstituttet, 2014). Etterlatte rapporterer om høyere nivåer av avvsningsfølelse, skam, stigma og behov for å skjule det som har skjedd, enn ved andre dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2014). Familie og venner, men også profesjonelle behandlere rammes ved selvmord.

Behandlere i barne- og ungdomspsykiatrien jobber i spenningsfeltet mellom samfunnsstrømninger og faglig kunnskap. Jeg ønsker å se nærmere på hva som påvirker behandlere i bruk av ansvar. DBT behandlere jobber direkte og uttalt med ungdom med selvmordsproblematikk. Problemstillingen er derfor utformet spesifikt til å omhandle DBT behandlere.

Problemstillingen er: Ungdom med kronisk selvskadings og suicidalitetsproblematikk; hva styrer DBT behandlerens valg mellom å gi ansvar eller ta fra ansvar?

Hensikten med studien er å svare på problemstillingen.

Målet er økt kunnskap som kan bidra til mer effektiv DBT behandling.

1.4 Avgrensinger og begrepsavklaringer

Behandlere og terapeuter brukes om hverandre og benevner lege, psykolog, vernepleier, sykepleier, sosionom eller barnevernspedagoger som har behandleransvar.

Undersøkelse, forskningsprosjekt og studie brukes om hverandre.

Pasientgruppen benevnes som ungdom (13-18 år).

Ungdommene det refereres til i oppgaven har kronisk suicidalitet og selvskading. De har trekk av Emosjonell Ustabil Personlighetsforstyrrelse, som forkortes til EUP.

Andre diagnosegrupper med suicidalitetsproblematikk, som eksempelvis ungdom med primær psykoselidelse eller depresjon utelates.

1.5 Disposisjon

Kapittel 1 gjør innledningsvis rede for hvorfor selvmord og behandling er et aktuelt tema. Kapitlet handler også om samfunnsmessige strømninger og påvirkning av behandlingen av selvmordstruede ungdom. Kapittel 2 beskriver teori og forskning om suicidalitet, dialektisk atferdsterapi og ansvar og som er relevant ut i fra problemstillingens ordlyd. Kapittel 3 beskriver både vitenskapsfilosofisk forståelse og valget av metode og analysemetode ut ifra denne. I kapittel 4 presenteres resultatkategoriene. Kapittel 5 diskuterer resultatkategoriene mot relevant teori.

Kapitlet avsluttes med å vurdere undersøkelsens styrker og svakheter og tanker om fremtidig forskning.

Kapittel 6 gir en avsluttende oppsummering og konklusjon fra forskningsprosjektet.

2.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet beskriver relevant teori for problemstillingen. Først presenteres feltet suicidologi og kronisk suicidalitet, deretter opprinnelse og behovet for utviklingen av DBT og beskrivelser av noen behandlingsmekanismer. Videre omtales DBT behandleres arbeidsfelt og rammer før relasjonens betydning blir presentert. Kapitlet avsluttes med et avsnitt om hvordan begrepet ansvar kan forstås med implikasjoner for bruk i praksis.

2.1 Suicidalitet

Fagområdet suicidologi er komplekst og rommer teorier og forståelser fra flere fagfelt. Begrepet suicidalitet er således komplisert å forklare og avgrense. Alec Miller, professor i barne- og ungdomspsykologi og en av grunnleggerne av ungdomsutgaven av DBT, hevder fagfeltet suicidologi mangler tydelige definisjoner. Det er ikke begrepsmessig enighet verken om selvmordsforsøk eller selvskaade, og fagfolk bruker ulike ord for samme atferd (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Folkehelse rapporten definerer suicid slik: «*Selv mord, også kalt selvdrap eller suicid, er resultatet av en selvpåført skade og et villet ønske om å dø*» (Folkehelseinstituttet, 2014).

I Legevakts håndboken kan en lese dette om suicidalitet: «*Noen mennesker lever med tilnærmet konstante selvmordstanker og -planer (kronisk suicidale). Disse må ofte håndteres annerledes enn mennesker med akutt ny oppstått suicidalitet* (Blinkenberg & Johansen, 2012).

Her skilles det mellom akutt og kronisk suicidalitet.

Akutt suicidalitet forekommer som en alvorlig, kritisk og kortvarig fase som kan ramme mennesker uavhengig av diagnose (Stangeland, 2016a). Kronisk suicidalitet knyttes ofte opp til diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP). EUP kan også ha akutte suicidale kriser (Ekeberg, Hartveit, Urnes, E. Ulltveit-Moe & Hem, 2019).

I artikkelen «Kronisk suicidal?» vises det til at det medisinske fagfeltet ofte setter en grense mellom akutt og kronisk suicidalitet ved seks måneder. Mens andre ikke anerkjenner en slik deling. Videre diskuterer artikkelen definisjonen av suicidalitet. Psykiateren Joel Paris avgrensner suicidalitet til «*tanker og atferd hos pasienter som tenker på selvmord, som kutter seg, tar mildere overdoser eller utfører livstruende handlinger*». Artikkelen problematiserer at ikke- livstruende handlinger kategoriseres som suicidale. «*Etter vår oppfatning bør ordet reserveres til tilstander hvor et menneske har ønsker og planer om å ta livet sitt, og at planene omfatter en tro på at selvmords handlingen vil være dødelig*» (Ekeberg & Hem, 2017).

2.2 Kronisk suicidalitet

Kronisk suicidalitet kan forstås som å ha selvmordstanker og planer mer eller mindre konstant eller som hyppig tilbakevendende (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015) Ekeberg og Hem, referert til i forrige avsnitt, antar at langvarige depresjoner kan gi et like kontinuerlig suicidal trykk som EUP. Videre anses selve begrepet kronisk suicidalitet som upresist og dermed lite anvendbart.

Kronisk suicidalitet knyttes ofte til atferd og fungering av EUP. ICD-10 diagnosen F60.3 innebærer impulsivitet uten konsekvenstenkning. Stemningsleiet er ofte svingende og ustabil. En har vansker med planlegging og kan få voldsomme sinneutbrudd ved motgang, kritikk eller at ting ikke går som forventet (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999s.124). Forstyrrelsen deles i ustabil type og borderline type. I motsetning til ICD-10 har DSM-V utgitt av den amerikanske psykiaterforeningen, samlet impulsiv type og borderlinetype i diagnosen borderline (U. F. Malt et al., 2018, s. 659-663).

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord, er poliklinisk oppfølging anbefalt behandling av kronisk suicidalitet. Gjerne kombinert med gruppebehandling, og det advares mot lange innleggelse (Sosial-og helsedirektoratet, 2008). Mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har 10-15 ganger høyere risiko for å ta livet sitt enn andre (Mehlum & Jensen, 2006).

Selvskading og selvmordsforsøk er vanligere hos jenter enn gutter. Likevel er det flere gutter enn jenter gjennomfører selvmord (Norsk barnelegeforening, 2019).

Ungdom som sliter med jevnlig selvmordstanker har ofte sterke følelser som er vanskelige å regulere. Selvdestruktiv og farlig atferd kan bli måten de ber om hjelp på. Følelsene må reguleres for at trangen for skadelige handlinger minsker. Helsehjelpen kan være å fjerne farlige gjenstander eller å legge dem inn på sengepost. Ulempen ved en sykehusinnleggelse er at ungdommen ikke nødvendigvis blir bedre rustet til følelsesregulering i ettertid. Ungdommene opplever ofte hyppige kriser og søker ofte selv hjelp. Omsorgen og beskyttelsen ved en innleggelse kan gi økt destruktivitet på lang sikt. (Berglund et al., 2015).

2.3 Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi ble utviklet av psykologen Marsha Linehan på 1980 tallet i USA. Hun har selv en historie med selvskading og suicidalitet fra sin ungdomstid. Hun ble på et tidspunkt diagnostisert med Schizofreni og medisinert deretter. EUP eller Borderline diagnosen fantes ikke da hun ble syk, og mest sannsynlig ble Schizofreni diagnosen brukt i mangel på noe bedre (Grohol, 2011). Linehan utdannet seg etter hvert til psykolog og professor i psykiatri. Hun ønsket å gjøre noe med behovet for en mer effektiv behandlingsform av kronisk suicidalitet og selv skade.

Opprinnelig var DBT et behandlingstilbud til kvinner med EUP og har elementer fra kognitiv atferdsterapi, læringsteori, dialektikk og zen filosofi (Nasjonalt senter for selvmordsforskning forebygging, 2020b). Målet er å få et liv som er verdt å leve og dermed redusere behovet for selvdestruktive handlinger. DBT søker en balanse mellom å akseptere livet og samtidig se på de livsfaktorene som faktisk kan endres for å få det bedre (Nasjonalt senter for selvmordsforskning forebygging, 2020a). Dialektikken kommer til syne blant annet i forståelsen av at to sannheter kan eksistere samtidig. Den dialektiske forståelsen har utviklet metoden fra et atferds teoretisk utgangspunkt til å innlemme psykodynamiske elementer (Miller et al., 2007). Ordet dialektisk viser blant annet til den sterke relasjonelle betydningen i metoden (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009).

Hver DBT terapeut skal legge frem en grundig kasusformulering av ungdommen som en har i individual behandling for resten av konsultasjonsteamet. En kasusformulering er en beskrivelse av ungdommens utvikling, nåværende fungering og vedlikeholdende

faktorer (Kennair & Hagen, 2014). Hensikten er å gi grunnlag for forståelse av ungdommen. Den bio-sosiale modellen er grunnleggende i DBT og forklarer medfødte sårbarheter og miljømessige påvirkninger i ungdommens utviklingen (Miller et al., 2007). Det kan trekkes en linje til psykodynamisk forståelse av ungdommens psykiske fungering. Perspektivet innebærer ubevisst atferd, motiver og mentale mekanismer for å forstå ungdommen. I en psykodynamisk behandlingsrelasjon ses ungdommens aktuelle fungering som formet og påvirket av tidligere relasjoner. Ungdommen oppfatter behandleren og terapien med bakgrunn i tidligere relasjonelle erfaringer (Nissen-Lie, 2018).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging beskriver DBT slik på sine nettsider:

«Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en empirisk validert behandlingsmetode for personer med kronisk suicidalitet, selvskading og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. DBT antar at emosjonell reguleringssvikt er underliggende årsak til dysregulert atferd, og kombinerer en kognitiv - atferdsorientert tilnærming med valideringsterapi. Behandlingen er prinsippstyrt og delvis manualbasert, og inneholder flere modaliteter» (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, 2020a).

DBT-A er et behandlingstilbud for barn og unge i alderen 12-19 år med selvskading og tidligere selvmordsforsøk (Reedtz & Wergeland, 2020). Det er en bearbeidet versjon av den originale DBT metoden, tilpasset ungdom. Tilpasningen ses blant annet i et kortere tidsforløp og at familie er inkludert i behandlingen.

Metoden har fire kjernekomponenter hvor den ene er ferdighetsgruppe en gang i uken. En annen kjernekomponent er ukentlig individualterapi. Det tredje elementet er telefonkonsultasjon med mulighet og forpliktelse til å ringe sin terapeut før en skader seg for å be om hjelp til å bruke ferdigheter. Det fjerde kjerneelementet er at alle DBT terapeuter er del av et konsultasjonsteam (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, 2020a). Det er to treff i uken for ungdommen, i tillegg til hjemmearbeid mellom ferdighetsgruppene.

DBT-A består vanligvis av en fire ukers «pretreatment» fase som en forberedelse for ungdom og foreldre. Her jobbes det med motivasjon og forpliktelse for behandlingen.

Foreldre eller foresatte deltar også i DBT, slik kan de støtte ungdommen og selv fremstå som rollemodeller i bruk av ferdigheter.

Varighet og organisering av gruppene varierer mellom 20-24 uker. DBT-A består av fire moduler: mindfulness, regulering av følelser, å finne mellomtingen og mellommenneskelige ferdigheter (Reedtz & Wergeland, 2020).

2.4 DBT behandleren

NSSF har siden 2006 drevet utdanningen av DBT-terapeuter og utvikling og oppfølging av DBT-team her til lands (Nasjonalt senter for selvmordsforskning -og forebygging, 2020a).

En DBT terapeut er enten lege- eller psykologutdannet med minimum to års klinisk erfaring eller treårig helse- eller sosialfaglig høgskoleutdannet. Sistnevnte skal i tillegg ha klinisk spesialistgodkjenning og/eller videreutdanning i psykisk helsearbeid/barn og unges psykiske helse. Unntak kan gjøres ved vurdering av kompetanse og erfaring (Nasjonalt senter for selvmordsforskning -og forebygging, 2020b).

Konsultasjonsteamet som alle DBT terapeuter er del av, må ha minst tre behandlere, og minimum 50% av teamet må være profesjonsutdannet lege eller psykolog.

DBT behandlere i Norge forholder seg til rammer og krav fra det offentlige helsevesenet og andre statlige instanser. Lov om psykisk helsevern § 3-3 er en av paragrafene som ligger til grunn for arbeid med psykiske lidelser.

Statens helsetilsyn er underlagt Helse og omsorgsdepartementet og har overordnet faglig tilsyn med blant annet helsetjenestene. Helsetilsynet skal blant annet ha beskjed om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient/bruker (Helsetilsynet, 2020).

Hendelsene skal evalueres med mål om å identifisere og følge opp risikoreducerende tiltak. Varslingsprosedyren er ment å bedre pasientsikkerheten (Helsetilsynet, 2020).

Behandlerens arbeidssted kan få et såkalt stedlig tilsyn etter en uønsket hendelse.

Stedlig tilsyn innebærer at Helsetilsynet fysisk besøker arbeidsstedet og snakker med ledere og helsepersonell som er involvert i hendelsen. Etter tilsynet utarbeides og oversendes en rapport til virksomheten. Helsetilsynet kan der komme med læringspunkter eller forbedringspunkter til virksomheten eller fagfeltet i disse

rapportene. Lovgrunnlaget hentes fra spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helsetilsynsloven § 6 (Helsetilsynet, 2020)

Artikkelen «Faglig motmæle til helsetilsynet» problematiserer læringspunktene fra helsetilsynets granskning av en tenårings suicid.

Læringspunktene handler om for dårlig beskyttelse mot mulige metoder å skade seg eller gjennomføre suicid. Det ble eksempelvis pekt på fysiske detaljer som pepperkaker som hang i hyssing og musikkinstrumenter med strenger. Helsetilsynet anser dette som uforsvarlige omgivelser på en sengepost for ungdom. Jenta som tok livet sitt var vurdert til å ha lav risiko for selvmord og var på en vanlig akutt post.

Forfatterne av artikkelen mener at konsekvensene av læringspunktene kan bli et sengepostmiljø mer preget av sikkerhet enn av miljøterapi. Hvis miljøet styres av sikkerhetstiltak på bekostning av trivsel og trygghet risikerer man ungdommene blir dårligere av innleggelse. Både individualterapien og miljøterapien på sengeposten tilstreber at ungdommen skal opparbeide seg ferdigheter til å mestre livet gjennom hverdagslige aktiviteter. Miljøterapi kan defineres på følgende måte:

Miljøet skabes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, sådan som disse viser sig i samspillet med patienterne, og som de oplevelse av patienterne. Miljøet skabes av bidrag fra patienter og personale indenfor fysiske, bygningsmæssige og lokalmæssige rammer, hvor også betydningens beliggenhed og fysiske omgivelser er vigtige faktorer. For mennesker med psykiske sygdom er miljøterapi å være og handle både i og udenfor afdelingsmiljøet/institutionens miljø over tid. (Thorgaard & Haga, 2014, s. 131)

I løpet av en vanlig dag bruker vi mange potensielt skadelige gjenstander.

Sykehusinnleggelse kan være helsehjelp som mobiliserer krefter og ressurser. Hvis ungdommen derimot skjermes for alt av krav og ansvar kan hverdagens utfordringer etter innleggelse oppleves uoverkommelige. Ungdommen kan feilaktig få inntrykk av at det å bli tatt vare på av andre, er det eneste som hjelper. Motstandskraften til å selv håndtere følelser og vanskelige situasjoner svekkes (Stangeland et al., 2018).

En annen konsekvens av læringspunktene kan være at behandlere blir redde og begynne å tvile på sine vurderinger. I tillegg til sorgen etter et suicid kan redselen for å «gjort

feil» og ha skyld i dødsfallet plage behandlerne. Et suicid medfører granskning og tilbakemelding på behandlingsinstansens arbeid. Generelle risikofaktorer for suicid finnes det kunnskap om, men ikke på et individuelt nivå. Det er ikke er mulig å peke ut hvilket individ som kommer til å ta livet sitt og derfor problematisk å hevde at noen skulle hatt mer beskyttelse i etterkant av et suicid (Stangeland et al., 2018).

De nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord definerer risikovurdering slik:

«Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon» (Sosial-og helsedirektoratet, 2008, s. 14).

Retningslinjene gir DBT behandleren i likhet med andre behandlere og helsepersonell plikt til å kartlegge eller vurdere risiko for suicid. (Sosial- og helsedirektoratet s.16)

Spesialist i psykiatri og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn Ewa Ness, undrer seg om disse kravene fungerer mer som beskyttelse for terapeuten enn behandling (Ness et al., 2015). Retningslinjene og kravene om utfylte vurderingsskjema kan være både beskyttelse og risiko for en behandler. Det kan bidra til beskyttelse hvis terapeuten har fulgt alle prosedyrer og kartleggingsskjema. Samtidig kan dette arbeidet gå på bekostning av behandlingsrelasjonen og forringe utbytte av behandlingen. Hvis terapeuten ikke har fulgt nasjonale anbefalinger og prosedyrer, og ungdommen tar livet sitt eller skader seg alvorlig, vil det kunne slå tilbake på behandler i granskingen i etterkant.

Behandlingen for psykiske lidelser er lovregulert i blant annet lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Muligheten til bruke av tvang er de siste årene redusert. Helsetilsynet har likevel gitt tilbakemelding på enkelte stedlige tilsyn i at selvmord kunne vært forhindre ved bruk av mer tvang (Ness et al., 2015).

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er organisert under Helse-og omsorgsdepartementet (HOD) og arbeider med erstatningskrav av behandlingsskader (Norsk pasientskadeerstatning). NPE har uttalt: *«De fleste selvmordene og selvmordsforsøkene skyldes svikt i behandlingen i form av mangelfull oppfølging eller sikring, mangelfullt tilsyn eller svikt i vurderingen av selvmordsfare.»* Fagfolk i denne etaten har altså vurdert at selvmordet kunne vært forhindre dersom oppfølgingen hadde vært bedre og flere tiltak iverksatt (Ness et al., 2015).

Prest og forsker Kjetil Moen benevner arbeid med mennesker i terminalfasen som relasjonsintensivt (Moen, 2016). Terminalfasen vil si når bedring eller helbred ikke er mulig (Kåss, 2020). Moen har skrevet en doktoravhandling som er basert på dybdeintervju av sykepleiere, leger og prester som jobber palliativt eller i akutte somatiske avdelinger. Palliativ omsorg er å lindre og ikke behandle sykdom (Lid & Klepp, 2018). Avhandlingen viser til at relasjonsintense yrker ikke er begrenset til somatikken eller de nevnte yrkesgruppene. Psykisk helsevern skal utrede og behandle psykiske lidelser som kan være både smertefulle og livstruende. Derav har Moens arbeid også relevans i samhandling med kronisk suicidale og selvskadende ungdom. En kan derfor si at DBT behandlere i BUP som arbeider med kronisk suicidale ungdom har et relasjonsintensivt arbeid.

Avhandlingen viser til at slike posisjoner kan føre til sekundær traumatisering for relasjonsarbeideren (Moen, 2016). Sekundær traumatisering er en spesifikk reaksjon alle som arbeider med traumatiserte mennesker står i fare for å utvikle. Det kan vise seg på samme fysiske og psykiske måte som traumatiserte mennesker opplever. Det kan likne på symptomer på PTSD uten at man selv har vært vitne til eller selv opplevd traumat. Man kan til og med begynne å ta etter pasientens opplevelse av verden (Isdal, 2017). Psykologspesialist Per Isdal har i mange år jobbet med voldsmenn og overgripere. På et tidspunkt skjønnte han at han hadde forandret seg som person og etter hvert koblet han endringen som resultat av sitt mangeårige arbeid (Thoresen, 2015). Isdal peker på at helsearbeidere eksponert for belastninger når de hører pasientenes historier om selvmordsforsøk, voldshistorier, og andre krenkelser (Isdal, 2017). Kontakten med mange slike traumehistorier over lengre tid kan utgjøre fare for sekundærtraumatisering.

Sekundærtraumatisering er noe annet enn overføring fra pasienten, men mekanismene kan absolutt henge sammen. Helsepersonell som møter traumeutsatte mennesker er mottakere av ubearbeidet materiale. Manglende bevissthet rundt potensiell overføring fra den traumeutsatte kan gi uønskede virkninger for helsepersonellet. Det er viktig å merke seg at dette skjer i en lengre tidsperiode og derfor kan helsepersonellets fungering endre seg uten at de selv merker det. En endring i empati og innlevelse med pasientene kan være et tegn i retning av sekundærtraumatisering. Kanskje reduseres også evnen til å være i kontakt med seg selv og det kompliserer bearbeiding av vanskelig materiale. Irritabilitet, dårlig hukommelse og konsentrasjon, tomhetsfølelse,

depresjon og angst og lav selvfølelse er alle symptomer på sekundærtraumatisering (Gratland & Nergård, 2017).

Moen viser til nyanser ved samme fenomen som peker til ulike begrep som vikarierende traumer og sekundærtraumatikk. Vikarierende traumer henspiller til de indre endringsprosessene hos behandleren av traumeutsatte pasienter. Helsepersonell møter traumeopplevelsene til pasientene med et empatisk engasjement som kan komme til å endre deres psykologiske utvikling. Begrepet omfatter ikke symptomene som sekundærtraumatisering fokuserer på (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Det er viktig å reflektere over hvordan eventuell utbrenthet, sviktende medfølelse og innlevelse påvirker behandlingen. Det kan være vanskelig å identifisere hvordan traumehistoriene treffer og utvikler behandlerens egne erfaringer og opplevelse.

I doktoravhandlingen refereres det til at relasjonsarbeiderne ofte plages med tanken om de kunne gjort noe annerledes slik at pasienten ikke hadde dødd. Dette til tross for at helsearbeiderne gav medisinsk hjelp helt på grensen til det som var mulig, altså at alt ble prøvd. Livet og dødens uforutsigbarhet og tilfeldigheter kan ikke styres, men helsearbeiderne føler likevel skyld ved dødsfall (Moen, 2016, s. 281).

2.5 Relasjonens betydning

Menneskets tilknytningsatferd skal sikre oss nødvendig omsorg og kjærlighet fra fødselen av. Tidlig tilknytning preger oss livet gjennom- «fra vuggen til graven» (Bowlby, 1997, s. 208). De tidlige relasjonelle erfaringene påvirker om vi blir trygge og selvstendige og tør å være nær andre (Wennerberg & Arneberg, 2011). Ungdom med EUP har ofte opplevd svikt i tidlige relasjoner og det kan forklare vanskene de har med å forholde seg til tanker og følelser (Schibbye, 2002).

Sigmund Freud er grunnlegger av psykoanalysen og han tolket blant annet psykologiske problemer til å handle om opplevelser i barndommen. Utvikling og tilknytningsteori har etter hvert fått stor innflytelse i psykodynamisk perspektiv. Psykoanalysen er utgangspunktet for mange psykologiske metoder og retninger, blant annet psykodynamisk psykiatri (Haugsgjerd et al., 2009). Menneskets ubevisste indre liv og konflikter kan vise seg ved en forstyrret atferd. Atferden er i seg selv ikke interessant utover at det gir signaler om underliggende problemer

Tradisjonelt sett har psykodynamisk forståelse befunnet seg langt fra en behavioristisk, atferds teoretisk forståelse. Den behavioristiske tradisjonen er interessert i atferden i seg selv og hevder at atferd og psykiske lidelser i stor grad handler om miljøet rundt individet. Situasjonen rundt personen vil ifølge behaviorismen forsterke og redusere atferd alt ettersom hva som oppleves som belønning eller straff. Det er nyttig å analysere situasjoner for oversikt over disse mekanismene. I motsetning til i psykodynamisk forståelse er det lite interesse for indre, ikke observerbare menneskelige fenomener. Kognitiv atferdsterapi kan sees som en moderne versjon av behaviorisme (Haugsgjerd et al., 2009).

DBT har utviklet seg fra en kognitiv tradisjon og har nå tatt til seg psykodynamiske trekk som eksempelvis viktigheten av relasjonell kvalitet. Det kan tenkes at ungdommen ubevisst søker en foreldreomsorg hos behandleren mer enn behandling av vanskene (Gabbard & Wilkinson, 1996). Skal behandleren kunne bli bevisst en seg en slik potensiell agenda er det viktig med tydelige rammer rundt behandlingen. Hvis rammen brytes er det en indikasjon på overføringsmekanismer (Gabbard & Wilkinson, 1996).

Arbeidsalliansen kommer forut for en god terapeutisk allianse (Gabbard & Wilkinson, 1996). Denne forståelsen fordrer at ungdommen og behandleren har en felles forståelse av rammene rundt behandlingen. Terapeutisk allianse er noe mer enn arbeidsallianse. Terapeutisk allianse kan forklares som enighet mellom pasient og behandler om et felles mål, hver deres oppgaver og emosjonelle bånd som ligger til grunn for alliansen (Bordin, 1979). Terapeutisk allianse er en videreutvikling av begrepet arbeidsallianse. Arbeidsalliansen kan styrkes ved at terapeuten er trygg i metoden, har mulighet til fleksibilitet og kunne regulere negative følelser (Bjerke, 2016). Det samme er en ikkekritisk holdning hos behandleren og fokus og bevissthet om interpersonlige prosesser.

Samarbeidet kan svekkes om behandlingen oppleves krevende (Bjerke, 2016).

En solid terapeutisk allianse gir god prognose for behandlingsresultatet. Ungdommen må være oppmerksom og bevisst i den terapeutiske alliansen, og således er det noe annet enn ubevisste overføringer (Bjerke, 2016). Terapeutisk allianse samsvarer med fokuset DBT har på samarbeid, gjensidig tillit og felles mål.

Psykodynamisk og kognitiv terapi har som nevnt hatt ulik forståelse og vektlegging av terapeutisk allianse. Psykodynamikerne har betont den emosjonelle koblingen mellom ungdom og behandler. Atferdsterapeutene har derimot hatt fokus på målet med behandlingen. Retningene har nærmet seg hverandre og forskjellene er vanskeligere å få øye på. Atferdsterapeutisk tradisjon har i større grad inkludert overføringenes plass i terapeutisk allianse (Falkum, 2018).

Overføring betegner de følelser og væremåter som kontakt med behandler vekker hos pasienten selv (U. Malt, 2019). Overføring er et komplekst begrep og forenklet kan en si at en opprinnelige relasjon oppleves på ny med nye personer. Det er som om ungdommen ønsker en ny versjon av en tidligere relasjonell hendelse (Schibbye, 2002). Samtidig prøver kanskje ungdommen å ikke huske den opprinnelig hendelsen, for å beskytte seg mot smerten (Schibbye, 2002). Anne Lise Løvlie Schibbye referer til at Freud allerede tidlig på 1900 tallet, anså at overføringens virkninger var essensielle i behandlingsrelasjonen. Freud mente at den ubevisst påvirkningen kunne reduseres ved at man fokuserte på fenomenet (Schibbye, 2002). Disse fenomenene er fortsatt aktuelle. Nåtidens diskusjoner speiler en viss uenighet om viktigheten av å tolke overføringer i terapien. Den norske FEST-IT studien av ungdom med alvorlig depresjon konkluderer med at overføringsarbeid i behandlingen kan forsterke effekten (Ulberg R et al., 2021).

Motoverføring omfatter alle de følelser og væremåter, bevisste som ubevisste, som en pasient vekker i en behandler (U. Malt, 2019). Behandlere som handler uten bevissthet om egne motoverføringer, vil kunne oppleve negativt samspill hvor deres nøytralitet og terapeutiske distanse settes ut av spill (Berglund et al., 2015). God pasientsikkerhet kan knyttes til en kunnskapsbasert praksis hvor tiltakene er basert på en gyldig og pålitelig forskning (Regionsenter for barn og unges psykiske helse, 2018).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT), skjematerapi (SFT), overføringsbasert psykoterapi, kognitiv analytisk terapi og Dialektisk atferdsterapi (DBT) er alle evidensbaserte behandlingsmetoder for EUP. Professor i psykiatri og stifter av Institutt for mentalisering, Sigmund Karterud hevder at MBT har best dokumentert effekt på voksne med EUP i Norge. Når det kommer til behandling av ungdom i Norge kan DBT dokumentere gode resultater (Karterud, 2018).

Lars Mehlum, professor i psykiatri og leder av Norsk Senter for Selvmord og Selvskading (NSSF) er også leder for DBT utdanningen i Norge. Han peker på at DBT

har et omfattende evidensbasert forskningsgrunnlag både på original modellen og modifikasjoner (Mehlum & Tørmoen, 2014). I kunnskapsoppsummeringen «Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) (1.utg.)» beskrives DBT-A som et kunnskaps- og evidensbasert tiltak med solid teoretisk forankring. Effektstudien der DBT-A er sammenlignet med annen ordinær behandling viser at programmet kan redusere selvmordstanker og selvskading. Spesielt pekes det på at terapien har godt beskrevne implementeringsstrategier, noe som sannsynliggjør at tiltaket utformes slik det er tenkt. De inkluderte studiene er de første nasjonale og internasjonale effektevalueringene (Reedtz & Wergeland, 2020)

DBT har vist seg effektiv til behandling av selvskadende ungdom og flere randomiserte og uavhengige undersøkelser viser gode resultater (Mehlum, 2021). Sammenliknet med andre terapiformer skiller DBT seg ut med reduksjon av selvskade på lang sikt. Mindre selvskading fører til redusert depresjon og suicidal atferd. Redusert håpløshet gir ungdommen krefter til å bruke ferdigheter i stedet for selvskading. Depresjon er en kjent risikofaktor for suicidalitet og kognitiv terapi, og støtte til å bruke ferdigheter er behandlingsstrategier og tiltak mot håpløshet og depresjon (Mehlum et al., 2019). Psykoedukasjon er en av endringsfaktorene i DBT. Det vil si at ungdommen lærer om sin fungering og mulige årsaker til at det er blitt slik. Det vises til at økt evne til dialektisk tenkning også vil gi mindre bastante holdninger og forståelser preget av svart – hvitt tenkning. Det vil igjen kunne bidra til reduksjon av håpløshet (Mehlum et al., 2019).

I forståelse av seg selv og hva som kan gjøres for å få det bedre er det å gjøre kjedeanalyse en kilde til innsikt. Kjedeanalyse er en fremstilling av problematferd som for eksempel selvskading og inkluderer også en løsningsanalyse. Løsningsanalysen er en tilsvarende fremstilling med vekt på hvor ungdommen kunne valgt annerledes og hva som kunne vært alternativet til problematferden (Miller et al., 2007, s. 62-65).

Behandleren har en viktig rolle som støtte og veileder i denne prosessen. DBT behandleren jobber for å gi håp om endring og bedring på lang sikt, slik at målene blir oppnåelige (Mehlum et al., 2019).

Andre behandlingsmetoder gir også lovende forskningsmessige resultater. Metodene har til felles at de er intensive polikliniske alternativ til innleggelse ved sengepost (Asarnow & Mehlum, 2019).

Lars Mehlum publiserte i år en artikkel om endringsfaktorene i DBT «Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder». Artikkelen viser at terapeutisk allianse kan være en endringsfaktor i behandlingen. Når terapeuten bruker høy grad av validering vil den terapeutiske alliansen ha større kraft som endringsfaktor (Mehlum, 2021). Forskning på betydningen av terapeutisk allianse i DBT og påvirkning av behandlingsresultat har ellers vist sprikende resultater. Det vises til en undersøkelse fra 2018 (Uliaszek, Hamdullahpur, Chugani & Tayyab, 2018) som angir at det ikke er nok resultater til å konkludere med at terapeutisk allianse er en endringsfaktor i DBT.

Mehlums undersøkelse fant at en ikke-dømmende holdning hos behandleren er viktig. Behandlerne som klarer å fremme håp om endring og bedring for ungdommen kan være en endringsfaktor. Når ungdommen lærer å løse problemene på en god måte, øker håpet om bedring. Disse punktene fremstår som viktige også i artikkelen «Nurture before responsibility: Self-in-relation competence and self-harm» (Kong, 2019).

Mindfulness kan forklares som å være bevisst til stede og oppmerksom på det som erfares i øyeblikket, med en vennlig, åpen holdning. Det er en egenskap alle mennesker har og som kan trenes opp. På norsk kalles mindfulness oppmerksomt nærvær og oppmerksomhetstrening (Solhaug, 2019). Mindfulness er en viktig kompetanse når det kommer til å akseptere situasjoner og følelser uten å dømme. Å kunne være mindfull, uten å dømme er en effektiv måte å parkere skyld og skamfølelse. Veldig mange av ungdommene oppgir skyld og skamfølelse som utløsende for selvskadning og annen destruktiv atferd. Først når man har akseptert en følelse, kan man endre den. Mindfulness er en viktig ferdighet for bedre følelsesregulering.

Mehlum har i en annen undersøkelse fulgt opp ungdom tre år etter avsluttet behandling (Mehlum et al., 2019). Undersøkelsen søker økt kunnskap om varige behandlingseffekter av DBT-A sammenliknet med vanlig psykoterapeutisk behandling. Det viser seg at selvskadende atferd øker fra midten av tenårene og ut. Selvskadning er en risikofaktor for senere selvmord, og er samfunnsmessig kostbart med tanke på akutt hjelp via legevakt og lignende. Håpløshet om å klare å få et liv verdt å leve er risikofaktor for både selvskadning og selvmord. Behandleren og ungdommen kan sammen gjenkjenne problematferden og eventuelle nødvendige endringer for å få det bedre. Deretter trener man på de manglende ferdighetene. Selvskadning er en måte å regulere og holde ut utålelige følelser. Håpløshet kan blokkere for andre alternative

løsninger. Også denne artikkelen peker på sammenhengen mellom manglende problemløsningsferdigheter, håpløshet og depresjon. Videre er det en sammenheng mellom depresjon og håpløshet som grunn for selvskading. DBT-A fokuserer på håpløshet, nettopp med tanke på å redusere depresjon. Kognitive strategier, psykoedukasjon og forpliktelsesstrategier nevnes som faktorer i dette arbeidet. Det gjør også at behandleren hjelper ungdommen til å tro på at de kan få et liv verdt å leve (Mehlum et al., 2019).

Undersøkelsen konkluderer med at DBT-A har klart større reduksjon i selvskadingsatferd enn de som fikk annen type behandling. Håpløshet, depressive symptomer og selvmordstanker fremstår noenlunde likt i begge gruppene. Det samme gjelder generelt fungeringsnivå og utagerende atferd.

I 2019 ble artikkelen «Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents-advances in suicide prevention care» gitt ut. Her finner man at det er stor økning i klinisk kunnskap om forebygging av selvskade og selvmord (Asarnow & Mehlum, 2019). Det er også økt kunnskap om kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer for å finne frem til ungdom med forhøyet risiko for suicid. Forskingen har gitt mer kunnskap om rollen foreldre og andre voksne har som støttespillere. Samtidig vet vi mer om hva risikofaktorer som lite tilgang til voksne og miljø preget av suicidalitet og selvskade utgjør. Traumer, mishandling og andre vonde opplevelser i oppveksten er fra før kjente risikofaktorer for suicidalitet.

Forskning har vist at bilbeltebruk i ulykker reduserer skadeomfanget betraktelig, og det har gitt seg utslag i praksis. Flere bruker bilbelte og ulykkesstatistikken med død og alvorlige skader er sterkt redusert. Artikkelen trekker en parallell til selvmords feltet og at tilstedeværende voksne bremse og redusere dødeligheten. Spesielt viktig er det at de voksne fanger opp perioder med høyt stressnivå for ungdommen som kan forhøye selvmordsfaren (Asarnow & Mehlum, 2019).

2.6 Ansvar

Filosofen Knut Arne Tranøy mener at ansvarsbegrepet kan forstås utfra et moralsk og juridisk perspektiv. Han formulerer blant annet at ansvar innebærer en forpliktelse til å stå til rette for noe og bære ansvar for noe. Videre at moralsk ansvar er forpliktelse til å

forsvare sine handlinger og gjerne grunnet samvittighet. En slik handling bør roses om den er god eller straffes om den er urett. *«Det er etisk problematisk at moralsk ansvar forutsetter viljesfrihet. Påtvungne eller «ufrie» handlinger synes verken å medføre ansvar eller skyld» (Tranøy, 2021).*

Med denne ansvarsforståelsen som bakteppe vil resten av avsnittet basere seg på en artikkel av Camillia Kong. Artikkelen «Nurture before responsibility: Self-in-relation competence and self-harm» belyser ulike måter å bruke ansvar på i DBT og SFT. Verdien av at behandleren klarer å ansvarliggjøre uten å beskyldte ungdommen fremstår stor. Ungdommene i DBT har ofte høyt lidelsestrykk og bærer på vonde traumer. En empatisk forståelse og innstilling til ungdommens fungering, kan gjøre omsorgsfull ansvarliggjøring lettere for behandleren. Dette jamfør kasusformuleringens funksjon. Ungdommen kan mobilisere krefter og løse problemene sine på en konstruktiv måte. Hvis ungdommen fylles med skyldfølelse, kan trangen til destruktive handlinger øke. Kong fremholder at selv om ungdommen ikke har et repertoar av handlingsalternativ å spille på, så er de ansvarlige for valget om å skade seg. Ungdommen kan ha varierende kontroll over handlingene sine, men like fullt være ansvarlige for det den gjør.

Ungdommen kan oppleve ansvarlighet som en straff og konsekvens av selvskading, og det kan føre til destruktive handlinger. Hvis det er en felles forståelse av ansvar og fordelene som følger med kan man i større grad unngå dette.

I behaviouristisk og kognitiv tradisjon ses ungdommen til å ha kontroll over handlingene sine og i tråd med dette perspektivet kan negative konsekvenser avlære negativ atferd. Det er da en fare for at behandleren slik kan rettferdiggjøre en følelsesmessig distanse til ungdommen. En distanse kan føre til at ungdommen klamrer seg til behandleren i redsel for avvisning.

Dette menneskesynet antyder at det er noe galt med ungdommen og det kan fikses bare om ungdommen selv er innstilt på det. Menneskesynet står i kontrast til den bio-sosiale modellen som blant annet legger vekt på oppvekstbetingelsene til ungdommen.

Oppvekstmiljøet påvirker personlighetsmessig utvikling og barn har lite innflytelse på rammene rundt seg. En sunn selvstendighet og personlighetsutvikling gror frem i et validerende miljø preget av respekt og tro på barnets kapasitet.

En invaliderende oppvekst preget av frykt og fiendtlighet, kan føre til et fragmentert selv med dårlig selvtillit og ofte en avhengighet av andre mennesker. Mennesker med

EUP styrer sine handlinger med viten og vilje, men de er ikke i stand til å styre viljen. Da kan ansvarliggjøring oppleves urettferdig. Navigerer behandleren etter dette menneskesynet kan ansvar oppleves som meningsfullt. En relasjon preget av gjensidig aksept og positiv, varm og ekte tillit kan skape endring. Aksept og validering er viktig i behandlingsrelasjonen for å endre ungdommens reaktive urettferdighetsfølelsen.

Dette kapittelet har presentert teorigrunnlaget og et utvalg av forskningsresultater relevante til problemstillingen. Neste kapittel redegjør for undersøkelsens metode.

3.0 Metode og metodiske overveielser

Da Tranøy definerte metode la han vekt på betydningen av planmessighet, regler og prinsipper: «*Metode er en planmessig fremgangsmåte, især i vitenskap og filosofi, gjerne grunnet på regler og prinsipper*» (Tranøy, 2019). Dette kapittelet gjør rede for systematisk og organisert innhenting av data og analyse av disse.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode anvendes i forskning av meningsfulle, menneskelige opplevelser og erfaringer (Malterud, 2017). Studien søkte kunnskap om erfaringer DBT behandlere har med bruk av ansvar i behandling av ungdom. Jeg besluttet derfor at en kvalitativ fremgangsmåte kunne belyse problemstillingen på en hensiktsmessig måte.

Induksjon kan forklares som at kunnskap dannes av erfaringer. Fra enkeltstående erfaringer utvikles det allmenn kunnskap (Thornquist, 2018). Prosjektet hadde en induktiv tilnærming med mål om at fire intervjupersoners subjektive erfaringer kunne danne grunnlag for kunnskap.

I prosessen ble empiriske, subjektive data fra flere informanter undersøkt i en tverrgående analysemetode (Malterud, 2017). Analysemetoden jeg valgte var systematisk tekstkondensering. Denne blir ytterligere presentert senere i kapittelet.

3.2 Vitenskapsfilosofisk ståsted

Vitenskapsfilosofi handler blant annet om hva som definerer et fag som vitenskap og hva bør vitenskap være. Vitenskapen ses utenfra, i et meta perspektiv for å gjenkjenne tegn og mønstre (Thomassen, 2006).

Vitenskapsfilosofi er «*selve den vitenskapelige kunnskap og virksomhet som gjenstand for systematisk undersøkelse og refleksjon*» (Thomassen, 2006 s.15).

3.2.1 Positivistisk og hermeneutisk perspektiv

Forskning i helse og medisin feltet har tradisjonelt sett hørt til det positivistiske vitenskaps paradigmet. Det positivistiske paradigme er en forståelse av at teorier årsaks forklares og data skal være målbare og kunne etterprøves (Thomassen, 2006). Gjennom kvantitative metoder kan forskere å observere og å måle permanente fenomener. Deretter kan disse fenomenene sammenfattes som objektive fakta, eller en objektiv sannhet. Positivismen bruker en deduktiv tilnærming, der det trekkes slutninger fra det allmenne til det individuelle (Malterud, 2017).

Hermeneutikk betød egentlig fortolkningslære eller fortolkningskunst og tok utgangspunkt i tekstmateriale. Etter hvert har hermeneutikken utviklet seg til å omfatte også andre menneskelige aktiviteter (Thornquist, 2018).

Denne undersøkelsen har hatt en fortolkende ramme og tro på at subjektive tolkninger er kilde til kunnskap. Forskningsoppgaven beskrev, analyserte og fortolket data fra fire informanter. Ettersom hermeneutikken anser tolkning av tekst og andre menneskeskapte uttrykk å kunne resultere i ulik forståelse, fins det flere enn en subjektiv sannhet eller kunnskap (Malterud, 2017).

Teksten ble tolket og bearbeidet gjennom STC. Analysemetoden krever flere gjentakende runder av prosessen. STC er fleksibel og refleksiv i den forstand at forskeren aktivt skal forsøke å motbevise funnene. I følge metoden skal man vurdere kodene og kodegruppene opp mot tekstens helhet. På dette punktet ligner metoden på «den hermeneutiske sirkelen». «Den hermeneutiske sirkelen» er en modell av

menneskelig og dynamisk forståelse. Menneskets forståelse pendler mellom å forstå en del av noe, og som vil forme helhetsforståelsen. Når vi forstår en del av virkeligheten, så endres også vår forståelse av helheten. Samtidig endres vår oppfatning av denne delen når vi har en forståelse av helheten. Slik sett er det riktigere å kalle beskrivelsen en «hermeneutisk spiral» og ikke sirkel (Thornquist, 2018).

STC betoner at i forståelse av tekstmateriale er egenrefleksjon hos fortolkeren og miljøet teksten er laget i viktige element (Malterud, 2017). Min refleksjon over egen rolle og min forforståelse som forsker er viktig. Intervjuene ble analysert og kodet med en påfølgende vurdering av kodene mot hele teksten. Dette bidro til at noe av kodingen ble forstått annerledes enn i første omgang. Undersøkelsen er et fenomenologiskhermeneutisk forskningsprosjekt.

3.2.2 Fenomenologi

Fenomenologi er en vitenskapsfilosofisk tradisjon om kunnskap slik den kommer frem og viser seg (Thornquist, 2018). Fenomenologien er opptatt av hvordan verden oppleves av det unike mennesket. Det er viktigere enn hvordan verden er objektiv og i seg selv. Menneskets intensjonelle bevissthet har en sentral plass i denne tradisjonen. Bevisst oppmerksomhet rettet mot og om noe og fra noen (Thornquist, 2018). DBT behandlernes erfaringer og opplevelser var det forskningsmessig interessante.

Fenomenologi operer blant annet med begrepene livsverden og bracketing. Livsverden vil si praktiske erfaringer fra dagliglivet (Thornquist, 2018). I intervjuene ble slik kunnskap etterspurt fra informantenes virke som DBT terapeuter. «*Fenomenologi kan ses på som et systematisk forsøk på å forene filosofi, vitenskap og filosofi*» (Thornquist, 2018, s.105).

Fenomenologien forutsetter at forskeren er upåvirket av kunnskap og teori når det kommer til menneskelig forståelse. Forskeren setter tidligere kunnskap og forforståelse i parentes for å fokusere på den aktuelle undersøkelsen og ut ifra forskerens livsverden. Dette kalles «Bracketing» (Malterud, 2017). I tråd med analysemetoden STC prøvde jeg i den første fasen å ignorere egne erfaringer eller forforståelse om temaet. Videre i analyseprosessen avvek jeg som forsker fra bracketing. STC anser det viktigere for

forskeren å gi gode beskrivelser enn å holde analytisk avstand i forskningen. STC vurderer forskerens standpunkt som viktig for utvinning av kunnskap (Malterud, 2017).

3.3 Design

I utarbeidelsen av intervjuguiden ble det etterstrebet mest mulig åpne spørsmål. Som intervjuer hadde jeg mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål når noe var uklart eller jeg ønsket mer informasjon. Intervjuobjektene ble bedt om å dele sine tanker og erfaringer i samtalen. Undersøkelsen hadde et deskriptivt og eksplorativt design (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Intervjuguiden er vedlegg nr 2.

3.4. Innsamling av data

Problemstillingen søkte kunnskap om DBT behandleres erfaring fra praksis. Jeg besluttet at semi-strukturerte intervju var en god måte høste data relevant for min problemstilling.

Det interessante var informantenes opplevelser og vurderinger angående problemstillingen. Intervjuet anga noen få store temaer og hadde i tillegg åpne spørsmål (Kvale et al., 2015). I intervjuene prøvde jeg å få til en rolig og avslappet atmosfære hvor jeg som forskningsleder ikke hadde svarene på forhånd (Malterud, 2017). Jeg opplevde meg ble tryggere, mer rolig og fleksibel i samtalen etter hvert som jeg fikk erfaring med intervjuformen.

3.4.1 Inklusjons og eksklusjons kriterier

Inklusjonskriteriene ble utformet med utgangspunkt i problemstillingen. Det viktigste kriteriet var erfaring som individual DBT behandler av emosjonelt ustabil ungdom. I tillegg var det ønskelig med minimum fem års erfaring i arbeid med mennesker med suicidale kriser og selvskading. Jeg vurderte at fem års erfaring fra praksis ville kunne gi en fylldig erfaringsbase å plukke fra i intervjuene.

Videre var ansettelse i offentlige helseforetak et kriterium for deltakelse. Dette for å unngå at for ulike arbeidsrammer kunne påvirket informantenes data.

Ekklusjonskriteriet var en annen type rolle enn individualterapeut, eksempelvis ledere for ungdom eller foreldregruppene i DBT.

Faktorer som alder, grunntidning og kjønn ble ikke vektlagt, da jeg vurderte at det i denne undersøkelsen ikke hadde særlig relevans for informasjonen som ble søkt etter.

3.4.2 Utvalg og rekruttering

Informantene ble funnet gjennom faglig nettverk og anbefalinger fra kolleger. Jeg tok direkte kontakt via mail og telefon med DBT behandlere som jeg visste potensielt kunne gi fyldige beskrivelser om problemstillingen. Jeg fikk kun et avslag i forespørselen om å la seg intervju.

Intervjupersonene ble strategisk valgt med tanke om at de kunne gi informasjon som belyste problemstillingen godt (Malterud, 2017). Jeg hadde fem intervjuobjekter tilgjengelig hvorav den ene ble brukt som pilotintervju. Pilot intervjuet var et test intervju og ble brukt i revisjon av spørsmålguiden. Pilotintervjuets tekst ble ikke inkludert i analysen.

Jeg vurderte hvor mange informanter som var nødvendig sett i forhold til type informasjon og metode for innhenting av denne. Med tanke på intervjuobjektene omfattende og relevante erfaring på forskningsområdet, besluttet jeg i samråd med veileder at fire informanter var tilstrekkelig. På bakgrunn av inklusjonskriteriene vurderte jeg at informasjonsstyrken informantene kunne bidra med var høy. Det ble konkludert med at det var forskningsmessig forsvarlig med kun 4 intervjuobjekter (Malterud, 2017).

3.4.3 Intervjusituasjonen

Samtlige intervju ble gjennomført på dagtid. En av deltagerne var på intervjutidspunktet i sykemelding, resten var i aktivt arbeid.

Samtalene ble tatt opp på diktafon og intervjupersonene var informert om dette. Jeg noterte i tillegg direkte etter intervjuet om det var noe jeg la spesielt merke til eller undret meg over.

Jeg startet med en kort informasjon om masterutdanningen som utgangspunkt for undersøkelsen. På grunn av korona restriksjonene var det ikke anledning til å reise til andre kanter av landet for å gjennomføre intervjuene. På noen tidspunkt var det også vanskelig å få til fysiske møter lokalt grunnet smittevern. To intervju ble gjennomført via telefon, da Skype på det avtalte tidspunktet ikke var operativt. To intervju ble gjort digitalt på Skype for business, mens en informant ble intervjuet i et møterom med forsvarlig avstand. Dette var ulike beslutninger jeg ble nødt til å ta for i det hele tatt å få gjennomført prosjektet.

Intervjuene ved bruk av den digitale tjenesten Skype eller telefon var spesielt utfordrende da jeg ikke befant meg i nærheten av informantene. Jeg fikk et redusert inntrykk av kroppsspråket digitalt, men ingenting av det gjennom telefonen. Stemmen ble dog viktig og gav meg også informasjon om de ulike temaene vi snakket om. Den store fordelen var at intervjuene lot seg gjennomføre og undersøkelsen kunne komme videre (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2019, s. 178).

De ulike omstendighetene rundt intervjuene påvirket nok gjennomføringen og kanskje resultatene. Noen av informantene kjente jeg fra før, mens andre hadde jeg aldri møtt. Min opplevelse var at jeg slappet mer av i intervjuene av dem jeg kjente fra før. Det kan tenkes at noen av informantene følte det ble vanskelig å være ærlige i og med at vi kjente hverandre fra før. Jeg er klar over at det er en mulig påvirkningsfaktor av intervjuene og resultatene av disse.

Min opplevelse var at å sitte i samme rom fysisk, gjorde at samtalen fløt lettere og jeg fikk flere og bedre observasjoner av kroppsspråk, mimikk og lignende. Jeg opplevde at informantene var velvillige og med et ønske om å bidra i studien. Jeg fikk gode og gjennomtenkte svar på spørsmålene, uavhengig av hvordan intervjuene ble gjennomført.

Prosjektet tilstreber en tydelig struktur og oversikt slik at lesere skal kunne følge prosessens utvikling. Dette kalles intersubjektivitet (Malterud, 2017). Under samtalene oppsummerte jeg med jevne mellomrom det som var blitt sagt, for å sjekke om jeg forstod det riktig. Dette kalles dialogisk validering og styrker intersubjektiviteten mellom forsker og informant og deretter leser.

3.4.4 Transkribering

Transkriberingen var prosessen hvor jeg omformet intervjuene fra lydfil til tekst. I transkriberingsprosessen vil alltid rådata bli endret (Malterud, 2017). En mest mulig lik gjengivelse av samtalene ble likevel etterstrebet. Flyten i dialogen, varianser i dialekt og stemme ble noe jeg måtte ta stilling til. Slike faktorer kan forsvinne i omgjøringsprosessen til skriftlig tekst (Kvale et al., 2019).

Jeg brukte en god diktafon som gav meg tydelige lydopptak. Etter intervjuene ble lydfilene overført til sikker lagringsplass på min PC tilknyttet SUS. Deretter startet transkriberingen ved hjelp av spill og stopp funksjonen for å få med alle detaljer. Det var en tidkrevende og møysommelig prosess som ga meg nærhet og forståelse av datamaterialet.

Jeg transkriberte alle intervju selv og det minimerte sjansen for ulike tolkninger av begrep, dialekter og lignende (Kvale et al., 2019). Jeg skrev ord for ord fra diktafonen inn til Word dokumentet. Jeg valgte å skrive alt på bokmål, selv om informantene hadde forskjellige dialekter.

Etter at et intervju var ferdig transkribert, hørte jeg gjennom opptaket på ny og justerte og endret eventuelle feil i transkriptet. Slik sikret jeg meg mest mulig detaljer og mulighet for riktig oppfattelse av det som ble sagt. En del av det opprinnelige tekstmaterialet ble endret i denne prosessen og fikk nye meningsbærende enheter. Jeg merket at jeg i denne fasen forsiktig startet med å systematiser teksten. Det var starten på analysen (Kvale et al., 2019)

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektplanen og prosjektet er godkjent av personvernombudet på SUS, samt av Klinikksjefen for PH BURA. Godkjenningene ligger som vedlegg 4 og 5.

I forkant av intervjuene var informantene underrettet skriftlig og muntlig om bakgrunnen til prosjektet, og hvordan data skulle oppbevares og håndteres. Dette er i tråd med helseforskningsloven §13 (Helseforskningsloven, 2018). Informasjons og samtykke skjema ligger som vedlegg nr 3.

Informantene sto fritt til å trekke seg underveis eller i etterkant av intervjuene som det følger av helseforskningsloven §16 (Helseforskningsloven, 2018).

De intervjuede behandlerne kunne legge til tanker eller erfaringer som de eventuelt savnet i intervjuet. Jeg var også åpen for eventuelle spørsmål i etterkant av avsluttede intervju.

Hvert intervju ble kodet med nummer som bare jeg kjente til. Intervjupersonene ble omtalt med kun en bokstav i teksten og kunne derfor ikke identifisere av andre. Det ble ikke gitt person identifiserende opplysninger til veileder eller andre interesserte. Intervjupersonene fikk heller ikke vite hvem de andre var. Identifiseringsmuligheten ble plassert ved hjelp av koblingsnøkkel som jeg fikk tildelt i sikker lagrings prosessen.

Dataene ble lagret på sikker lagringsplass på et sentralt lagringsområde for database på Universitetssjukehuset i Stavanger (SUS). I helseforskningsloven § 38 står det tydelig at data ikke skal oppbevares lengre enn nødvendig (Helseforskningsloven, 2018). Alle data vil slettes i juli 2021 da prosjektet er avsluttet.

Jeg ble oppført som prosjektleder for forskningsprosjektet i kvalitetsregisteret. Jeg samarbeidet ikke med andre instanser enn SUS og Universitetet i Stavanger (UiS) som var ansvarlig for masterutdanningen.

SUS har dekket økonomiske utlegg for utdanningen og permisjon med lønn på skole, studie og eksamensdager. Jeg fikk innvilget LO stipend som dekket utgifter til bøker og semesteravgifter. Det er ellers ingen interesser eller kontakter knyttet til forskningsprosjektet.

3.6 Forforståelse

I følge hermeneutikeren og filosofen Gadamer rommet forforståelsen både bevisste og ubevisste, historiske og individuelle erfaringer (Malterud, 2017).

Min forforståelse var blant annet 7 år som behandler i et akutt ambulant ungdomsteam tilknyttet BUP. Jeg har også 6 års erfaring som DBT individualterapeut og gruppeleder for ungdom og foreldre. I tillegg er jeg mor til to tenåringsdøtre og har erfaring som

forelder og vet litt om utfordringer og gleder den rollen fører med seg. Jeg har også egne erfaringer fra ungdomstiden som del av min forforståelse av temaet.

Forforståelsen påvirket meg allerede da jeg bestemte hva jeg ville forske på. Jeg kjente nokså godt til feltet og det bidro til utformingen av problemstillingen.

Å kunne støtte meg til faglige erfaringer når jeg snakket med informantene gav oss en felles plattform og fagspråk. Samtalene ble forstått og tolket ut i fra sammenfallende opplevelser fra arbeid med kronisk suicidale og selvskadende ungdom.

Det var under intervjuene jeg var mest bevisst på potensiell nytteverdi av forforståelsen min. Bevissthet rundt forforståelsens innflytelse og fokus på en åpen innstilling var viktig. Jeg brukte bracketing da jeg forstod at ny innsikt forutsatte at jeg satt mine tidligere opplevelser til siden (Malterud, 2017, s. 95).

I analysedelen opplevde jeg meg mindre påvirket av forforståelsen. Jeg søkte likevel en mest mulig nøytral posisjon. I forkant av prosjektet hadde jeg noen hypoteser om hva som ville viser seg som funn. Noen av hypotesene endte i resultatkategoriene mens andre ikke ble stående som funn. Dette tolket jeg som at forforståelsen ikke ble for styrende og dominerende i forskningsprosessen.

3.7 Analyse

Systematisk tekstkondensering ble brukt i analysen av transkriptene. Malterud presenterer metoden trinnvis (Malterud, 2017). Første trinn var å få et helhetsinntrykk. Andre trinn var å identifisere meningsbærende enheter. Tredje trinn ble å abstrahere eller trekke ut, innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. Til slutt skulle jeg sammenfatte betydningen av disse (Malterud, 2017).

Begrepsbruken varierer mellom de ulike analysemetodene og jeg forholder meg trofast til Malteruds definisjoner. Hun knytter utvinningen av begrepene til inndelingen av metoden.

Trinn 1: finne **foreløpige tema** i gjennomlesningen av teksten for et helhetsinntrykk.

Trinn 2: Ut ifra de foreløpige tema koder man tekst som sorteres i meningsbærende enheter i **kodegrupper**

Trinn 3: Kodegruppen deles i **subgrupper** som viser ulike sider eller nyanser ved kodegruppen.

Trinn 4: **Kategorier** dannes etter å ha sammenfattet det sentrale i hver kodegruppe med utgangspunkt i subgruppens kondensat. Kategoriene vil brukes til å presentere hovedfunn i resultat presentasjonen (Malterud, 2017).

En refleksiv holdning vil blant annet være å teste ut data og koder og kategorier i analysen og utvikle motargumenter (Malterud, 2017). I STC er refleksiv holdning viktig. Utgangspunktet er at alle forskningsprosjekt har gyldighet eller relevanssvakhet og hvis vi ikke oppdager det har vi sannsynligvis oversett noe (Malterud, 2017, s. 193).

Dette vil bli utdypet i avsnitt 3.9.

Først dannet jeg meg altså en oversikt over innholdet før det ble organisert. Jeg startet med åtte foreløpige tema og reduserte etterhvert antallet til fem. Deretter merket og sorterte jeg tekst til å høre inn under de ulike tema. Kode prosessen var startet. Jeg skrev sidetall og nummer på linjen de lå på i teksten og satte det i tabellform. Jeg var i gang med å systematisere og å bestemme hva de ulike temaene skulle definere.

Så undersøkte jeg de foreløpige temaene på ny og besluttet omkoding og ytterligere reduksjon til tre kodegrupper. Deretter var jeg klar til å starte trinn tre, å abstrahere meningsbærende elementer til hver kode og slik danne subgrupper, kondensering (Malterud, 2017). Kondensat i denne sammenheng en tekst som angir summen av informantenes budskap. Jeg dannet et gullsitat til hvert kondensat. Utvinning av kondensat er et særtrekk ved STC.

I den avsluttende fase gjentok jeg hele prosessen i tråd med metoden. Jeg laget synteser av de bestående kondensatene og bearbeidet dem til en analytisk tekst med tilhørende gullsitat til hver kodegruppe. Jeg jobbet videre med kodegruppene og gav de analytiske tekstene overskrifter.

Tabell 2.

Eksempel fra analyseprosessen:

Foreløpig tema	Subgruppe	Kategori	Kondensat	Analytisk tekst	Gullsitat
Trygghet	Metode og samarbeidspartnere	Støtte og motstand	DBT gir meg verktøy og fleksibilitet til å kunne tilby mer oppfølging i vanskelige situasjoner.	Mange av informantene sier at selve metoden dialektisk atferdsterapi er en god støtte for terapeuten når det kommer til å gi ansvar til ungdommen. Dette grunnet tydelige anvisninger og metodikk.	«Det kan føles brutalt å få rollen som den store stygge ulven blant bekymrede fagfolk og familie. DBT som metode kan likevel gjøre det lettere å gi god behandling.»

I analyseprosessen flyttet fokuset seg frem og tilbake mellom metodens ulike trinn. Arbeidet har krevd stadige refleksjoner, fleksibilitet og revurderinger. Kategoriene er bearbeidet og endret gjennom analyseprosessen.

3.8. Pålitelighet

DBT behandlerne delte i intervjuene erfaringer og subjektive opplevelser fra praksisfeltet. Deres erfaringer skulle via en strukturert analyseprosess omformes til resultat kategorier. Resultatkategoriene skal kunne overføres som kunnskap til

praksisfeltet (Malterud, 2017). Pålitelighet handler om at andre skal kunne oppnå samme resultat kategorier ved å gjenta forskningsprosessen. Dette kalles repeterbarhet. Kvalitativ forskning anerkjenner at ulike forskere påvirker prosjektutforminger som igjen påvirker resultater. Mangfoldet av resultater vurderes å kunne utvinne kunnskap (Malterud, 2017).

3.9 Gyldighet og overførbarhet

«Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet» (Malterud 2018, s.192). Kvalitativ forskning har ikke som mål å komme frem til en allmenngyldig sannhet. Det er viktigere å vise at forskeren har vurdert gyldigheten av, og kan underbygge hva resultatene beretter (Malterud, 2018).

Malterud mener det er tre viktige spørsmål å stille når det kommer til gyldighet av kunnskap. Start gjerne med å spørre hva resultatene sier noe om? Er det riktig metode og begrepsbruk? Dette viser til intern validitet. Min vurdering er at dybde intervju var en egnet form for datainnsamling som og som ved systematisk tekstkondensering gav svar på den kvalitative problemstillingen.

Neste spørsmål gjelder overførbarhet og den eksterne validiteten. Kan funnene gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn den jeg har hatt som ramme? Jeg har undersøkt hva som påvirker DBT behandleres valg mellom å gi ansvar og ta ansvar i behandling av ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading. Behandlerne ansatt i det offentlige helsevesenet i Norge. Overførbarheten av funn fra denne undersøkelsen begrenser seg til andre som jobber i tilsvarende rammer og med metoden DBT.

Det er mulig at andre aldersgrupper, som voksne og barn kan finne nytte i funnene. Det er rimelig å anta at andre behandlingsformer kan nyttiggjøre seg enkelte av resultatkategoriene. Det er allerede mye forskning på overføring og motoverføringer. Etter min vurdering er det resultatkategori for forståelsen av ansvar som er mest relevant sannsynlig generaliserbar til andre behandlingsformer. Denne pragmatiske valideringen kan ikke beskrives før etter at prosjektet er avsluttet.

Siste spørsmål handler om konsistens i forskningsprosessen. Det må være en tydelig forbindelse mellom problemstilling, innhenting av data, analyseringsmetode og

resultatpresentasjon og teoretisk ramme. Man bør ha en sikker holdning til validering og relevans gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017).

På grunn av at jeg har forholdt meg metodetro er gjennomførbarheten og transparensen derfor styrket (Malterud, 2017). Intersubjektiviteten, at prosessen er beskrevet slik at andre kan følge den, er avhengig av kommunikativ god nok validitet. Masteroppgaven er gjennomarbeidet i flere omganger for å få et mest mulig leservennlig produkt. (Malterud, 2018 s.196).

4.0 Presentasjon av funn

Kapittelet presenterer resultatkategoriene i undersøkelsen med problemstillingen: Ungdom med kronisk suicidalitet og selvskade; Hva styrer dbt behandlerens valg mellom å gi ansvar og å ta fra ansvar?

Etter å ha analysert teksten har jeg funnet følgende resultat kategorier:

1. Støtte og motstand
2. Relasjonelle faktorer
3. Forståelse av ansvar

Tabell 3.

Oversikt over resultatene:

Kategorier	Subgrupper
Støtte og motstand	Metoden DBT Samarbeidspartnere
Relasjonelle faktorer	Kvalitet på relasjonen Overføring og motoverføring
Forståelse av ansvar	Menneskesyn Hva kan man ikke ta ansvar for?

4.1 Støtte og motstand: «Er behandleren den store, stygge ulven?»

4.1.1 Metoden

Flere av informantene peker på at selve metoden DBT kan være en støtte for å avgjøre nivå og bruk av ansvar. Å kunne tilby noe ekstra i kriser som eksempelvis telefon tilgjengelighet nevnes spesielt:

«Terapeuten har et ansvar i å stole på at pasienten klarer seg ved å ringe og bruke ferdigheter. God behandling ligger å tro på at man får et liv verdt å leve ved å tilegne seg ferdigheter og ikke ved innleggelse».

Informantene trekker frem at måten DBT er utformet på gjør den forståelig for ungdommene. Mange av informantene synes det er beroligende at ungdommen faktisk mestrer nye ferdigheter:

«DBT er konkret og forståelig for ungdommene og det er lett å formidle og å ta i bruk, mange ungdom føler kanskje at dette er noe de fint kan bruke.»

Selve metoden dialektisk atferdsterapi kan også være en god støtte for terapeuten. Dette grunnet tydelige anvisninger og metodikk:

«Ja det er jo manualbasert med tydelige rammer og retningslinjer og man får oppgitt hva man skal si og hvordan man skal bruke det».

Flere informanter pekte spesielt på nytten av kjedeanalyser for å få oversikt over hva som fører til, vedlikeholder og avslutter en krise:

«Det er jo indirekte det man gjør i kjedeanalysene, lager en kriseplan for hva skal du gjøre neste gang du kommer i denne situasjonen!»

En annen informant poengterte at ungdommen i dbt som hovedregel skal ha ansvar for seg selv og at det kan gjøre det enklere å gi ansvar:

«Det er jo noen retningslinjer i dbt der utgangspunktet er at pasienten skal ta mest mulig ansvar selv»

Flere trakk også frem at ungdommen på forhånd har forpliktet seg til å delta i terapien og derfor fremstår som motiverte:

«Forpliktelses runden som er tatt i forkant, og det å få lov til å jobbe med pasienter som i utgangspunktet er interesserte og motiverte til å jobbe med dette her innenfor dbt rammene.»

I denne sammenhengen er det flere av informantene som sier noe om viktigheten av å jobbe med det ungdommen selv ønsker å jobbe med. Hvis man jobber i fellesskap med et prosjekt som betyr noe for ungdommen så kan det også være tryggere å utfordre dem:

«Mette Larssons begrep: ungdommens prosjekt er bra! At de har et prosjekt og kommer man på tvers av det så har man tapt! Ungdommens prosjekt.. det er alltid noe de prøver å få til i livet sitt, noe valid, en kjerne verdi, intensjon og hvis du får tak i det valide prosjektet får de en opplevelse av du ser deres prosjekt. Da kan du ha en sjanse!»

4.1.2 Samarbeidspartnere

Informantene tilkjenner respekt og medfølelse med foreldre, familie og andre som har omsorg for ungdommen. Det å være i nær relasjon til ungdom som skader seg og som utsetter seg for farlige situasjoner vekker forståelig nok avmakt og bekymring:

«Det kan være stort trykk, for det er nokså stort frykt og bekymring, for mye er velmenende og det er nokså stor avmakt blant samarbeidspartnerne, og det er en stor jobb å ha den jobben mange av samarbeidspartnerne har.»

Flere av intervjuobjektene forteller at de kan synes det er vanskelig når andre fagfolk i systemet er uenige i avgjørelser. Spesielt når det kommer til å vurdere innleggelse eller utskrivelse:

«Av og til så er det nokså kraftig motstand hos andre behandlere.»

Når det kommer til eksterne samarbeidspartnere så nevner flere at barneverninstitusjoner kan være utfordrende å samarbeide med. Det kan for eksempel være vanskelig å skrive ut en ungdom til noen som har en annen forståelse av god behandling enn dem selv. Manglende enighet om hva som er best mulig behandling for ungdommen kan det bety at de ikke får riktig type hjelp.

«Barneverninstitusjoner trykker ofte på for at det skal jobbes for innleggelse og jobber nesten imot utskrivelse, så står du der da som behandler med noen som

ikke forstår behandling ... at du skal skrive ut pasienten til noen som ikke forstår eller ikke hjelper pasienten på den måten du vet vil være bra for pasienten.»

En informant er tydelig på at det kan være vanskelig å være konsistent i behandlingen spesielt om man står alene:

«Det er en kjempeutfordring når man jobber med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrede, å ikke svinge med pasienten og samarbeidspartnere som vanligvis er enig med behandlingen i, at hun trenger en innleggelse. Det syntes jeg var utfordrende å bli stående som den store stygge ulven som ...»

Gullsitat for kategorien støtte og motstand:

«Det kan føles brutalt å få rollen som den store stygge ulven blant bekymrede fagfolk og familie. DBT som metode kan likevel gjøre det lettere å gi god behandling.»

4.2 Relasjonelle faktorer – «Livsviktig»

4.2.1 Kvalitet ved relasjonen

Samtlige informanter understreker at tillit og relasjon er en forutsetning for å drive DBT. Det er fundamentalt for en god terapeutisk allianse at ungdommen skjønner at terapeuten vil dem vel. Behandlingens struktur og rammer ikke er ikke like effektive uten en god relasjon:

«Jeg tenker at det er grunnsteinen for å få til behandling og fordeling av ansvar. Jeg tenker at tilliten må være i bunn, til at du er ute etter å gjøre det som er det beste for ungdommen.»

En informant sier det så sterkt at terapeutisk allianse kan redde liv:

«den terapeutiske relasjonen ... hvor fundamental den er av og til med tanke på pasientens overlevelse også ikke sant?»

Flere informanter er inne på at usikkerhet i bruk av ansvar i behandlingen av ungdom med kronisk selvskade og suicidalitet, kan handle om kvaliteten ved relasjonen: «Man kan bli veldig usikker om man ikke kjenner ungdommen godt og ikke vet hvordan de

pleier å reagere. Usikkerhet kan også handle om at man har knyttet et bånd og kanskje kjenner lidelsen deres mer enn man gjør med en ukjent.»

En av informantene peker på gjensidigheten og symmetrien i relasjonen når det kommer til dbt:

«... deler av relasjonen oppfattes nærmest symmetrisk der jeg må gjøre min jobb og du må gjøre din jobb. Det har sine utfordringer for det er jo en asymmetrisk relasjon, der jeg er voksen og de er ungdom, den ene er hjelper og den andre har trøbbel!»

4.2.2 Overføring og motoverføring

Flere av informantene nevner at de anser behandlere i utgangspunktet som omsorgsfulle mennesker som ønsker å hjelpe:

«Terapeuter er ofte empatiske og omsorgsfulle mennesker som har en tendens til leve seg inn i ungdommens situasjon og forstå ungdommen, samtidig som de ikke alltid klarer å distansere seg.»

Å kjenne ungdommen og deres vanskelige historie påvirker behandlere:

«Jeg vil jo være varm og omsorgsfull og virkelig ønsker å hjelpe men samtidig være nokså strukturert, ledende og direkte og holde strukturen.»

Det kan blant annet være vanskelig å distansere seg nok til å bli klar over og eller ikke bli påvirket av overføringer. Ungdommens dårlige strategier og valg av problemløsning er noe flere informanter nevner:

«Det er jo en pasient gruppe som er generelt umodne. De har en grunnleggende frykt for å bli forlatt og et intenst behov for omsorg og beskyttelse og det er det de fører over på terapeuten når de snakker om suicidalitet, selvsykdom. Det kan føre til at terapeuten igjen, hvis man ikke er obs på overføringene, kanskje øker beskyttelsen for denne pasienten. Men det vil jo signaliseres i motoverføringene du sender til pasienten; du trenger beskyttelse.»

Det er også flere som er inne på at behandlere kan bli redde for at ungdommen skader seg stygt eller tar livet sitt:

«Jeg tror mye dreier seg om frykten for at det faktisk kan handle på det som de sier da.»

Beskyttelsen og sikkerheten rundt ungdommen økes kanskje i stedet for å vise ungdommen tillit og tro på at de har ferdigheter til å klare seg gjennom krisen:

«Men så vet vi ikke om det handler om det som pasienten fører over eller om det handler om bekymringen hos terapeuten? Det er ikke alltid terapeuten selv har et bevisst forhold til at pasienten kan komme til å ta livet sitt for eksempel.»

I forhold til konsultasjons teamet sier mesteparten av informantene at det kan hjelpe dem til å bli bevisst motoverføringer og overføringer:

«I utgangspunktet tenker jeg at det er et ekstremt godt verktøy for å jobbe med disse pasientene. Man har et nettverk og sitter ikke alene. Å ha et team, hvis det fungerer slik det skal, er jo ... man kan bli bevisst på dette, både motoverføringer og overføringer så det gjør det kanskje lettere i forhold til å holde seg on track i dbt behandlingen og det å kunne stå i ansvaret som en får når en driver behandling videre.»

I tillegg har denne gruppen ungdom ofte personlighetsfungering som er vanskelig å forholde seg til:

«Jeg har jo kjent mye på irritasjon og litt sinne og resignasjon, motløshet, håpløshet og sånn, når jeg har sittet med lukkede jenter som opplever seg veldig krenket, som gjerne kjenner seg veldig tomme innvendig men som signaliserer mye taus aggresjon.»

Konsultasjonsteamet kan derfor gjøre det enklere å være lojal mot behandlingsmetoden:

«Konsultasjonsteamet er veldig fint i så måte, da man kan tematisere magefølelsen som av og til kan lede en ut på ville veier tror jeg da.»

Gullsitat for kategorien relasjonelle faktorer:

«Jeg føler ofte med ungdommen og det de ha opplevd. Det er bra at konsultasjonsteamet minner meg på overføringsmekanismene.»

4.3 Forståelse av ansvar- «Veien til frihet»

4.3.1 Menneskesyn

Flere informanter trekker frem DBTs grunnholdning om at ungdommen har potensiale til å bli et selvstendig menneske:

«Det handler om menneskesyn. At man tenker at pasienten er kompetent ikke sant? Hvis man ikke tenker at pasienten er kompetent da kan man ikke gi ansvar, gir vi ikke ansvar så tenker vi ikke de kan klare det.»

En selvstendighet som utvikles gjennom å løse de utfordringene livet byr på:

«Ansvar er en usedvanlig viktig utviklingsoppgave som gir deg mulighet til innflytelse og frihet.»

Det er enighet om at man må hjelpe ungdommen til å se fordelene av å kunne ta ansvar for seg selv og sine handlinger:

«Å forstå at det å ta ansvar ikke betyr at alt er min skyld, men at jeg kan ha innflytelse på en del ting, jeg trenger ikke være avhengig, for jeg kan ordne ting selv! Og det ligger mye frihet i å klare ting selv.»

Mange av ungdommene kan ha negative assosiasjoner til ordet ansvar:

«Jeg tror mange pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse hater ordene ansvarliggjøring og ansvar. For dem er det blitt det samme som at de må gjøre det alene.»

Blant annet på grunn av dårlige erfaringer, er det viktig at ansvaret fordeles mellom behandler og ungdom:

«Det må være en balanse mellom omsorg og ansvar. Det er jo utrolig viktig for at behandlingen skal fungere.»

Noen av behandlerne tenker at de hadde undervurdert og ydmyket ungdommen om de ikke så dem som ansvarlige mennesker:

«Å forvente at de holdes ansvarlige for sine egne handlinger på en ikke fordømmende måte. Jeg hadde svakeliggjort eller skrøpeliggjort og tenkt mindre om dem om jeg ikke samtidig kunne holdt de ansvarlige for det de gjør.»

Med tanke på tidligere belastninger og traumer kan det være vanskelig å utfordre ungdommen. Informantene er likevel enige om ikke å begrense ungdommens muligheter for utvikling:

«Det er et umodent menneske, ikke voksen og som har opplevd mye trist og vondt.. og da tørre å behandle dem som kompetente.»

4.3.2 Hva kan man ikke ha ansvar for?

September 2020 ble regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord utgitt. Noen av informantene synes at Nullvisjonen underkommuniserer alvorligheten av psykiske lidelser:

«Å kalle det for en nullvisjon er jo ingen fordel, det er som å si at man skal jobbe for at ingen skal dø av kreft. Vi jobber jo med alvorlig syke mennesker!»

Dette kan også bidra til at behandlere eller pårørende føler skyld ved en ungdoms selvmord:

«Frykten for å miste kontroll, det å ha et medansvar, vanskelig å være frigjort fra tanken om at man ikke har medansvar? Det er det man må akseptere at andre kan finne på å skade seg selv og å ta selvmord, det kan være den største frykten, hvis den usikkerheten om.. vil de leve eller ikke? Opplevelsen av medansvar ... eller medskyldighet.»

Flere av informantene reagerer på at handlingsplanen kan tolkes som at noen kan ha ansvar for at et annet menneskes handlinger:

«Nullvisjonen og den type ting gjør at man kan forledes til å tro at man kan ha ansvar over for et annet menneske som man ikke kan ha.»

Flere informanter melder at når det gjelder arbeid med ungdom, så deler de ofte ansvaret mellom omsorgsbasen og ungdommen:

«Alder spiller inn i forhold til hvor mye foreldrene involveres og tror nok jeg i større grad involverer omsorgspersonene til de yngre enn de eldre ungdommene.»

Alder og modenhet hos ungdommen nevnes av de fleste informantene som vurderingspunkter over hvor mye ansvar de tildeles:

«De har jo nettopp vært et barn og i den posisjonen er det naturlig at noen kommer inn og hjelper deg og ordner opp.»

Flere minner om at oppvekst og familie kan legge føringer for hvor mange krav DBT behandleren kan stille:

«Dialektisk tema, må være klar over hva en ungdom kan ta ansvar for å ikke. De er ikke myndige, ikke er de voksne og fremdeles har de beina godt plantet i oppvekstvillkår og i familie dynamikker som de er preget av?»

Noen trekker frem de nasjonale retnings linjene for spesialisthelsetjenesten fra 2008 som god støtte i DBT behandlingen:

«Avsnittet om kronisk suicidalitet, at man må leve med større grad av usikkerhet, og innleggelse skal man tenke seg om før man bruker som behandling. Det betyr at man trenger hjelp og støtte og må tåle usikkerhet. Det er noe ganske annet enn nullvisjon!»

Også tankegangen rundt til Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) som blant annet er et kartleggingsverktøy for suicidalitet, nevnes som en støtte til behandlere:

«Jeg har funnet mye støtte i CAMS filosofien og oppfatningen om at å overta et ansvar er noe både terapeut og pasient vet er fiktivt, fordi det kan man faktisk ikke. I CAMS sier man til pasienten at både du og jeg vet at du kan ta dette valget her når som helst, og den eneste måte å sikre seg er at en person er innlagt permanent 100 % resten av livet. Så det er nettopp med det utgangspunkt, at jeg kan ikke ta 100 % ansvaret, men hva kan jeg hjelpe deg med da?»

Gull sitat for kategorien støtte og motstand:

«Utgangspunktet for DBT er at ansvar gir mulighet for vekst og frihet. Å ha en nullvisjon for at ingen skal dø av selvmord er som å ha en visjon om at ingen skal dø av kreft!»

5.0 Diskusjon

Denne studien søker ytterligere innsikt om hva som kan ligge til grunn for variasjonene i bruk av ansvar i DBT for ungdom. Resultat kategoriene er støtte og motstand, relasjonelle faktorer og forståelse av ansvar. I kapittelet drøftes funnene mot relevant teori. Kapittelet diskuterer også styrker og svakheter ved undersøkelsen.

5.1 Støtte og motstand

Metoden DBT

Informantene angir selve metoden DBT som en støtte i valget mellom å gi eller å ta ansvar. Behandlerne ser konsultasjonsteamet som en mulighet for å få hjelp fra kolleger til å oppdage overføringer og motoverføringer. Det kan også handle om at de mister eller får redusert empati og forståelse for ungdommen. Som terapeut med relasjonsintensivt arbeid er man utsatt for omsorgstretthet eller compassion fatigue. Kjetil Moen reflekterer over dette i sin doktoravhandling «Death at work» (Moen, 2016). Det er viktig at dette blir fanget opp både av hensyn til behandleren og ungdommen og da er konsultasjonsteamet en mulighet.

Konsultasjonsteamet skal blant annet hjelpe individual terapeuten til å holde seg i det terapeutiske rommet. En av behandlerne fortalte at de en stund serverte mat til ungdommene uten at det ble reflektert over. Dette ble fortalt som et eksempel på å bevege seg ut av terapirommet og i en annen rolle. Behandlerrollen ble utvidet til praktiske omsorgsoppgaver og dermed også mer utydelig for ungdommen. EUP kan fremtvinge slik rolleendring for å få sitt foreldrebehov dekket. Gabbard og Wilkinson skriver at EUP kanskje heller søker foreldreatferd hos behandleren enn behandling av psykisk lidelse (Gabbard & Wilkinson, 1996, s. 51).

Som behandler bør man jo være omsorgsfull og empatisk innstilt overfor ungdommen men en må unngå å forsøke å fylle foreldrerollen (Gabbard & Wilkinson, 1996, s. 51). Foreldre og behandler rollene har ulike funksjoner. Det er eksempelvis rimelig å anta at en forelder styres mer av følelsene for barnet sitt enn hva en gjør som behandler. En behandler skal foreta en faglig vurdering av ansvar som er forsvarlig på kort sikt og øker bedring på lang sikt. DBT behandleren skal være en trygg, stabil voksen som kan gi støtte til adekvat problemløsning.

Fleksibiliteten som følger med telefontilgjengeligheten nevnes av flere av behandlerne som positiv. Ungdommen forplikter seg blant annet til å kontakte behandleren for å be om hjelp til å bruke kriseferdigheter. Det virker som om telefontilgjengeligheten kan være en trygghet for behandleren og dermed øke bruken av ansvar.

Samme fleksibiliteten finner man ikke i oppbyggingen av metoden. DBT er delvis manualbasert og med ufravikelige og kanskje rigide krav til deltakelse for ungdommen. Den tydelige behandlingsstrukturen gir god veiledning til behandlerne og forutsigbarhet og trygge rammer for ungdommen. Men kan denne fastlagte strukturen også gi lite rom for til individuelle tilpasninger? I en artikkel fra Psykologtidsskriftet kan man lese at manualbaserte metoder formes av behandlerens bruk. En fleksibel innstilling hos terapeuten kan gjøre tilpasning av manualbaserte metoder mulig (Stafset, Gomes & Arnberg, 2011). DBT behandleren kan tilrettelegge slik at behandlingen justeres ungdommens behov på tross av den noe rigide formen av metoden.

Samarbeidspartnere

Informantene anser foreldre, barneverntjeneste, skole og andre samarbeidspartnere som viktige støttespillere for ungdommen. Dette støttes av Mehlum og Asarnow i artikkelen «Practitioner review of suicidal adolescents». Der omtales god voksen støtte rundt en selvmordstruet ungdom som like effektivt som å bruke bilbelte i en bilulykke (Asarnow & Mehlum, 2019). Noen av behandlerne sier at ansvaret fordeles mellom ungdom og omsorgsbasen. Ungdommens kapasitet hva angår bruk av ferdigheter, modenhet og alder tas også med i vurderingen. Inntil man er myndig som 18 år er man under foreldrenes eller barnevernets omsorg. Desto eldre ungdommen er, jo mer selvstendighet skal de ha. (NOU 2004:16, 2004). Foreldre eller annen omsorgbase deltar i ferdighetsgruppene.

Men samarbeidet med foreldre og barnevernstjeneste kan også være vanskelig. Behandlerne forteller om motstand, spesielt i vurderinger av innleggelse. Foreldre og samarbeidspartnere blir naturligvis påvirket av suicidal og selvskadende atferd. Kanskje ser de den umiddelbare hjelpen i en innleggelse. Utenom ved akutt forhøyet risiko for suicid, unngår DBT sengepostinnleggelser. Til tross for at ungdommen har et høyt lidelsestrykk og tydelig smerteutrykk. Noen av ungdommene ønsker innleggelse og kan komme til å «sprengte seg inn på post» som en av informantene formulerte det. Det antyder at behandlere kan oppleve seg tvunget av situasjonen til å øke beskyttelsen og å redusere ungdommens ansvar. Dette til tross for at evidensbasert forskning fraråder dette på lang sikt. Her møter man dilemmaet mellom å gi lindring og hjelp på kort sikt versus utsikten til varig bedring (Stangeland et al., 2018).

5.2 Relasjonelle faktorer

Kvalitet på relasjonen

Bruce Wampold har forsket på de såkalte fellesfaktorene, om hvilke faktorer som predikerer godt behandlingsutbytte. Han viser til faktorer ved selve behandleren i tillegg til rammene rundt terapien. Faktorene er gyldige uavhengig av type terapi (Wampold & Carlson, 2011). Flere av faktorene er relasjonelt orienterte som eksempelvis terapeutisk allianse, empati, respekt og terapeutens oppmerksomme nærvær (Nissen-Lie, 2018). Relasjonelle faktorer er essensielle i alle behandlingsmetoder, også DBT for ungdom.

DBT terapeutene er klare på at behandlingen ofte formes av kvaliteten på relasjonen. Behandlerne jeg intervjuet meddelte at styrken på den emosjonelle koblingen mellom ungdommen og dem, påvirker vurderingene deres. Den følelsesmessige tilgangen kan styrke deres tro på at ungdommen kan klare seg ved å bruke ferdigheter istedenfor å skade seg. Dårlig relasjonell kontakt gjør det vanskeligere å avgjøre grad av ansvar i behandlingen. Dette støtter opp under betydningen av terapeutisk allianse slik det er formulert av Bordin. Han definerte enighet om mål, fordeling av arbeidsoppgaver, samt en følelsesmessig kobling mellom behandler og pasient som innholdet terapeutisk allianse (Bordin, 1979).

Flere av behandlerne pekte på at den følelsesmessige kontakten påvirkes av overføringer og motoverføringer. Når behandleren er bevisst overføringene kan disse

være nyttige i behandlingen. Er behandleren derimot ikke oppmerksom på mekanismene kan avgjørelser tas på feil grunnlag.

DBT har som en del av den atferdsterapeutiske tradisjonen nærmet seg den psykodynamiske forståelsen av terapeutisk allianse. Utviklingen av felles forståelse mellom psykodynamisk tradisjon og atferdsterapeutisk tradisjon er beskrevet blant annet i artikkelen «Den terapeutiske alliansen» (Falkum, 2018).

Overføring og motoverføring

Behandlerne som ble intervjuet ser det er mulig at de påvirkes av overføringene fra ungdommen når det gjelder bruk av ansvar. Marsha Linehan beskriver blant annet at behandlere kan bli sinte, skuffet eller oppføre seg respektløst i relasjonen (Miller et al., 2007) Hun skriver videre at hvis behandleren slutter å vise medfølelse, øker sjansen for at ansvaret oppfattes som en straff. Behandlere kan oppleves som fastlåste, avvisende og kanskje til og med straffende (Linehan, 1993). Dette stemmer overens med funn fra Kong sin undersøkelse om bruk av ansvar i behandling av EUP. Resultatet viste at omsorgsfull bruk av ansvar kan føre til bedring. Hvis bruken ble oppfattet som ansvarliggjøring kunne det øke selvdestruktive handlinger. Hvis ungdommen føler seg klandret og skamfull over å ha mislykket, øker sjansen for selvdestruktive handlinger (Kong, 2019).

Effekten av riktig bruk av ansvar i behandlingen korrelerer med funn fra Mehlum sin review om endring i DBT (Mehlum, 2021). Reviewen viser at høyt nivå av validering kan gjøre den terapeutiske alliansen til en endringsmekanisme. Validering er når behandleren forteller ungdommen at reaksjonen deres er forståelig og gir mening, sett i lys av tidligere erfaringer. Terapeuten kommuniserer sin aksept av ungdommen og at deres følelse og handlinger tas seriøst (Linehan, 1993). Validering kan forstås som det motsatte av å klandre eller å beskyldte ungdommen for noe og kanskje derfor føre til endring. Man kan eksempelvis validere at følelsene blir så sterke og vanskelige å håndtere at ungdommen velger å skade seg. Men en bekrefter ikke at selvskading er en god løsning (Linehan, 1993).

I følge de erfarne behandlerne kan det tidvis være en prøvelse å forholde seg til ungdommene. Ungdommene har ofte utviklet strategier som vekker lite forståelse og

empati. De kan oppfattes som utakknemlige og være vanskelige å behandle (Ekeberg et al., 2019). Linehan hevder at det er nettopp da DBT terapeuten må lete etter årsaken til ungdommens reaksjon. Skjønner behandleren hvorfor ungdommen reagerer som den gjør, er det lettere å validere ungdommens følelser, handlinger og tanker (Linehan, 1993). Ungdom med trekk av EUP kan jobbe intenst for å få hjelp på den måten de selv vil (Berglund et al., 2015). En av behandlerne omtaler det som å få tak i ungdommens valide prosjekt. Klarer man det åpnes det muligheter for god terapeutisk allianse.

Ifølge de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging skal behandlere i offentlig helsevesen vurdere risiko for suicid (Sosial-og helsedirektoratet, 2008). Vurderingen kan konkludere med behov for akutt innleggelse og slik redusere faren for at ungdommen tar livet sitt på kort sikt. Innleggelse kan bidra til å øke faren for suicid på lang sikt (Stangeland, 2016b). Risikovurderinger kan også føre til at behandlere blir opptatt av å beskytte seg selv og sin egen vurdering (Østlie, 2020). Det var kun en av informantene som nevnte at behovet for å sikre seg sin egen vurdering kunne styre bruken av ansvar i behandlingen. Jeg ble noe overrasket over dette da det var noe jeg forut for undersøkelsen antok ville være et resultat.

Å miste en pasient i selvmord er vondt også for behandleren. Det omtales blant annet i reportasjen «Etterlatt» hvor psykologspesialist Hagermann og overlege Bjørke Bertheussen forteller om sine erfaringer (Halvorsen, 2020). I forordet til de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern heter det: «*Selvmord og selvmordsforsøk er en stor påkjenning først og fremst for pårørende og etterlatte, men også for helsepersonell som opplever dette i sitt kliniske virke*». (Sosial-og helsedirektoratet, 2008).

Kjetil Moen har skrevet om hvordan vi i vår moderne tid forholder oss til døden. Tidligere var døden en naturlig del av livet og man verken kunne eller burde beskytte seg mot den. I dagens samfunn er døden nesten fjernet fra hverdagen til folk flest og finnes nå på sykehus og institusjoner. Det gjør at noen få mennesker som helsepersonell, prester og begravelsepersonell arbeider mye med døden. Resten av befolkningen har fått en større avstand til avslutningen av livet. DBT behandlere forholder seg til døden som et stadig alternativ for mange av ungdommene. Det hender dessverre at ungdommene dør av suicid mens de er i behandling. Informantene anser at frykten for at en ungdom kan komme til å ta livet sitt, kan påvirke vurderingene av bruk

av ansvar. Begrepene vikarierende traumer og sekundær traumatisering er aktuelle konsekvenser av å arbeide i dette feltet.

Overføring og motoverføring blir igjen en aktuelt å trekke frem i diskusjonen. En av behandlerne sier i undersøkelsen at det kreves oppmerksomhet på ansvarsbruken, for å unngå å øke frykten hos ungdommen. Reduseres ansvaret kan behandleren tolkes som at vedkommende ikke er redd for at ungdommen skal skade seg.

5.3 Forståelsen av ansvar

Menneskesyn

Når informantene snakker om ansvar, så fremkommer det et tydelig syn på ungdommen som et aktivt og selvstendig individ. Menneskesynet innbakt i DBT viser seg blant annet i antagelsene som metoden bygger på. Destruktive handlinger og dårlige strategier ses som en mestring av den smertefulle situasjonen ungdommen er i. Det dialektiske utgangspunktet anerkjenner at endring krever først akseptering av det som ønskes skal endret (Linehan, 1993).

Behandlingsrelasjonen er et samarbeid mellom to parter og krever aktiv deltakelse også av ungdommen. Den terapeutiske alliansen må være på plass. DBT antar at ungdommen har krefter og potensiale til å få et liv verdt å leve. Ungdommen er et selvstendig subjekt som har forpliktet seg til å samarbeide i behandlingen. Samarbeidet er symmetrisk og både behandler og ungdom har skrevet under på en felles avtale for behandlingen. Forpliktelse og motivasjon er avklart i forkant av behandlingen og det er således et godt utgangspunkt for å bruke ansvar. Flere av informantene mente det kunne være lettere å beslutte grad av ansvar i behandlingen nettopp fordi det gav en trygghet på at ungdommen jobbet for å holde seg i live.

Det er i kriser ungdommens manglende ferdigheter avsløres og det er da de får prøvd nye ferdigheter (Linehan, 1993). Troen på ungdommens kapasitet er sentralt i denne sammenhengen. Hvis behandlere unngår å gi ungdommen ansvar, så reduseres også synet på dem som kompetente individer. DBT behandleren gir ansvar til ungdommen som en naturlig del av samarbeidet. Ungdommen gis en aktiv rolle, og ikke en som passivt skal behandles og ordnes.

Ungdommen forplikter seg til å delta i ferdighetsgruppene og til individualterapeutiske samtaler.

Hva kan man ikke ta ansvar for?

En av resultatkategoriene omhandler informantenes tanker om hva de ikke kan ta ansvar for. Ifølge de nasjonale retningslinjene må det i arbeid med mennesker med kronisk suicidalitet regnes en forhøyet risiko for selvmord. Her kommer man tilbake til viktigheten av å ha en klar rolleutforming som behandler. Det er neppe beroligende å lese dette avsnittet i retningslinjene om man er en bekymret forelder. Men de intervjuede behandlerne opplevde dette avsnittet som en støtte i arbeidet.

Retningslinjene angir en høyere forventet dødelighet i gruppen av EUP som at risikoen ligger i selve lidelsen. Det kan tolkes som at behandlere ikke kan stilles til ansvar for tragedien det er når en ungdom tar sitt eget liv.

Videre erkjennes at ingen mennesker kan ha ansvar for et annet menneskes handlinger. I et foredrag på SUS fredag 07.05.21 brukte Kjetil Moen begrepet ansvarsfelle for å beskrive en slik situasjon. Det skjer dessverre at ungdom tar livet sitt til tross for en fungerende kriseplan og telefonmulighet. Situasjonen for DBT behandlerne er nokså lik helsepersonell i somatisk helsevesen som jobber med dødssyke pasienter uten mulighet overlevelse. Kronisk suicidale ungdom har ikke en slik dødsdom, men de kan likevel være alvorlig syke. I likhet med kolleger fra somatikken så vil behandlere i etterkant av dødsfall ved suicid gruble over egen rolle, og om det var noe som kunne vært gjort annerledes. Kanskje har DBT behandlerne en like vanskelig posisjon etter dødsfall? Igjen fremkommer dilemmaet mellom å beskytte i øyeblikket versus effektiv behandling og fungering på lang sikt. Kanskje er det større forståelse og aksept for at mennesker dør etter ulykker og alvorlig somatisk sykdom enn av alvorlig psykisk sykdom?

En av informantene viste til filosofien og kartleggingsverktøyet CAMS. Der hevdes at en reell forhindring av suicid krever en evig innleggelse med full overvåkning (CAMS care, 2021). En slik behandling vil kunne øke sannsynligheten for suicid artikkelen «I skyggen av selvmordsrisiko» beskriver (Stangeland, 2016b).

En av informantene sa at både eksterne samarbeidspartnere og foreldre kan føle ansvaret for å holde ungdommen sin i live. På tross av at foreldre har et omsorgsansvar

for ungdom under 18 år, så kan de ikke holdes ansvarlige for alle ungdommens handlinger.

Her påvirker nok det emosjonelle båndet og beskyttelses instinktene som omsorgspersonene har overfor barnet sitt, slik vi kjenner fra tilknytningsteorien.

Beskyttelse av behandleren selv var ikke en resultatkategoriene og det var noe overraskende. I intervjuene er det kun en informant som sier noe om «å holde ryggen sin fri». Slik jeg tolker den behandleren, er det mer som en hypotese om at det kan være noe som påvirker behandlere. Jeg oppfatter ikke temaet som spesielt aktuelt og viktig for DBT behandlerne og har derfor ikke gitt det plass i resultatkategoriene.

Styrker og svakheter ved oppgaven samt fremtidig forskning

Jeg har gjennomført hele prosjektet alene og det vil si at hele forskningsprosessen ble utført og tolket av kun meg. Det åpner for et smalt forståelsesgrunnlag med lite motstand. Jeg har vært bevisst på dette gjennom prosessen og forsøkt å ha et aktivt og åpent blikk og utgangspunkt. Jeg har søkt motargumenter for mine tolkninger av dataene og funnene. Jeg har vært trofast til analysemetoden og forsøkt å være transparent i alle steg. Veileder har gitt meg kritiske og jevnlige tilbakemeldinger som jeg har tatt til etterretning. Veileder har slik sett vært en delaktig samarbeidspartner til prosjektet. Jeg har jevnlig drøftet ulike teorier og perspektiver med min mann. Alle disse punktene har forhåpentligvis bidratt til et åpent og spennende forskningsprosjekt som bærer informantenes stemme og budskap.

De fleste sitatene kan knyttes til utsagn fra flere informanter. Samtidig er det tydelig at noen informanter er mer siterte og vektlagt enn andre. Det er i seg selv ikke et problem, men jeg reflekterer over hvorfor det er blitt slik (Malterud, 2017, s. 110).

Resultatkategoriene bød på overraskelser og det tolker jeg at jeg har klart å holde en åpen innstilling underveis uten å være for preget av forforståelsen.

Intervjusituasjonen ble som sagt preget av koronasmittevern og ble gjennomført på ulike måter. Jeg hadde ulik kjennskap til informantene og det kan ha påvirket utfallet av intervjuene. Samtidig så opplevde jeg å få gode svar av alle informantene og kanskje aller mest av en jeg aldri hadde møtt.

Det er få forskningsresultat å sammenlikne funnene direkte med. Det var noe av årsaken til at det kunne forsvares å forske på problemstillingen. Men forskning på relevante tema som behandleres behov for å beskytte seg selv i helsevesenet og endringsfaktorer i DBT har gitt mening i forhold til resultatkategoriene.

Faktorer som alder, grunnutdanning, og kjønn ble ikke vektlagt da jeg vurderte at det i denne undersøkelsen ikke hadde særlig relevans. I ettertid ser jeg at det kunne vært interessant å vite mer om disse variablenes påvirkning til bruk av ansvar. For å kunne behandle ungdom med kronisk suicidalitet og selvskade enda mer effektivt, vil økt innsikt angende disse faktorene kunne være nyttig. Det vil kunne være et fremtidig forskningsprosjekt.

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Studien har gjennom en kvalitativ forskningsprosess satt søkelys på hva som styrer DBT behandleres valg mellom å gi ansvar og ta ansvar. Behandlerne gir et poliklinisk behandlingstilbud til ungdom mellom 13-18 år. Behandlerne som ble intervjuet delte sine erfaringer fra praksis. Etter å ha analysert tekstmaterialet ble det identifisert tre resultat kategorier og seks subgrupper.

Resultat kategorien «støtte og motstand» gav subgruppene «DBT som metode» og «samarbeidspartnere». Resultat kategorien «relasjonelle faktorer» hadde subgruppene «kvalitet på relasjonen» og «overføring/motoverføring».

Resultat kategorien «forståelse av ansvar» hadde subgruppene «menneskesyn» og «hva kan man ikke ta ansvar for?»

6.2 Konklusjon

Forskningsprosjektet konkluderer med DBT behandlerne kan finne støtte i en klar og tydelig metode om hva en bør gjøre når det kommer til ansvar. Videre er det en trygghet når ungdommen har støtte i familie og annet nettverk. Et støttende nettverk er et godt grunnlag for å velge å gi ansvar til ungdommen. Overføring og motoverføring kan forstyrre den viktige terapeutiske relasjonen om behandleren ikke oppmerksom på dette.

Kvaliteten på relasjonen styrer valget om bruk av ansvar og det er i tråd med øvrige forskningsresultat. Til slutt poengteres menneskesynet å ligge til grunn for valg av ansvar. Det er mye vekst potensiale i en omsorgsfull bruk av ansvar.

Å ha ansvaret for seg selv og sine handlinger i den grad det er mulig øker sjansen for langsiktig bedring. Samfunnet kan spares for utgifter i forbindelse med akutthjelp og innleggelse. Det vil ikke minst bety mindre bekymring og lidelse for ungdommen og deres pårørende.

Referanseliste

- Aasheim, A. & Røren, I. (2021, 19. Mars). Halvparten hadde fortalt noen om selvmordstankene sine. *Stavanger Aftenblad*.
- Asarnow, J. R. & Mehlum, L. (2019). Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents – advances in suicide prevention care. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 60(10), 1046-1054.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13130>
- Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqveland, J. (2015). Behandling ved kronisk suicidalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 52(10), 872-877. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/10/behandling-ved-kronisksuicidalitet?>
- Bjerke, E. (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi, 2016(22). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.16.0427>
- Blinkenberg, J. & Johansen, I. H. (2012). *Legevakthåndboken* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Hentet fra <https://www.lvh.no/>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and loss: vol. 1: Attachment* (bd. 254). London: Pimlico.
- CAMS care. (2021). Proven suicide treatment training. Hentet 20.mai fra <https://camscare.com/>
- Ekeberg, Ø., Hartveit, E. K., Urnes, Ø., E. Ulltveit-Moe, I. & Hem, E. (2019). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 19(15).
<https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.19.0492>
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2017). Kronisk suicidal? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 2017(21). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.17.0630>
- Falkum, E. (2018). Den terapeutiske alliansen. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 18(13). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.18.0331>
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelse rapporten. Hentet 20.mai 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2014 14.desember). Selvmord i Norge. Hentet 20.mai 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). Dødsårsak registeret. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). Ekspertgruppe skal foreslå tiltak for psykisk helse. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ekspertgruppe-skal-foresla-tiltak-forpsykisk-helse/id2838322/>
- Gabbard, G. O. & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline-behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gratland, W. & Nergård, A. (2017). Også hjelperne kan bli traumatisert. *Sykepleien*, 2017. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63864>
- Grohol, J. M. (2011). Marsha Linehan Acknowledges Her Own Struggle with Borderline Personality Disorder. *Psych Central*. Hentet fra <https://psychcentral.com/blog/marsha-linehan-acknowledges-her-own-strugglewitwith-borderline-personality-disorder#1>

- Halvorsen, P. (2020). Etterlatt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 642-645. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/2020/08/etterlatt>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2020). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Hentet fra www.regjeringen.no
- Helseforskningsloven. (2018). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsetilsynet. (2020). Oversikt-varsel om alvorlig hendelse i helse og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorligehendelser/oversikt/>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karterud, S. (2018). Personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 2018(5). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.18.0100>
- Kennair, L. E. O. & Hagen, R. (2014). *Psykoterapi: tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kong, C. (2019). Nurture before responsibility: self-in-relation competence and self-harm. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(1), 1-18.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåss, E. (2020, 26.05.2020). terminal. I E. Hem (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/terminal>
- Lid, I. M. & Klepp, O. (2018, 9.mars 2018). palliativ behandling. I T. K. Olsen (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/palliativ_behandling
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Malt, U. (2019). Motoverføring. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/motoverf>
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I. & Årslund, D. (2018). *Lærebok i psykiatri* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 89-93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Mehlum, L. & Jensen, A. I. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 2006(22). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2006/11/aktuelt/suicidal-atferd-ved-ustabilpersonlighetsforstyrrelse>
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Grøholt, 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 & Psychiatry*, 60(10), 1112-1122. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13077>
- Mehlum, L. & Tørmoen, A. J. (2014). Dialektisk atferdsterapi. *Suicidologi*, 19(3). Hentet fra <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/2266/2129>
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.

- Moen, K. (2016). *Death at work An interpretation of biographical narratives of professionals in end of life care* (Doktoravhandling). Universitetet i Stavanger.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning forebygging. (2020a). Hva er DBT? Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurskonferanser/utdanning/dbt/om-dbt/index.html>
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning forebygging. (2020b). OM DBT. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurskonferanser/utdanning/dbt/om-dbt/index.html>
- Ness, E., Fixdal, T., Torper, J. L., Jakobsen, I., Thomassen, A., Aarøen, K., ... Hymer, K.-E. (2015). Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2015(25). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.15.0506>
- Nissen-Lie, H. A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 416-427. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/effekten-avpsykodynamisk-psykoterapi>
- Norsk barnelegeforening. (2019). Pediatriveiledere, Selvskading og suicidalatferd. Hentet 20.10.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatrici/psykosomatiske-plagervansker-atferdsproblemer/selvskading-og-suicidalatferd>
- Norsk pasientskadeerstatning. NPE. Hentet 24.04.2021 fra <https://www.npe.no/>
- NOU 2004:16. (2004). *Vergemål*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-16/id386510/?ch=8>
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. . New York: Norton.
- Polyteknisk forening. (2020, 11.09.20). *Selv mord: Hva vet vi og hva gjør vi?* Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=NJhhq6h2Lsg>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Qin, P. & Mehlum, L. (2021). National observation of death by suicide in the first 3 months under COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 92-93. <https://doi.org/10.1111/acps.13246>
- Reedtz, C. & Wergeland, G. J. (2020). Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) Hentet 2:3 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/aktuelt/aktuellesaker/2020/ny-oversiktsartikkel-om-dbt-a.html>
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse. (2018). Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak. Hentet fra <https://tiltakshandboka.no/no#>
- regjeringen.no. (2020). Statsministerens innledning på Åpent hus om selvmordsforebygging. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-innledning-pa-apent-husi-forbindelse-med-markeringen-av-verdensdagen-for-selv-mordsforebygging>
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solhaug, I. (2019). Mindfulness. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/mindfulness>
- Sosial-og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet fra

- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selv-mord-ipsykisk-helsevern/Forebygging>
- Stafset, L. K., Gomes, J. E. V. & Arnberg, K. (2011). Manualbasert terapi: erfaringer, muligheter og utfordringer. *Psykologi*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2011/10/manualbasert-terapi-erfaringer-muligheter-og-utfordringer>
- Stangeland, T. (2016a). I skyggen av selvmordsrisiko. *Psykologisk.no*, 2016. Hentet fra <https://psykologisk.no/sp/2016/02/e3/>
- Stangeland, T. (2016b). I skyggen av selvmordsrisiko. *Psykologisk.no*, 2016. Hentet fra <https://psykologisk.no/sp/2016/02/e3/>
- Stangeland, T., Hammer, J., Heggdal, D., Larsen, K., Stanicke, L. L., Øverland, S. & Aarre, S. F. (2018). Faglig motmæle mot Helsetilsynet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 55(12), 1142-1146. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2018/11/faglig-motmaele-mot-helsetilsynet>
- Statens helsetilsyn & World Health Organization. (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021, 25.mars 2021). Barn og unges psykiske helse et år inn i pandemien. Hentet fra <https://www.facebook.com/events/213004040609523/>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thoresen, B. (2015). Senskader; - Ble et sintere menneske. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/bladet/2015/senskader-per-isdal>
- Thorgaard, L. & Haga, E. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3. utg. utg., bd. B. 1). Stavanger: Hertervig forl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranøy, K. E. (2019). metode. I *Store norske leksikon*. Hentet 15.mai 2021 fra <https://snl.no/metode>
- Tranøy, K. E. (2021). ansvar. I *Store norske leksikon*. Hentet 19.mai 2021 fra <http://snl.no/ansvar>
- Ulberg R, Hummelen B, Hersoug AG, Midgley N, Høglend PA & HJ., D. (2021). The first experimental study of transference work-in teenagers (FEST-IT): a multicentre, observer- and patient-blind, randomized controlled component study. *BMC Psychiatry*. 2021 Feb. <https://doi.org/doi: 10.1186/s12888-02103055-y>.
- Uliaszek, A. A., Hamdullahpur, K., Chugani, C. D. & Tayyab, R. (2018). Mechanisms of change in group therapy for treatment-seeking university students. *Behaviour Research and Therapy*, 109, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.07.006>
- Wampold, B. E. & Carlson, J. (2011). *Qualities and actions of effective therapists*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Wennerberg, T. & Arneberg, T. J. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.
- Østlie, K. (2020). Ryggen fri. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(1). Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2019/12/ryggen-fri>

Vedlegg 1: Forkortelser

CAMS forkortes til Collaborative Assessment and Management of Suicidality

Dialektisk atferdsterapi forkortes til DBT

Folkehelseinstituttet-FHI

Helse- og omsorgsdepartementet- HOD

Nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging forkortes til NSSF.

Norsk pasientskadeerstatning –NPE Posttraumatisk

stresslidelse- PTSD

Statens undersøkelseskommissjon for helse -og omsorgstjenesten kalles Ukom

Systematisk tekstkondensering forkortes til STC som henviser til opprinnelig engelsk versjon

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide:

Overordnet tema: hva styrer DBT behandlerens valg mellom å gi ansvar og å ta fra ansvar i behandling av ungdom med kronisk suicidalitet og selvskade?

1. Hva tenker du om terapeutisk allianse og relasjonsarbeid i DBT?
2. Kan du si litt om hvordan du opplever behandling av kronisk suicidale og selvskadende ungdom med DBT og med vanlig terapi?
3. Hva tenker du om magefølelsen sin rolle i det å gi eller å ta fra ansvar?
4. Hva tenker du om ungdommens ansvar for seg selv og sine handlinger?
5. Hva er dine erfaringer om usikkerhet rundt å gi ansvar eller å ta fra ansvar?
6. Har du opplevd det vanskelig å begrunne hvorfor du har gitt eller tatt ansvar fra ungdom i suicidal fare? Hvis du har, kan du fortelle litt om det?
7. Kan du fortelle om et eksempel på at ansvar har gitt ungdommen tro på egen mestring?

-Vil du legge til noe som du tenker er viktig å få med i denne sammenhengen?

Vedlegg 3: Informasjons og samtykke skjema



Invitasjon til å delta i forskningsprosjektet:

” Ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading:

Hva styrer DBT behandlerens valg mellom å gi ansvar og å ta fra ansvar”? Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva som styrer DBT behandleres valg mellom å gi ansvar og å ta fra ansvar.

Formål

Formålet er å få økt kunnskap om faktorer som påvirker behandlere i valget mellom å gi ansvar og å ta fra ansvar i DBT behandling av ungdom.

Intervjuet vil være grunnlag for en masteroppgave i relasjonsbehandling, individualterapeutisk fordypning.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Studien gjennomføres av Tone Stålesen, klinisk sosionom og masterstudent i relasjonsbehandling.

Faglig veileder er Johannes Langeveld, psykologspesialist og professor II ved UiS. Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Utdanningen er et samarbeid mellom UiS og Stavanger Universitetssjukehus

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du inviteres til å delta i et dybdeintervju i et kvalitativt forskningsprosjekt. Utvalget er basert på intervjupersonenes relevante utdanning og erfaring. Det vurderes at intervjupersonene kan bidra opplysninger med høy informasjonsstyrke. Utvalget består av fire personer med erfaring som individual terapeuter i DBT for ungdom. De inviterte er ansatte i ulike helseforetak. Faglig bakgrunn varierer. Alder og kjønn er ikke vektlagt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Intervjuet er tenkt gjennomført januar 2021 og kan gjennomføres på ditt kontor eller på annet egnet rom, eventuelt digitalt.

Samtalen vil bli tatt opp på båndopptaker lånt fra SUS. Intervjuet vil så bli transkribert og oppbevart på sikker datalagring i henhold til interne forskrifter. Jeg vil notere observasjoner som ikke oppfattes av båndopptaker etter intervjuet er slutt. Du vil få anledning til å stille eventuelle spørsmål i etterkant.

Jeg anslår at samtalen vil vare en time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysninger om deg behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun prosjektleder vil ha tilgang til identifiserende opplysninger om intervjupersonene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Data vil bli oppbevart på sikker lagringsplass ved SUS.

Det er kun prosjektleder som er involvert i innhenting av opplysninger, data vil kunne drøftes med veileder i forbindelse med analyse.

Masteroppgaven vil bli utformet slik at personvern ivaretas og det ikke er mulig å identifisere intervjupersonene.

Ytterligere spørsmål kan rettes til personvernombudet@sus.no eller på tlf 51 51 80 00.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet? Opptak og eventuelle andre opplysninger slettes når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 16 juli 2021.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Inge Joa på tlf: 91392373/ Tone Stålesen på tlf: 92693579

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading: Hva styrer behandlerens valg mellom å gi ansvar eller å ta fra ansvar», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

| å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet -----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Godkjenning fra Personvernombudet ved SUS

Vedrørende "2091 - Ungdom med kronisk suicidalitet og selvskading; Hva styrer DBT behandlerens valg mellom å gi ansvar og å ta fra ansvar?"

Hei,

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a).

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen. Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkssjef/ene før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.

5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
7. Data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (e Protokoll ID) fylles ut i søknadsskjemaet og selve godkjenningsbrevet må også legges ved. Annen lagringsform forutsetter godkjenning av personvernombudet.
8. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
9. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 16.07.21 og sluttmelding skal sendes til PVO.
10. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet..
11. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 16.07.21
12. Sluttdato i samtykke som skal benyttes må rettes opp til 16.07.21
13. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger SUS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med vennlig hilsen

Personvernombud

Rafal Yeisen

Gå inn på skjemaet og kontroller status og tilbakemelding.

<https://eprotokoll.ihelse.net/form/2091/D3C6552F19418551>

Vedlegg 5: Godkjenning av Klinikksjef

Hei Tone – lykke til med interessant prosjekt.

Er herved godkjent

Vennlig hilsen

Lars Conrad Moe

Klinikksjef

51515528/41426761 Helse

Stavanger HF www.sus.no

Et prosjekt ved din avdeling er gjennomgått mht. personvern og informasjonssikkerhet.

Status på saken er "Tilrådd"

Avdelingen må sikre at prosjektet gjennomføres i tråd med foretakets rutiner, sikkerhetsinstruks og regler om taushetsplikt. Du finner skjema og tilbakemelding her

<https://eprotokoll.ihelse.net/form/2091/F79D0356F22DEFA6/preview> Du kan benytte lenken nedenfor for å se liste over prosjekter meldt i e Protokoll tilknyttet din avdeling:

<https://eprotokoll.ihelse.net/manager/26578/F79D0356F22DEFA6>