Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelser grunnet villet egenskade etter Basal Eksponeringsterapi (BET)

Av Jan Hammer, Kristoffer Ludvigsen, Didrik Heggdal og Roar Fosse

SAMMENDRAG

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmodell spesielt utviklet for pasienter med alvorlige og sammen-satte psykiske lidelser. Karakteristisk for pasientgruppen er psykosesyntomer, dissosiasjon, spiseforstyrrelser og emosjonell ustabilitet i kombinasjon med gjentatte episoder med villet egenskade (VE) og selvmordsforsøk. I en retrospektiv journalgjennomgang for 27 pasienter sammenliknet vi innleggelser knyttet til VE i somatikk og psykisk helsevern 12 måneder før og etter BET. Færre pasienter ble innlagt med VE etter BET (12 av 27) enn før BET (22 av 27), en nedgang på 45 %. Antall innleggelser knyttet til VE sank fra 123 til 47, en nedgang på 62 %. Parallelt fant vi en nedgang i pasientenes unngåelse av uønskede indre opplevelser ("experiential avoidance") målt med Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Få innleggelser med VE etter BET var knyttet til både en nedgang i AAQ fra inntak til utskrivning og lave AAQ-skårer ved utskrivning. Funnene er i tråd med at behandlingstilnærminger som vektlegger aksept for indre opplevelser kan være et alternativ til behandling rettet mot symptomreduksjon for denne pasientgruppen.

Basal Exposure Therapy (BET) is an inpatient treatment modality developed for patients with severe and complex mental disorders. Characteristics of the patient group are psychotic symptoms, dissociation, eating disorders and emotional instability in combination with repeated self-harm and suicide attempts. In this retrospective study based on electronic patient records, we compared the number of admissions related to deliberate self-harm in both somatic and psychiatric hospitals 12 months before and after BET for 27 patients. Fewer patients were admitted to hospitals with deliberate self-harm after BET (12 of 27) compared to before BET (22 of 27), a 45 % reduction. The number of hospitalizations associated with deliberate self-harm decreased from 123 to 47, a 62 % reduction. This decline occurred in parallel with a reduction in the patients' experiential avoidance as measured with the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). A low number of admissions related to deliberate self-harm after BET was associated with a reduction in AAQ scores from admission to discharge as well as with low AAQ scores at discharge. The findings are consistent with the view that treatment approaches emphasizing acceptance of unwanted private events may be viable alternatives to a focus on symptom reduction in this patient group.

VILLET EGENSKADE (VE; ramme 1) er et utbredt folkehelseproblem både nasjonalt og internasjonalt (Briere & Gil, 1998; Klonsky et al., 2003; Ystgaard et al., 2003). Pasienter med VE legges inn i både somatiske sykehus og døgnsesjoner i psykisk helsevern (Carroll et al., 2016; Gunnell et al., 2008; Mellesdal et al., 2010; 2014). Risikoen for å bli lagt inn gjentatte ganger grunnet VE er særlig stor for kvinnelige pasienter og pasienter med depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser, ruslidelser eller angst/stresslidelser (Gunnell et al., 2008; Mellesdal et al., 2014). Det er ikke dokumentert at gjentatt døginnleggelse reduserer VE (Carroll et al., 2016; Hawton et al., 2015, 2016). I nasjonale retningslinjer advares det mot at pasienter med repetitiv VE gjentatte ganger legges inn i døgnavdelinger i psykisk helsevern fordi dette kan hindre etableringen av en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Hayes et al. (1996) introduserte begrepet experiential avoidance (EA) for å beskrive forsøk på å unngå uønskede, indre opplevelser (følelser, tanker, kroppslige opplevelser). EA defineres som en atferdskategori som

i hovedsak opprettholdes av negativ forsterkning, dvs. ved at ubehaget fjernes eller dempes. I tråd med dette har Chapman et al. (2006) utviklet en modell der hovedmotivasjonen bak og funksjonen av repetitiv VE ses som unngåelse av følelser og negativ affekt (Experiential Avoidance Model of Deliberate Self-harm). Repetitiv VE forstås da som sluttproduktet av en ond sirkel som starter med at individet skader seg selv for å dempe eller fjerne en uønsket emosjonell tilstand og dermed oppnår en midlertidig lindring. Over tid styrkes denne forbindelsen, slik at selvskadingen utføres nærmest som en automatisk respons på den emosjonelle tilstanden (Chapman et al., 2006). Modellens gyldighet understøttes av kvalitative og kvantitative studier (Edmondson et al., 2016). I en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen fant Edmondson et al. (2016) at VE oftest benyttes for å redusere stress og emosjonell smerte, etterfulgt av et ønske om å påvirke andre, straffe seg selv og håndtere dissosiasjon. I en spørreundersøkelse av ungdommer fant Howe-Martin et al. (2012) en sterk sammenheng mellom gjentatt VE og EA.

For behandling av voksne med VE viste en Cochrane-litteraturgjennomgang at medikamentelle tiltak ikke fører til signifikant reduksjon av VE (Hawton et al., 2015). Dette gjelder både nyere generasjons antidepressiva, lavdose fluphenazine, stemningsstabiliserende midler og naturprodukter. En studie i gjennomgangen viste at flupentiksol gav en betydelig reduksjon i VE, men denne studien hadde lav kvalitet. En annen Cochrane-gjennomgang av psykososiale tiltak konkluderte med at kognitiv atferdsterapi har moderat effekt for voksne med VE (Hawton et al., 2016). Gjennomgangen indikerte at gruppeterapi med fokus på emosjonsregulering, mentaliseringsbasert terapi og dialektisk atferdsterapi kunne redusere VE for pasienter med personlighetsforstyrrelser, men også disse studiene var av lav kvalitet.

RAMME 1: Vår forståelse av villet egenscade er basert på Ystgaard et al.s (2003) definisjon.

En handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende:

- initierte atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv,
- tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose,
- tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.

Studien som presenteres i denne artikkelen omhandler en heterogen pasientgruppe med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Felles for pasientgruppen er at de representerer en særskilt utfordring for helsevesenet. Erfaringen viser at deres alvorlige og sammensatte symptombilder og utøvelse av VE medfører hyppige og langvarige innleggelse i døgnsesjoner uten at de oppnår varig behandlingseffekt. Det typiske kliniske bildet består av vrangforestillinger, hallusinasjoner, dissosiasjon, spiseforstyrrelser og humørsvingninger. Flertallet av pasientene har komorbide tilstander og symptom- og funksjonsnivå gjenspeilet i Global Assessment of Functioning (GAF)-skårer under 35 (Heggdal et al., 2016).

Det foreligger ingen evidensbaserte behandlingsformer for den nevnte pasientgruppen. Basal eksponeringsterapi (BET) er en døgnbasert behandlingsmodell som primært er utviklet for disse pasientene (Heggdal et al., 2013).

Basal eksponeringsterapi (BET)

BET har vært under utvikling siden år 2000 og er implementert på en lukket psykoseseksjon i Vestre Viken Helseforetak. Sentrale inspirasjonskilder for BET har vært utviklingspsykologi (Bowlby, 2001; Crittenden, 2008), eksistensialistisk filosofi (Sartre, 2003) og kybernetisk forståelse av relasjoner, samhandling og endringsprosesser (Bateson, 1985). Behandlingen hviler

Behandlingen hviler på en antakelse om at pasientene frykter og derfor unngår en ekstrem opplevelses-tilstand som i BET er gitt betegnelsen eksistensiell katastrofeangst

på en antakelse om at pasientene frykter og derfor unngår en ekstrem opplevelses-tilstand som i BET er gitt betegnelsen eksistensiell katastrofeangst kan beskrives som en påtrengende frykt for å gå i oppløsning, bli oppslukt av en altomfattende tomhet eller bli sittende fast i evig smerte (Heggdal et al., 2013). Symptomer forstås som en konsekvens av at pasientene har utviklet ulike måter å unngå katastrofeangsten på og som gir kort-siktig lindring. Slik unngåelse kan føre til positive feedback-sløyfer som over tid innskrenker pasientenes kapasitet til å håndtere uønskede indre opplevelser. Samtidig kan helsevesenets forsøk på symptomlindring og atferdsregulering over tid ha bidratt til å vikle pasienten inn i et marginaliserende samspill som har svekket deres evne til egenmestring (Hammer et al., 2016; Heggdal et al., 2016; Heggdal et al., 2015). Målsettingen i BET er å hjelpe pasientene til å bryte ut av marginaliserende samspillsmønstre med helsevesenet. Dette gjøres ved å tilrettelegge for en terapeutisk

hverdag som fremmer normalisering av samhandling og terapisaamtaler hvor pasienten kan velge å eksponere seg for opplevelsen av eksistensiell fare istedenfor å fortsette å unngå slike opplevelser. Dermed får pasienten muligheten til å erfare at tanker og følelser kun er ubehagelige og ikke farlige.

Vår erfaring er at pasientene ikke er vant med å være i en arbeidsallianse med helsepersonellet. Mangel på motivasjon og opposisjon mot behandlere vanskeliggjør psykoterapeutiske prosesser (Heggdal et al., 2015). I BET brukes derfor mye tid på å tilrettelegge for at pasientene skal kunne velge å samarbeide om eksponering for eksistensiell katastrofeangst. Sentralt her er relasjonsarbeid med klargjøring av pasientenes verdier og psykoedukasjon for å fremme innsikt i hvordan unngåelsesatferd kan opprettholde og forsterke problemer. Reparasjon av alliansebrudd og konsolidering av arbeidsalliansen inngår som naturlige elementer i behandlingsprosessen. Det vektlegges å bekrefte og anerkjenne pasientens behov for unngåelse. Ved vegring og aktiv motstand mot eksponering inviteres pasienten til refleksjon rundt verdier, handlingsvalg og konsekvensene av å holde seg i gamle handlingsmønstre (Heggdal et al., 2013). Holdningen er at pasientens valg alltid skal respekteres. Terapeuten skal kun bidra til at valgene pasienten gjør er overveide og i tråd med hans/hennes egne verdier.

Den psykoterapeutiske prosessen i BET understøttes av en koordinert miljøterapi betegnet som komplekmentær ytre regulering (KYR) (Hammer et al., 2016). KYR gir pasienten utstrakt frihet til å velge å prøve ut nye, funksjonelle handlingsvalg. I forvaltningen av KYR brukes bekreftende kommunikasjon for å forebygge og de-eskalere dysfunksjonell atferd. Løsningsfokuserte intervensjoner benyttes for å understøtte pasientens mobilisering av sine ressurser og for å styrke mestrings-tillit. Hvis pasienten utøver handlinger som truer liv og helse, griper helsepersonell inn for å håndtere situasjonen og forebygge alvorlig skade. Slik inn gripen gjøres instrumentelt iht. lovverk og prosedyrer, men uten samtidige terapeutiske intervensjoner, da slike intervensjoner erfaringsmessig vil kunne forsterke pasientens tilbøyelighet til å ty til VE.

I likhet med andre nyere psykoterapeutiske modeller, som Dialektisk atferdsterapi, Metakognitiv terapi og Aksept og forpliktelsesterapi, vektlegger BET å hjelpe pasienter å endre sitt forhold til vanskelige tanker og følelser heller enn å forsøke å fjerne eller dempe slike opplevelser (Hayes et al., 2011; Lynch et al., 2006; Wells, 2007). Felles for modellene er fokuset på følelser, aksept, mindfulness og terapeutisk relasjon (Kahl et al., 2012). BET skiller seg imidlertid ut på flere måter. For det første er BET en transdiagnostisk behandlingsmodell utviklet for pasienter med et svært lavt psykososialt funksjonsnivå (GAF < 35). Med dette som utgangspunkt har BET i motsetning til andre psykoterapeutiske behandlingsformer vokst fram som en

integrert døgnbehandling. Videre er den sentrale, spesifikke terapeutiske faktoren i BET-modellen eksponering for den udiffrensiererte, fobiske tilstanden eksistensiell katastrofeangst.

Data fra en naturalistisk tidsseriestudie har vist signifikante bedringer, med store effektstørrelser, på symptom mål og funksjons mål fra inntak til utskrivning fra BET (Heggdal et al., 2016). I en innledende kvalitativ studie formidlet pasientene at de i BET lærte å forholde seg til uønskede indre opplevelser og derigjennom begynte å innta en aktiv rolle i egen bedringsprosess (Heggdal et al., 2015). En annen studie som sammenliknet KYR med ordinær behandling indikerte at KYR kan bidra til å redusere tvangsbruk (Hammer et al., 2016).

Formålet med studien

Vi undersøkte om VE-innleggelser i pasientgruppen er redusert etter BET. Vi tok utgangspunkt i en pragmatisk definisjon av VE-innleggelser som *innleggelser i somatisk sykehus eller psykisk helsevern der VE er en direkte eller medvirkende årsak*. Dette tilsier at skadens karakter eller alvorlighetsgrad gjorde at den ikke kunne håndteres i den kommunale helsetjenesten (fastlege, legevakt) eller at pasienten i tillegg til VE hadde et sammensatt tilstandsbilde som nødvendiggjorde døgninnleggelse.

Vi tok utgangspunkt i følgende antakelser: hvis BET bidrar til å redusere VE-innleggelser, så vil (a) færre pasienter ha VE-innleggelser i perioden etter BET sammenliknet med før BET, og (b) gjennomsnittlig antall VE-innleggelser reduseres for pasientgruppen som helhet. Videre antok vi at nedgang i VE-innleggelser vil være knyttet til reduksjon av EA; (c) som gruppe vil pasientene fremvise lavere grad av EA ved utskrivning enn ved behandlingsstart, (d) lav grad av EA ved utskrivning vil være assosiert med få VE-innleggelser etter BET, og (e) graden av nedgang i EA fra innleggelse til utskrivning vil være knyttet til færre VE-innleggelser etter BET.

Metode

I en retrospektiv journalgjennomgang fra april 2004 til mai 2016 innhentet vi data om VE-innleggelser i somatikk og psykisk helsevern for de siste 12 månedene før BET og de første 12 månedene etter BET. Data om VE ble sammenstilt med endringer i EA fra inntak til utskrivelse fra BET. Innhentning av EA-data er en del av klinikkens egen systematiske evaluering av BET, der alle pasientene gjennomgår en omfattende psykometrisk utredning ved inntak og utskrivning. Regional etisk komité har vurdert denne systematiske egen-evalueringen som et kvalitetsprosjekt som faller utenfor deres mandat (31. mars 2016, referanse 2016/480). Personvernombudet har tilrådd at data publiseres og «har vurdert prosjektets potensielle samfunnsnytte til å oppveie for den personvernmessige ulempen det medfører for den registrerte å ikke bli forespurt om deltagelse» (saksnummer 2016/17824).

Deltakere

Trettisju pasienter har gjennomført BET og vært utskrevet i minst ett år. Siden studien er basert på elektronisk pasientjournal (DIPS) i Vestre Viken, måtte vi ekskludere 10 pasienter som manglet DIPS-data. Fire av disse hadde vært innlagt før DIPS ble implementert og seks hadde vært behandlet i barne- og ungdomspsykiatrien eller ved andre helseforetak. De 27 inkluderte pasientene (snittalder 30.2 år, SD = 7.3) var alle kvinner. Dette beror på at tilbudet for psykosebehandling i Vestre Viken har vært organisert slik at pasienter som er til fare for seg selv (i hovedsak kvinner) henvises til seksjonen der BET tilbys, mens de som er til fare for andre (i hovedsak menn) behandles ved andre seksjoner, herunder en sikkerhetsseksjon. Gjennomsnittlig behandlingstid i BET for de 27 pasientene var 408 døgn (SD = 463.8, median 241 døgn). Ved inntak til BET var gjennomsnittlig GAF symptomskåre 30.5 (SD = 8.9) og GAF funksjonsskåre 32.4 (SD = 8.6). Diagnosene ved inntak er oppsummert i tabell 1.

Mål

Vi hentet ut informasjon fra DIPS og registrerte alle innleggelser, både i somatiske døgnseksjoner og døgnseksjoner innen psykisk helsevern, der VE var angitt som enten den direkte henvisningsgrunnen eller som en årsak til innleggelsen. Informasjonen ble tatt ut fra oversikten «vis innleggelser» og fra innkomst-journaler (under punktet «Aktuelt») skrevet av lege eller psykolog i oversikten «alle journaldokumenter». En innleggelse ble telt som «VE-innleggelse» når minst én av følgende 12 kategorier for VE, hentet fra instrumentet Lifetime Suicide Attempt Self-Injury interview (L-SASI) (Linehan & Comtois, 1996), ble nevnt som direkte henvisningsgrunn eller som en årsak til innleggelse: kuttet seg selv med vilje; tok med vilje en overdose av rusmidler/ medisiner; brant seg selv med vilje; prøvde å strangulere eller henge seg; hoppet ut fra et høyt sted for å skade seg selv; skjøt seg selv med et skytevåpen; svelget gift / kaustisk substans med vilje; kvelte seg selv / asfyksi; prøvde å drukne seg; knivkutt/ skar seg selv med vilje; slo hodet i noe eller slo seg selv; og «annet».

TABELL 1. Diagnoser

Diagnoser (hoved eller bi) ved inntak til BET	Antall pasienter (%)
Psykoselidelser F20-29	11 (41)
Affektive lidelser F30-39	10 (37)
Personlighetsforstyrrelser F60-69	14 (52)
Angst og stresslidelser F40-48	10 (37)
Ruslidelser F10-19	5 (19)
Andre diagnoser	< 5

EA ble målt med ni-spørsmålsversjonen av Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Hayes et al., 2004). AAQ er spesifikt utviklet for å måle EA. Spørsmålene besvares på en syv-punkts Likert-skala, med en maksimum på 63 poeng. Lav skåre reflekterer større vilje og evne til å forholde seg til uønskede indre opplevelser. I et spansk utvalg hadde et klinisk og et ikke-klinisk utvalg snittskårer på henholdsvis 44.7 (SD = 8.4) og 34.6 (SD = 5.4) (Mairal, 2004). AAQ har god indre konsistens og konvergent og diskriminant validitet (Hayes et al., 2004; Mairal, 2004). Sammen med andre fagpersoner har to av forfatterne (DH og RF) oversatt AAQ til norsk i henhold til standard prosedyrer.

Statistiske analyser

For å undersøke endringer i VE-innleggelser fra perioden før til perioden etter BET brukte vi først Kji kvadrat-testen for antall pasienter med minst én slik innleggelse og deretter Wilcoxon signed rank-testen for antall slike innleggelser per pasient. T-test for avhengige utvalg ble brukt til å undersøke endring i EA (AAQ-skårer) fra inntak til utskrivelse. Sammenhengen mellom VE-innleggelser etter utskrivning fra BET og henholdsvis AAQ-skårer ved utskrivning og endring i AAQ-skårer fra inntak til utskrivning ble først undersøkt med Pearson korrelasjonstest. Sammenhengene ble deretter undersøkt med t-tester for uavhengige utvalg, der pasientene ble delt opp i to grupper ut fra henholdsvis høy AAQ-skåre (> 40) versus lav AAQ-skåre (≤ 40) ved utskrivning og liten bedring (≤ 10 poeng) versus stor bedring (> 10 poeng) på AAQ fra inntak til utskrivning. Pearson korrelasjonsanalyser ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom tid i BET (antall liggedøgn) og antall innleggelser knyttet til VE før og etter BET.

Resultater

VE-innleggelser før og etter BET

22 av de 27 pasientene (82 %) hadde minst én VE-innleggelse før BET, mens 12 (44 %) hadde dette etter BET, en nedgang på 45 % og som var signifikant, $\chi^2 = 7.9$, $p = 0.0048$.

Det totale antallet VE-innleggelser for året før og året etter BET var 170 (M = 7.0, SD = 6.1, range 0-21) (tabell 2). Antall VE-innleggelser gikk signifikant ned (62 %) fra før BET (123 innleggelser, M = 4.6, SD = 4.8, range 0-16) til etter BET (47 innleggelser, M = 1.7, SD = 2.5, range 0-7), $p = 0.002$. Nedgangen var signifikant for VE-innleggelser i psykisk helsevern alene, $p = 0.002$, og i somatisk sykehus alene, $p = 0.009$.

Det var ingen sammenheng mellom tid i BET (antall liggedøgn) og antall VE-innleggelser før BET, $r = -0.001$, $p = 0.99$. Etter BET var det en tendens til en invers sammenheng, med færre VE-innleggelser for de med lang behandlingstid i BET, $r = -0.36$, $p = 0.065$.

Sammenheng mellom EA og VE-innleggelser etter BET

Tjueto av pasientene hadde data for AAQ ved både inntak og utskrivelse. EA målt med AAQ ble i snitt redusert fra 52.7 (SD = 6.8) før BET til 40.5 (SD = 9.1) etter BET, $t(21) = 7.2$, $p < 0.001$.

Pasientenes AAQ-skårer ved utskrivelse korrelerte signifikant med antall VE-innleggelser året etter BET, der lav AAQ var knyttet til få VE-innleggelser, $r = 0.57$, $p = 0.006$. De 10 pasientene med AAQ-skårer på 40 eller høyere ved utskrivelse hadde flere VE-innleggelser etter BET (M = 3.1, SD = 2.6) enn de 12 pasientene med AAQ-skårer under 40 (M = 0.6, SD = 1.7), $t(20) = 2.7$, $p = 0.014$.

Det var også en sammenheng mellom graden av reduksjon i AAQ-skårer fra inntak til utskrivelse og antall VE-innleggelser etter BET, der stor nedgang på AAQ var knyttet til få VE-innleggelser, $r = 0.52$, $p = 0.014$. En tilsvarende sammenheng forelå når antall VE-innleggelser ble sammenliknet for åtte pasienter med lav endring på AAQ fra innleggelse til utskrivning (≤ 10 poeng, M = 3.1 innleggelser, SD = 2.8) og 14 pasienter med stor endring på AAQ (> 10 poeng, M = 0.9 innleggelser, SD = 2.0), $t(20) = 2.2$, $p = 0.044$.

Diskusjon

Vi fant en signifikant nedgang i både antall pasienter med VE-innleggelser og i antall VE-innleggelser per pasient fra året før til året etter BET. I tillegg var antall VE-innleggelser i året etter BET assosiert med både lav

TABELL 2

Innleggelser knyttet til VE	Siste 12 mnd før BET, n (snitt; SD / median)	Siste 12 mnd etter BET, n (snitt; SD / median)
Antall innleggelser i somatikk	56 (2,1; 2,5 / 1)	25 (0,9; 1,7 / 0)
Antall innleggelser i phv ¹	67 (2,5; 2,9 / 2)	22 (0,8; 1,4 / 0)
Antall innleggelser totalt	123 (4,6; 4,8 / 3)	47 (1,7; 2,5 / 0)
Antall innleggesdøgn totalt	4224 (156; 93,6 / 151)	2371 (88; 125,3 / 23)

1: phv = psykisk helsevern

grad av EA ved utskrivning og med graden av reduksjon i EA fra inntak til utskrivning fra BET.

Nedgangen i VE-innleggelser kan bero på mange faktorer, som for eksempel tid i behandling, at BET er en mer systematisert behandlingsmodell sammenlignet med vanlig behandling, spontanbedring, generelle livshendelser og regresjon til gjennomsnittet. At VE-innleggelser etter BET var knyttet til både EA ved utskrivning og endringer i EA fra inntak til utskrivning kan imidlertid tyde på at BET har medvirket. Disse sammenhengene samsvarer med den sentrale terapeutiske målsetningen i BET om at pasientene skal erstatte EA (unngåelse) med eksponering og aksept for uønskede indre opplevelser.

De høye AAQ-skårene ved inntak til BET indikerer at pasientene ved behandlingsstart i stor grad unngikk uønskede indre opplevelser, noe som også er i tråd med en tidligere kvalitativ undersøkelse av pasientgruppen (Heggdal et al., 2015). Gratz (2007) hevder at behandling som oppmuntrer pasienten til å kontrollere eller unngå uønskede indre opplevelser, kan forsterke destruktiv atferd fordi pasienten blir fanget i en ond sirkel av emosjonell intoleranse. For å skape varig endring, kan individet profitere på å møte opplevelsene istedenfor å flykte fra dem (Fraser & Solovey, 2007; Ramnero & Törneke, 2008). Tidligere BET-pasienter har formidlet at de i BET ikke ble oppmuntret til å kontrollere eller avlede seg fra følelsene, men at de fikk hjelp til å lære å forholde seg til dem (Heggdal et al., 2015). Nedgangen i EA fra inntak til utskrivning kan indikere at pasientene i økt grad forholdt seg aksepterende til sine indre opplevelser istedenfor å unngå dem (Heggdal et al., 2016). Det kan være nyttig å utvikle behandlingstilnærminger som konseptualiserer VE som en unngåelsesstrategi og fokuserer på aksept for uønskede indre opplevelser (Gratz, 2007; Howe-Martin et al., 2012). Et slikt fokus ses også i nyere former for kognitiv atferdsterapi (Hayes et al., 2011; Lynch et al., 2006).

Når VE betraktes som et symptom på psykisk lidelse, kan pasientens handlinger bli vurdert som irrasjonelle og som uttrykk for kontrolltap (Bosman & van Meijel, 2008). Dette kan gjøre at helsepersonell forsøker å kontrollere pasientens atferd og føre til gjentatte innleggelser på sykehus (McAllister, 2003). Behandlingshistorikken til pasientene i BET er vanligvis preget av helsevesenets repeterende forsøk på å regulere symptomer og atferd ved bruk av psykofarmakologiske intervensjoner og tvangstiltak (Hammer et al., 2016; Heggdal et al., 2016; Heggdal et al., 2015). Mens BET-pasientene opplevde at de tidligere ble *fratatt ansvar* for egne handlinger, er ambisjonen i BET å *la ansvaret ligge hos pasienten* (Hammer et al., 2016; Heggdal et al., 2016; Heggdal et al., 2015). En slik ansvars plassering er i tråd med anbefalt terapeutisk praksis og nasjonale retningslinjer for behandling av kronisk suicidale pasienter (Paris, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Stangeland, 2012).

Begrensninger og forbehold

Studiens hovedsvakheter er dens ukontrollerte, retrospektive design. Vi kan ikke utelukke at andre faktorer enn BET kan ha medvirket til nedgangen i VE-innleggelser, så som tid i behandling, modningseffekt/ spontanbedring, generelle livshendelser og regresjon til gjennomsnittet. Funnene i studien kan også forklares med en mer restriktiv praksis de siste årene for døgninnleggelse i psykisk helsevern ved VE (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Videre kan det være feilkilder ved hvordan vi operasjonaliserte VE-innleggelser og hentet inn data om dette fra journal. Studien har få deltakere og er gjennomført på en selektert gruppe kvinnelige pasienter basert på hvordan sykehuset har organisert behandlingstilbudet. Funnene kan strengt tatt ikke generaliseres til andre pasientgrupper. En styrke er at analyser innenfor pasientgruppen støttet betydningen av psykologiske prosesser som vektlegges i BET og som tidligere forskning har indikert at er viktige.

Konklusjon

Studien undersøkte VE-innleggelser og liggedøgn på somatisk sykehus og i psykisk helsevern for en gruppe pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser. Mens pasientene hadde et høyt antall VE-innleggelser og liggedøgn året før BET, observerte vi en signifikant nedgang i dette året etter BET. Samtidig hadde pasientene økt aksept for uønskede indre opplevelser etter BET og dette var knyttet til få VE-innleggelser etter utskrivning. Funnene er i tråd med at behandling som fremmer pasientens aksept for uønskede indre opplevelser kan være et hensiktsmessig alternativ til tilnærminger som fokuserer på symptomreduksjon, også når de tilbys døgnbasert. Selv om svakheter i studiedesignet hindrer klare konklusjoner, tilsier funnene at BET bør undersøkes nøyere i prospektive, kontrollerte studier.

Levert: 30.05.16 – Revidert: 14.02.17 – Godkjent: 20.02.17

LITTERATURLISTE

- Bateson, G. (1985). *Mind and Nature*. London: Fontana Paperbacks.
- Bosman, M., & van Meijel, B. (2008). Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs*, 22(4), 180-189.
- Bowlby, J. (2001). *En sikker base: tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. København: Det lille forlag.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Carroll, R., Corcoran, P., Griffin, E., Perry, I., Arensman, E., Gunnell, D., & Metcalfe, C. (2016). Variation between hospitals in inpatient admission practices for self-harm patients and its impact on repeat presentation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9. doi: 10.1007/s00127-016-1247-y
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther*, 44(3), 371-394.

Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents*. Collumpton, UK: Willan Pub.

Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord*, 191, 109-117.

Fraser, J. S., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J Clin Psychol*, 63(11), 1091-1103.

Gunnell, D., Hawton, K., Ho, D., Evans, J., O'Connor, S., Potokar, J., . . . Kapur, N. (2008). Hospital admissions for self harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. *Bmj*, 337, a2278. doi: 10.1136/bmj.a2278

Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P., & Heggdal, D. (2016). Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak: en retrospektiv undersøkelse. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 53(7), 518-529.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . van Heeringen, K. (2015). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cdo11777. doi: 10.1002/14651858.cdo11777

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cdo12189. doi: 10.1002/14651858.cdo12189

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., & Bissett, R. T. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1152-1168.

Heggdal, D., Fosse, R., & Hammer, J. (2016). *Basal Exposure Therapy: A New Approach for Treatment-Resistant Patients with Severe and Composite Mental Disorders*. *Front Psychiatry*, 7(198). doi: 10.3389/fpsy.2016.00198

Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I., & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 119-128.

Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S. S., & Dyrhol Paulsen, C. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7-19.

Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., & Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive non-suicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *J Clin Psychol*, 68(7), 809-829.

Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501

Linehan, M. M., & Comtois, K. (1996). *Lifetime Suicide Attempt Self Injury*. University of Washington, unpublished work. nedlastet 24.5.16 fra <http://depts.washington.edu/btrc/files/L-SASI%20Count.pdf>. Seattle, WA.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*, 62(4), 459-480.

Mairal, J. B. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-516.

McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: a critical review. *Int J Ment Health Nurs*, 12(3), 177-185.

Mellesdal, L., Kroken, R. A., Lutro, O., Wentzel-Larsen, T., Kjelby, E., Oedegaard, K. J., . . . Mehlum, L. (2014). Self-harm induced somatic admission after discharge from psychiatric hospital - a prospective cohort study. *Eur Psychiatry*, 29(4), 246-252.

Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Jorgensen, H. A. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatr Serv*, 61(1), 25-31. doi: 10.1176/appi.ps.61.1.25

Paris, J. (2007). *Half in love with death: Managing the chronically suicidal patient*. London: Routledge.

Ramnero, J., & Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland CA: New Harbinger Publications.

Sartre, J.-P. (2003). *Being and Nothingness. An Essay on Phenomenological Ontology* (2 ed.). London: Routledge.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 49, 138-144.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egen-skade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(16), 2241-2245.

JAN HAMMER er spesialsykepleier med master i psykisk helsearbeid og prosjektkoordinator ved Klinikk for Psykisk helse og rus, avdelingene Blakstad og Lier, Vestre Viken HF. Han koordinerer fagutviklingsarbeidet relatert til Basal eksponeringsterapi i Vestre Viken.

KRISTOFFER LUDVIGSEN er psykolog, fagfelle-vurdert BET-terapeut og BET-veileder. Han har erfaring fra klinisk arbeid og implementering av Basal eksponeringsterapi både på akutt- og psykoseseksjoner i psykisk helsevern. Ludvigsen jobber på Akuttseksjon II, Psykiatrisk avdeling Lier, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.

DIDRIK HEGGDAL er psykologspesialist, fagfelle-vurdert BET-terapeut og BET-veileder. Han har utviklet behandlingsmodellen Basal eksponeringsterapi. Heggdal er faglig ansvarlig og prosjektleder for BET-programmet ved Seksjon for BET-behandling og Utredning av Unge (SBU), Psykiatrisk avdeling Lier, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.

ROAR FOSSE er dr. philos og forsker ved FoU-avdelingen i Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.

Utdanning i DBT

Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- er en evidensbasert terapiform
- er utviklet for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk

Nasjonalt senter for selvmords-forskning og -forebygging tilbyr et komplett utdanningsforløp på norsk.

Kull 10 starter i Oslo
15. januar 2018

Søknadsfrist: 1. november 2017

Les mer på **www.dbt.no**

DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI