

Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid

Ambulant behandling lykkes fordi vi klarer å skape et samarbeid med sterke tillitsbånd. Men dagens organisering krever at vi avslutter arbeidet så snart situasjonen er roet ned, og overfører pasienten til en poliklinikk. Slik påfører vi brudd i kontakten med pasienter som er dårlig egnet til å takle det.

TEKST

Tormod Stangeland

PUBLISERT 5. oktober 2009



VITNE TIL KRISEN: Under krisen ser kanskje ungdommen at deres levesett ikke fungerer. Men når krisen er over skyves problemene under teppet igjen. En akutterapeut som var vitne til krisen kan motvirke dette og slik bidra til endring. Foto: Flickr.com.

Ambulant arbeid innenfor akutt psykisk helsevern for ungdom er en relativt ny arbeidsform. Gjennom fire år har jeg vært med på å utforme og drive et ambulant team. Erfaringene så langt tyder på at arbeidsformen passer bedre enn tradisjonell poliklinisk tilnærming for enkelte pasientgrupper. Samtidig opplever jeg at arbeidsformen fører med seg nye dilemmaer, og også en del frustrasjon. For når ambulant behandling

lykkes, er det ofte fordi vi klarer å forme et samarbeidsforhold med sterke tillitsbånd. Like fullt krever dagens organisering av ambulant terapi at relasjonen avsluttes så snart det lar seg gjøre, for å overføre det videre arbeidet til en poliklinikk. Slik risikerer vi å påføre brudd i kontakten med pasienter som er dårlig egnet til å takle det, noe som stiller oss i et relasjonelt dilemma.

Ambulant behandling tilbys primært pasienter som *ikke* er tilgjengelige for tradisjonell poliklinisk behandling. En evaluering av arbeidsformen i norske ambulante team på initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet konkluderer: «En best mulig utnyttning av psykisk helsevern for barn og unges samlede ressurser innebærer at en ikke benytter ambulant behandling dersom like god eller bedre utredning og behandling kan ivaretas ved at klienten møter til en poliklinikk» (Furre, Jacobsen & Halvorsen, 2006, s. 33). Så snart situasjonen er roet ned og pasienten er i stand til å møte ved en poliklinikk, bør ambulant behandling etter denne tankegangen tilbakeføre pasienten til poliklinikken – helt i tråd med LEON-prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå.

«En suicidal situasjon er en låst situasjon, der ungdommen ikke ser bedre løsninger enn å fantasere om å ta sitt eget liv. For utenforstående ser det sjelden like låst ut»

I praksis er imidlertid ikke denne anbefalingen alltid den beste. Mange av ungdommene som møter ambulante team, har problemer med å følge et tradisjonelt poliklinisk løp fordi de har store relasjonelle vansker. Disse ungdommene sliter gjerne med å vedlikeholde motivasjon for behandling. I akuttfeltet møter vi også ungdommer som på grunn av ustabil emosjonell fungering og suicidalatferd trenger tettere oppfølging enn poliklinikken kan tilby. Dette er pasienter som er usedvanlig sårbare for avvisning og tillitsbrudd. Når arbeidsformen bare bruker tilliten til å motivere for behandling hos en annen terapeut et annet sted, skapes nye vansker. Motivasjonen kan ikke flyttes som en byggekloss fra ett tårn til et annet. Det ville etter min mening gitt disse ungdommene bedre behandling å betrakte dem som relasjonsskadede subjekter med sterk egenvilje. De følger ikke uten videre pasientflyten i en flerleddet behandlingskjede. Mange motsetter seg overføring til ny behandler, og noen ser en avslutning fra akuttjenestens side som ytterligere bevis på at de selv ikke klarer å ta imot hjelp.

Arbeidsoppgaver og arbeidsform

Mitt ambulante akutteam er knyttet til en stor døgninstitusjon for ungdom. Hovedoppgaven er å forebygge innleggelse der det kan skapes bedre alternativ. Klinisk arbeid foregår i hovedsak på hjemmebesøk. Det er strukturert rundt avklaring av akutte kriser, ofte knyttet til suicidale ungdommer. Teamet bistår i familieproblematikk, i

forhold til skolesituasjon og med å opprette nødvendig kontakt med øvrige hjelpetjenester. Enkelte saker avsluttes etter få dager, andre varer flere måneder. Der det er behov for tett oppfølging, som ved vedvarende suicidalatferd, kan teamet ha daglig kontakt med ungdommen og familien. Akutteamet er lett tilgjengelig på telefon og kan på kort varsel komme på besøk. Dette gir mulighet for krisehåndtering på et helt annet plan enn ved tradisjonell poliklinisk behandling. Men ambulant oppfølging er ikke ment å fortrenge poliklinikkens stilling, og i de fleste saker drives det derfor i liten grad psykoterapi i akutteamet. I enkelttilfeller der det ikke er mulig å etablere en poliklinisk behandlingssetting, har akutteamet likevel tenkt at det er riktig å gå inn med et mer omfattende behandlingstilbud. Har ungdommen derimot etablert et sterkt tillitsforhold til en fastterapeut på poliklinikken, kan denne terapeuten inneha mange av disse funksjonene og vil da også være i en god posisjon til å håndtere krisesituasjoner. Dette er vanskeligere når ungdommen ikke har etablert et slikt forhold til terapeuten, eller der hun blir møtt på ulikt vis av akutteam og på poliklinikken. I verste fall kan forskjellen da skape en opplevelse av konkurranse og splitting mellom terapeutene, der pasienten selv blir skadelidende.

Akutfeltet har en sammensatt pasientgruppe. Jeg skal konsentrere meg om en gruppe ungdommer kjennetegnet av suicidal utagering, tilknytningsvansker og vekslende motivasjon for terapi. Begrepet «relasjonsskadd» gir for meg bedre mening enn «emosjonelt ustabil», da begrepet fremhever ungdommens relasjoner og innlærte forventningsmønstre for å forstå deres impulsivitet og utageringer av affekt. Og i akutt psykisk helsevern virker begrepet vesentlig for å forstå utagering som mer enn atferd som må kontrolleres. For utagering er også meningsbærende uttrykk for emosjonelle vansker (Binder, 2008).

Som del av akuttlinjen er det teamets oppgave å vurdere og behandle ungdommer i akutt krise. Det handler om å skaffe opplysninger om suicidalitet, kontrollere dramatisk utagering og demme opp for skadevirkningene av alvorlig psykisk lidelse. Det er ofte nyttig å skille mellom det å håndtere ungdommer og det å behandle problemet.

Håndtering handler om å påvirke atferd, gjerne i retning av behandlerens ønske om hvordan pasienten skal opptre: «Når du kjenner suicidale impulser, er det best om du gjør slik og slik.» I akutte situasjoner griper omverdenen inn i pasientens liv med kontrolltiltak, og ofte blir løsninger påtvunget pasienten. Ungdommer i akutt psykisk helsevern møter gjerne strenge husregler og trusler om innleggelse som svar på krisesituasjoner. Med dette følger potensial for konflikt og kontrolltap, begge særdeles vanskelige temaer for denne pasientgruppen.

Behandling av lidelsen tar utgangspunkt i pasientens perspektiv for å danne en felles forståelse av hva som skaper problemene og hvordan de kan endres. Fokus blir på *hvorfor* pasienten blir så desperat, heller enn på *hva* pasienten gjør og hvordan vi kan dempe desperate handlinger.

De to innfallsvinklene står ikke i motsetning, snarere supplerer de hverandre. Akuttarbeid må nødvendigvis innebære håndtering, da pasientene selv ikke vurderes i

stand til å ivareta seg selv i situasjonen. Samtidig er det sjelden at håndtering av en akutt situasjon løser pasientens problemer, det skjer heller gjennom behandling.

«Dersom en behandler reagerer på å høre om selvmordstanker med å ta fra ungdommen kontroll, kan dette komme til å bekrefte ungdommens skepsis til å åpne seg»

En vesentlig del av det terapeutiske arbeidet med ustabile ungdommer handler om å overkomme motstand og sette forsvar til side. Derfor får en mye gratis ved å komme inn midt under en krise: Ungdommens forsvar kan ikke lenger holde problemene i sjakk, og angsten er blottstilt. Kanskje ungdommen ser i øynene at hennes levesett ikke fungerer, og at hun må sette motstanden mot endring til side. Enten ungdommen innrømmer det eller ei, blir akutterapeuten ofte en viktig person. Terapeuten kan i beste fall bringe uventet håp om at livet kan være annerledes. Men når den umiddelbare krisen er over, får mange ungdommer behov for å dekke til og legge bak seg det som har hendt. En akutterapeut som var vitne til krisen og ikke går med på å skyve vanskene tilbake under teppet, har da et sterkt utgangspunkt for å holde oppe ønsket om endring. Der pasienten selv ikke er i stand til det, kan en akutterapeut ta rollen som den aktivt handlende. Akutterapeuten kan holde tempoet oppe ved å komme hver eneste dag om det er nyttig, og være med på å håndtere praktiske problemer utenfor terapisettingen, i forhold til skole, venner og familie. En suicidalsituasjon er en låst situasjon der ungdommen ikke ser bedre løsninger enn å fantasere om å ta sitt eget liv. For utenforstående ser det sjelden like låst ut. Ofte er det til hjelp hvis familien til ungdommen innser Alvoret og sier seg villig til å endre noe for å hjelpe, og intensiv familierapi med skremte foreldre kan iblant begynne å løsne på umulige situasjoner for ungdommene.

Men håndteringen er ressurskrevende. Det krever mye tid til rådighet, og mulighet for fleksibel arbeidsdag for terapeuten. Slike kriser er gjerne vanskelige å håndtere i en poliklinisk setting. Når det er vanskelig for hjelperne å kontrollere en kaotisk situasjon, blir det viktigste å sikre at pasienten overlever. Dermed er det fare for at suicidalitet utelukkende blir sett som en risikosituasjon som må kontrolleres, fremfor et emosjonelt utsagn om fortvilelse. Suicidale ungdommer er ofte i tvil om det vil hjelpe å fortelle utenforstående om tankene sine. Mange er redde for reaksjonene fra andre hvis en behandler får høre hvordan de egentlig har det. Dersom en behandler reagerer på å høre om selvmordstanker med å ta fra ungdommen kontroll, kan dette komme til å bekrefte ungdommens skepsis til å åpne seg. Hun kan konkludere med at det er farlig å vise tankene sine, og at selv terapeuten ble skremt av å se denne skjulte siden. Et behandlersteam som har rammer til å føle seg rimelig trygge på ungdommens fysiske sikkerhet, kan lettere fokusere på terapeutiske elementer i en suicidalsituasjon.

Akutteamet har da bedre forutsetning for å drive behandling av problemet, fordi de er rustet til å håndtere situasjonen.

Emilie

Den følgende kliniske vignetten viser en typisk problematikk for saker i et akutt ambulantteam. Likevel ble behandlingen av sekstenårige Emilie på mange måter et avvik fra akutteamets vanlige arbeidsmåte. Hennes livssituasjon var så sterkt preget av suicidalatferd og kriser at det ikke var mulig å gi tett nok kontakt innenfor polikliniske rammer. Derfor gikk teamet inn for at jeg skulle ha terapiansvar over lengre tid, uten at målet var å snarest mulig tilbakeføre til en poliklinikk. Denne spesielle situasjonen ga verdifulle erfaringer om hvordan behandlingen av akuttpasienter kan arte seg, gitt en annen organiseringsform.

Emilies tanker var dominert av ønsket om å ha kontroll over egne behov. «*Jeg er altfor snill mot meg selv,*» selvinstruerte hun, og straffet seg selv for det. Hun sultet seg, kuttet seg, gikk lange turer med isvåte sko, pinte seg selv på alle måter hun kunne komme på. Jeg fikk inntrykk av at kontrollbehovet bunnet i et raseri mot seg selv, en opplevelse av at hun var mindreverdige og avskyelig for andre. Den endelige formen for selvkontroll ville være å ta sitt eget liv, noe hun hadde intense fantasier om. Det ble noe nærmest moralsk over å ta avstand fra og straffe sin egen avskyelighet, heller enn å slippe den løs og bli enda verre.

Ut fra denne tenkemåten er det kanskje rimelig at Emilie ikke frivillig kunne oppsøke hjelp. Det ville være illojalt mot hennes eget fornektelsesprosjekt å fortelle om dette i håp om å endre noe. Det ville være et svik mot kontrollen og selvfornektelsen hun ellers dyrket, hvis hun ønsket å se seg selv på en annen måte, eller i det hele tatt å få det bedre. I den grad hun gikk med på å samtale, opplevde jeg at det var for å få hjelp til å styrke selvdisciplinen, forstå sine feil for bedre å kunne straffe seg for dem. En annen grunn til å snakke med meg var at det kunne berolige foreldrene og dempe trusselen om akuttinnleggelse på grunn av hennes kraftige utageringer. Hun vedgikk aldri å kjenne noe håp om endring, det ville kanskje være å risikere for mye. Hun så seg selv som skadet hinsides hva som kunne repareres, derfor ville det bare lede til skuffelser å prøve å forandre noe. Siden hun følte at hun ikke fortjente noe, var det alltid andre som kunne ha mer nytte av innsatsen som ble spilt på henne. Tiden jeg brukte på henne, kunne jeg bruke bedre på andre som faktisk kunne hjelpes.

Denne personlige ideologien tok det lang tid for meg å forstå, for den lå bak en fasade som slett ikke framstod som spak eller ydmyk. Hun var i sitt ytre gnistrende sterk og verbal, full av raseri og krenkelse. Selv om hun i tankene kunne oppleve seg uverdige, fant hun seg ikke i å bli dårlig behandlet av omverdenen. Hun var kritisk og konfronterende til meg som terapeut, særlig var hun skeptisk til min motivasjon for å skulle hjelpe andre. Hun var høyt

intelligent, hadde en normal sosial omgangskrets og nære venninner. Skolefaglig fungerte hun godt tross økende skolefravær.

Hun kom fra en på mange måter velfungerende familie, med høyt utdannede foreldre og et ryddig hjem. Rett nok hadde mor en historie med langvarige depresjoner, og far reiste mye med jobben. Mor og datter hadde også et komplisert samspill av nærhet og avvisning. Da Emilie ble akuttinnlagt, kom mors utrygghet til overflaten. Hun tok periodevis på seg all skyld for datterens problemer, og også moren viste suicidalatferd som førte til akuttinnleggelse. Dette førte i sin tur til at Emilie følte skyld for morens problemer. Hun fryktet at foreldrene helst ville ha byttet henne ut med et annet barn, fordi hun var ødelagt. «Tanken gjør ikke vondt, for jeg forstår dem,» kommenterte hun.

Jeg møtte Emilie to ganger i uken i over et år. Hun hadde flere akuttinnleggelser i denne perioden på grunn av suicidalitet. Hennes suicidal utageringer satte i gang kraftige reaksjoner hos voksne og hjelpere rundt henne, men hun motsatte seg sterkt at noen skulle gripe inn i hennes liv. Det var hennes sak om hun levde eller døde, mente hun. Siden hun ble innlagt på institusjonen jeg selv tilhørte, førte ikke innleggelsene til brudd i behandlingen. Mens poliklinisk behandling normalt blir avbrutt under innleggelse ved institusjonen (i stedet skjer det en akutt utredning og behandling hos en terapeut ved institusjonen), kunne jeg derfor fortsette besøkene inne på avdelingen. Innleggelsene ble særdeles virksomme perioder av terapiløpet, der de ekstreme livsbetingelsene hennes gjorde at mye kom opp også i terapien.

I flere perioder mellom innleggelsene ville hun ikke jeg skulle komme hjem til henne. Jeg opplevde ofte dette som perioder der vi var inne på vanskelige områder i terapien. Jeg opprettholdt tilbudet om å komme til våre faste tider, ringte og skrev sms og brev. Dessuten var jeg involvert i livet hennes på andre områder, ved å ha samarbeid med skole og delta i familiesamtaler. Dette gjorde at vi hadde kontakt selv om hun ikke ønsket terapeutiske samtaler. I perioder med brudd i behandlingen gjorde arbeidsformen med hjemmebesøk at initiativet lå hos meg, ikke hos henne. Der hun tidligere hadde måttet ta det avgjørende skrittet med å komme tilbake til en time på poliklinikk, var terskelen lavere med ambulant oppfølging. Hun trengte bare å tillate at jeg kom.

På grunn av akutteamets arbeidsform var avslutning et stadig tema. Jeg kunne ikke love å være med henne så lenge hun trengte det. Samtidig var det vanskelig for henne å kreve at jeg skulle følge henne, da en del av henne nektet å ta imot andres interesse og hjelpetilbud. Jeg fikk aksept fra min ledelse på å fortsette arbeidet med henne inntil videre, men bare så lenge hennes livssituasjon fortsatte å være så dramatisk at den rettfærdiggjorde akutteamets arbeidsinnsats. Etter et år var temaet avslutning oppe, og hun

kommenterte: «Det er som jeg har puttet penger i et pengeskap, og nå blir skapet kanskje borte!»

Rammebetingelser og organisering

Rammene for akutt ambulant oppfølging som preget arbeidsformen og terapiforløpet i kasuseksempel Emilie, kan kort oppsummeres slik:

1. Terapeuten kan ha kontakt med pasienten flere ganger i uken, samt med foreldre og det øvrige hjelpeapparatet. Terapeuten er lett tilgjengelig på telefon og kan komme hjem til familien ved akutte kriser, ofte samme dag. Dette gjør det mulig å følge opp ungdommer i en ustabil livssituasjon der behandlingsbehov er vanskelig å planlegge.
2. Fleksibiliteten i å møte pasienten under en krise, både hjemme og under innleggelse, gjør det mulig å «smi mens jernet er varmt». Terapeuten får se ved selvsyn mange av situasjonene pasienten havner i, og får ofte snakket med henne før hun har gjenvunnet kontrollen og igjen blir tilsynelatende uengasjert i sin egen fungering.
3. I terapi basert på hjemmebesøk ligger initiativet til å opprettholde rammene og avtalene hos terapeuten, ikke hos pasienten. Dette gjør det enklere å komme igjennom brudd og avvisningsproblematikk som ellers kan bremse eller ødelegge terapiforløpet.
4. Akutteamet hører til samme institusjon som døgnavdelingen. Denne organiseringen gjør det enkelt å få i stand en akuttinnleggelse dersom situasjonen ute blir for farlig. Vissheten om dette gjør det mulig for akutterapeuten å tåle mye utagering.
5. Akuttinnleggelsene blir ikke brudd i terapiløpet, men kan fortsette som ekstra kraftfulle og potensielt virksomme faser i terapien.
6. Når det er enkelt å få kontroll over kriser og sikre at pasienten overlever, kan en i større grad forholde seg til suicidalatferd som emosjonelt uttrykk og terapeutisk materiale.

Gjennom Emilies historie ser vi en rekke rammebetingelser for akutt ambulantterapi som etter min mening gjør denne organisasjonsformen bedre egnet til å støtte ustabile ungdommer. Det gir rom for å både håndtere og behandle ungdommer med relasjonsskader. En tradisjonell poliklinikk mangler muligheten til å håndtere situasjonene som oppstår, og har dermed begrensede muligheter for å drive behandling av pasienter med mye utagering, og krisesituasjoner står i fare for å ende med innleggelse og brudd i terapien. Det virker lite realistisk å forvente at ungdommer med alvorlige relasjonelle vansker skal kunne forholde seg til terapi som ikke har egnede rammebetingelser. Dagens organisering fører med seg et relasjonelt dilemma. For å løse dette kan en legge enten mer eller mindre relasjonelt arbeid og terapiansvar til ambulantteamet.

Mer eller mindre?

Et ambulant team risikerer å gjøre mer skade enn gagn dersom det går inn i sterke relasjoner uten å være klar over farene brudd kan utgjøre for sårbare pasienter. En mulig konklusjon av dette er at akutte team ikke bør gå inn i terapeutiske relasjoner i det hele tatt. Man kan se for seg en organiseringsmodell hvor teamet håndterer akutte situasjoner, men ikke går inn i behandling av vanskene som utløser situasjonen. I stedet henviser man til fastterapeuten på poliklinikken, som kan ta relasjonsproblematikken på alvor i et langvarig løp og som en del av terapien. Sett slik kan det være direkte uetisk å gå inn i kortvarige relasjoner, og man kan bli en rival til fastterapeuten og til og med devaluere denne. En slik organisasjonsmodell vil ikke presse hjelp på ungdommer som ikke ønsker det. Teamet kan komme inn på oppdrag fra fastterapeuten for å ta seg av konkrete oppgaver, som suicidalvurdering eller oppfølging i korte kriseperioder. De vil være hjelpere for fastterapeuten, slik at regien ligger hos denne. Forhåpentligvis vil fastterapeuten framstå som en tydelig person og en viktig relasjon for pasienten også under en krise. Et slikt akutteam vil være inne bare akkurat så lenge det er nødvendig, og vil ikke spekulere i terapeutiske prosesser som motstand og avvisning. For mange kan dette være en god modell, særlig for pasienter som kjennetegnes av å ha en stødig, ukomplisert relasjon til sin fastterapeut.

Men siden et ambulant akutteam nettopp møter ungdommer som har problemer med å danne stødige relasjoner, er dette siste punktet problematisk. Det forutsettes at pasientene ikke lar seg forvirre av å møte flere personer med ulik væremåte og terapeutisk tilnærming. Denne modellen toner ned betydningen av relasjonen til akutterapeuten som noe annet enn fastterapeuten. Mange ungdommer har atskillig mer enn én akutt krise i sin behandlingskarriere. Hvis akuttepisoder og poliklinikk stadig avløser hverandre, kan det bli et vekselspill mellom store og små terapeutiske prosjekter i en behandlingsskjede. En slik organisering nyttiggjør seg heller ikke de fordelaktige rammebetingelsene et ambulant akutteam kan tilby for behandling av ungdommens vansker.

Poliklinisk behandling for pasienter med ustabile personlighetstrekk er på ingen måte den eneste tilnærmingen som blir prøvd ut i norsk psykisk helsevern. Flere nyere behandlingsformer deler vesentlige elementer med arbeidet ambulante akutteam utfører, og fremstår som gode eksempler på intensivt ikke-poliklinisk arbeid med ustabile pasienter. Dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993) er tilpasset ungdom av Alec Miller (Rathus & Miller, 2002). Mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2004) og er også i bruk i Norge (Normann-Eide & Normann-Eide, 2008). Begge ser ut til å passe inn i organiseringen av akutteam og er under utprøving i slike settinger. Felles for begge retningene er at de tar bort det kunstige skillet mellom å håndtere suicidalatferd og å behandle sammensatte psykiske vansker. Ungdommene slipper vekslingen mellom poliklinisk terapi og akutterapi. Det gjør det mulig å se suicidalitet i lys av komplisert personlighetsproblematikk som må forstås gjennom relasjonsbygging over tid.

Nærvær over tid

«Behandling av psykiske lidelser har en helt vesentlig plass i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk», slås det fast i Sosial- og helsedirektoratets (2008, s.19) retningslinjer for håndtering av suicidalitet. Ut fra dette kunne en tenke seg at den beste hjelpen til alvorlig relasjonsskadde ungdommer som ikke klarer å stille ved en poliklinikk, er å overføre dem til et langvarig intensivopplegg. Et team som har mandat til å hjelpe over tid, kan ivareta deres suicidalitet og behov for tett oppfølging, uten å havne i avvisningens dilemma. Uten at akutterapeuten sliter ut ungdommenes fortellerlyst ved å høre, men ikke hjelpe med å behandle problemet. Uten at akutterapeuten kommer til å love ting som andre ikke ønsker å holde, eller som strider mot andres tenkning og kompetanse. Uten den underforståtte avvisningen som ligger i at de raskest mulig skal avslutte, uten at akutterapeuten unnviker temaer som hører til poliklinikken, uten en flyktig atmosfære av ikke å binde seg. Uten stadig veksling mellom hjelpere som skal håndtere situasjonen og hjelpere som skal behandle problemet. Ut fra en relasjonell forståelse er det dette som er Laveste Effektive OmsorgsNivå.

Tormod Stangeland

Ungdomspsykiatrisk Klinikk

Akershus Universitetssykehus

Sykehusveien 55, 1378 Lørenskog

Tlf 67 91 24 00

E-post tmst@ahus.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 10, 2009, side 965-969

TEKST

Tormod Stangeland, psykologspesialist

KONTAKT: tmst@ahus.no

+ **Vis referanser**

Referanser

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder -Mentalization-based Treatment. New York: Oxford University Press.

Binder, P. (2008). Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 8, 930-931.

Furre, A., Jacobsen, H. & Halvorsen, I. (2006): Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Normann-Eide, E. & Normann-Eide, T. (2008). Et påtrengende fravær av følelser - mentalisering og kombinasjonsbehandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 11, 1412-1415.

Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002) Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32. 146-157.

Sosial- og helsedirektoratet (2008) IS-1511: Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.