

Dialektisk atferdsterapi – en relevant behandling for pasienter med rusmisbruk og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Ved Karoline Alfheim Lindquist, Anita Johanna Tørmoen og Lars Mehlum

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og ruslidelser opptrer ofte samtidig. En ser at forløp og prognose da kompliseres, i tillegg er det mange som dropper ut fra behandling. Kan en velprøvd behandling for UPF også være egnet når tilstanden er komorbid med ruslidelser?

ABSTRACT

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og ruslidelser er vanlig i kliniske populasjoner og diagnostisk komorbiditet mellom disse lidelsene forekommer ofte. En slik komorbiditet gir ofte en negativ additiv effekt, for debut av lidelsen, forløp, prognose og behandling. Det er holdepunkter for å hevde at de deler en felles etiologi i form av emosjonell dysregulering og impulskontrollsvikt. Dialektisk adferdsterapi (DBT) kombinerer en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming med akseptorienterte strategier og en dialektisk filosofisk holdning. DBT er empirisk validert som effektiv behandling for personer med ustabil personlighetsforstyrrelse. I denne artikkelen undersøker vi om litteraturen tilsier at DBT også er et hensiktsmessig behandlingstilbud til pasienter med både ustabil personlighetsforstyrrelse og ruslidelse. Et litteratursøk identifiserte tre studier som undersøker dette. Resultatene er ikke entydige, men samlet sett gir de et optimistisk grunnlag til støtte for at DBT kan være et hensiktsmessig tilbud også for ruspasienter, både knyttet til reduksjon av rusmiddelmisbruk, lavere drop-out rate fra behandling og at behandlingseffekten kan vare over tid.

Borderline personality disorder and substance use disorders are prevalent in clinical samples, and they often co-occur. The co-occurrence of these disorders often increases the risk for problems, and has negative impact on the trajectory, prognosis and treatment. The assumption that both disorders share the same underlying problems of emotional dysregulation is supported by a large body of evidence. Dialectical behaviour therapy, a treatment developed for patients with borderline personality disorder addresses directly the core problems of regulating emotions. The aim of this literature review was to examine whether this specific treatment had evidence regarding effectiveness also for patients with co-morbid borderline personality disorder and substance use disorder. The article is based on non-systematic literature review, and found three studies who directly examined the effect of dialectical behaviour therapy for this group. The results from these studies are promising, indicating less use of substances, lower dropout rate, and the observed effect lasts over time.

Bakgrunn

Den diagnostiske komorbiditeten mellom emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF) og ruslidelser er særlig høy (Trull et al., 2000). Blant personer med UPF vil mer enn halvparten i tillegg ha en eller flere samtidige ruslidelser, og blant personer med ruslidelser vil 1/3 samtidig tilfredsstillende diagnostiske kriterier for UPF (Trull et al., 2000; Van Den Bosch et al., 2002). Det er holdepunkter for at UPF og ruslidelser delvis kan ha felles etiologi knyttet til emosjonell dysregulering og impulskontrollsvikt. Mange vurderer emosjonell dysregulering og redusert impuls-kontroll som essensielle trekk ved UPF (Van Den Bosch et al., 2002). Både personer med UPF og personer med ruslidelser har ofte lav affekttoleranse og et mønster av unnvikelse av negative følelser (Bornoalova & Daughters, 2007; Chanen et al., 2007) som resultat av en gjennomgripende svikt i evnen til å regulere følelser. En kan derfor argumentere for at behandling som er utviklet spesielt med sikte på å påvirke emosjonell reguleringssvikt som er kjerneproblematikk i UPF også vil være relevant for pasienter med rusmiddelmisbruk. I denne artikkelen stiller vi spørsmålet; kan Dialektisk atferdsterapi (DBT), som er funnet å være en effektiv behandlingstilnærming for pasienter med UPF, også være en hensiktsmessig tilnærming for pasienter som både har UPF og ruslidelser? Artikkelen baserer seg på en gjennomgang av litteraturen på området og på forfatterens inngående kjennskap til tematikken fra både forskning og klinisk praksis. Det er utført ikke-systematiske søk i følgende databaser: PsycINFO, EMBASE, MedLine og PubMed, med søkeordene: "Borderline personality disorder", "substance abuse", "substance dependence", "alcohol", "heroin", "drug abuse" og "Dialectical behavio(u)r therapy". Litteraturreferanselistene til aktuelle artikler ble også manuelt gjennomgått for å identifisere relevant litteratur.

Artikler som omhandler forskning på behandling av komorbid BPD og ruslidelse er inkludert, sammen med aktuelle oversiktsartikler og artikler om behandling av komorbide rus og -psykiske lidelser. Bare artikler på norsk og engelsk er inkludert.

Hvor vanlig er UPF og rusavhengighet?

Ustabil personlighetsforstyrrelse debutterer ofte i slutten av ungdomsalderen og kjennetegnes av et gjennomgripende mønster av dysfunksjon i selvregulering og affektregulering, impulsivitet, og et markert mønster av ustabilitet i relasjoner, verdier, mål og identitet. UPF er den eneste personlighetsforstyrrelsen hvor villet egen-skade og suicidal adferd er blant de diagnostiske kriteriene (American Psychiatric Association, 2013; Gunderson & Ridolfi, 2001; Linehan, 1993; Skodol et al., 2002). Det er en utbredt lidelse i kliniske populasjoner, og 60–80 % blant voksne pasienter i døgnavdeling (de Ruiter C. & Greeven, 2000), 9–18 % av voksenpasienter i poliklinikk (Korzekwa et al., 2008), 49 % av pasienter i psykiatriske døgnavdelinger for ungdom samt 11 % av polikliniske ungdomspasienter møter kriteriene for UPF (Chanen et al., 2007).

Komorbiditet ved UPF er svært vanlig, faktisk er det så hyppig at en sjeldent finner "rene" BPD-tilstander. Pfohl og medarbeidere (1986) fant i sin studie BPD som eneste diagnose i bare 3–10 % av tilfellene (Pfohl et al., 1986). Blant personer med UPF vil inntil 57,4 % også tilfredsstillende diagnostiske kriterier for ruslidelse (Trull et al., 2000), og blant personer med ruslidelse vil 2–66 % samtidig tilfredsstillende diagnostiske kriterier for UPF (Van Den Bosch et al., 2002). Det er ikke enighet om hvordan UPF-diagnosen best kan forstås og kategoriseres i forhold til de lidelsene som den ofte forekommer sammen med. Noen har fremmet argumenter for å kategorisere UPF sammen



med andre impulsforstyrrelser, som skadelig bruk av rusmidler/-avhengighet, antisosial personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser (Links et al., 1999). Andre har fremmet behovet for å betegne diagnosen som en gjennomgripende emosjonell reguleringssvikt basert på kjerneproblematikken ved lidelsen (Linehan et al., 2007).

De fleste vil kunne være enige i at det som oftest skaper de største vanskene for personer med UPF og som dermed utløser behandlingskontakt, er markert impulsivitet og emosjonell reguleringssvikt. Til grunn for rusmiddelmisbruk ligger også gjerne manglende evne til å regulere og tolerere negative emosjoner, samtidig som evnen til å avstå fra kortsiktige og uheldige mestringsforsøk er svak (Bornoalova & Daughters, 2007; Trull et al., 2000; Links et al., 1999). Det kan således hevdes at UPF og ruslidelser både kan ha en felles etiologi og felles mekanismer for vedlikehold av symptomene (Linehan et al., 1991; Linehan, 1993) I følge en systematisk litteraturgjennomgang kan det derfor også være rimelig å anta at disse tilstandene kan respondere godt på samme typer behandling (Pennay et al., 2011).

Betydning for forløp

Kliniske studier har vist at komorbid UPF og ruslidelser har en betydelig negativ additiv effekt på symptomer og problem-

atferd. I en studie som sammenliknet pasienter som hadde ruslidelse alene, pasienter med UPF alene og pasienter med samtidig UPF og ruslidelse, fant man at pasienter som hadde begge tilstander, hadde signifikant mer symptomer, mer destruktiv adferd og hyppigere suicidal adferd over en 7-års observasjonsperiode (Links et al., 1995). Det er også funnet at personer som har UPF debuterer tidligere med rusmidler og etablerer misbruk i yngre alder enn de som ikke har UPF. Man kan anta at dette vil øke risikoen for et mer vedvarende og problematisk forløp av begge lidelsene (Linehan et al., 1999; Links et al., 1995; Ross et al., 2003). Det er vist at personer med komorbid UPF og ruslidelser vil ha høyere risiko for alkoholavhengighet og et generelt mer omfattende rusmiddelmisbruk, økt risiko for depresjon, atferdsvansker, lovbrudd, samt ha høyere risiko for å pådra seg HIV-infeksjon (Linehan et al., 1999).

Betydning for behandling

Pasienter med UPF vil ofte streve med en lav toleranse for å oppleve negative emosjoner, som nødvendigvis vil vekkes i en behandling som fokuserer på mestring av emosjoner. Pasienter med UPF har redusert kapasitet til å reflektere over egen og andres tenkning og emosjoner (Fonagy & Bateman, 2006). Denne reduserte

kapasiteten til mentalisering fører ofte til at en raskt vil kunne oppleve seg avvist og ikke forstått av personer i omgivelsene, f.eks. av sin behandler. Vår erfaring er at personer med UPF ofte opplever et sterkt behov for hjelp og at de kan gå til store anstrengelser for å skaffe seg denne, samtidig som de stiller med en betydelig sårbarhet i forhold til å etablere en allianse med en terapeut som kan muliggjøre behandling. Mange starter i behandling, men tendensen til drop-out fra behandlingen er svært høy (Trautman et al., 1993; Miller et al., 2007). Slik er det også hos pasienter med rusmisbrukslidelser. Utvikling av behandlingsformer for disse pasientgruppene har derfor siktet mot å forhindre drop-out, samtidig som man bearbejder den underliggende emosjonelle reguleringssvikten (Dimeff L.A. & Koerner K, 2007).

Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk adferdsterapi (DBT) er en strukturert behandlingsform som har vist gode resultater for personer med UPF og suicidalitet (McMain et al., 2009; Verheul et al., 2003; Koons et al., 2001; Linehan et al., 2006; Carter et al., 2010; Linehan et al., 1991). Behandlingen er delvis manualbasert og kombinerer en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming (KBT) med akseptorienterte strategier.

Rasjonalet er at mens KBT er nødvendig for å oppnå endringer i atferd, er akseptorienterte strategier nødvendige for å unngå at pasienter slutter i behandlingen fordi de føler seg invalidert. Det er nødvendig hele tiden å balansere mellom disse strategiene, og dialektiske strategier brukes derfor aktivt på flere plan i DBT. Behandlingen er utviklet for å hjelpe pasienter med underliggende emosjonelle dysreguleringsvansker og et mønster av gjentatt selvskading og suicidalitet. Behandlingen har med hell også blitt brukt overfor andre typer problematferd som kan ledsage emosjonell reguleringssvikt. Kjernen i behandlingen er bruk av strategier for å redusere selvskading og suicidalitet, redusere atferd som forhindrer terapi, samt redusere atferd som forringes pasientens livskvalitet. Et viktig element i behandlingen er innlæring og bruk av nye ferdigheter som pasientene har behov for å mestre. Behandlingen består av ukentlig individualterapi, deltakelse i ferdighetstreningssgruppe, samt telefonkonsultasjoner med terapeuten ved behov. Fordi det er krevende å arbeide med pasienter som har UPF og repeterende selvskading og suicidalitet, vil terapeuter som arbeider med DBT delta fast i ukentlige møter med konsultasjonsteam, der de får hjelp til å opprettholde tilstrekkelig høy kvalitet på behandlingen og unngå å gjøre vanlige feil som kan redusere behandlingseffekt eller i verste fall ødelegge behandlingen. DBT fyller således flere funksjoner. Første funksjon er å arbeide med motivasjon for terapi, ikke bare initialt, men gjennom hele den vanskelige prosessen et terapiforløp kan være. En annen funksjon er å øke mestringsferdigheter som setter pasienten bedre i stand til å oppleve og regulere følelser og kognisjoner, mestre mellommenneskelige relasjoner, regulere selvfølelsen samt til å holde ut opplevde kriser uten å gjøre det verre. For det tredje søker behandlingen å medvirke til at de ferdigheter som pasienten lærer generaliseres til det virkelige livet utenfor behandlingssettingen. Derfor bruker man i utstrakt grad hjemme-

oppgaver og øvelser. Der det er nødvendig tar behandlingen også sikte på å hjelpe pasienten med å håndtere miljømessige faktorer som har en negativ påvirkning.

Rasjonalet for å tilby DBT til pasienter med ruslidelser

Gjennom de senere år er det opprettet en rekke ruspoliklinikker tilknyttet Distriktpsykiatriske sentra, for å tilby poliklinisk behandling for pasienter med ruslidelser. Intervensjoner er ofte basert på KBT fordi KBT har vist effekt ved ruslidelser og ved forebygging av tilbakefall av slike lidelser (McHugh et al., 2010). Forskning viser imidlertid som nevnt i innledningen at komorbid psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk er svært frekvent. Noen komorbide tilstander, slik som UPF og rusmiddelmissbruk, vil påvirke symptomkomposisjon, symptomtrykk, forløp og prognose på en negativ måte (Links et al., 1995), og er også funnet å ytterligere være assosiert med suicidalitet (Rossow & Lauritzen, 1999). I slike tilfeller er det helt sentralt at behandlingen aktivt adresserer de komorbide tilstandene i et integrert behandlingstilbud. Pasienten med ruslidelser og UPF er et vanlig eksempel på en situasjon der behandling av begge lidelser bør skje integrert og hvor behandlingstilbudet bør tilpasses det symptombildet, forløpet og prognosen som situasjonen krever.

Behandling av pasienter med kombinasjon av ruslidelse og ustabil personlighetsforstyrrelse krever altså en integrert behandlingsmodell som gjør det mulig å arbeide med flere krevende problemstillinger på en gang, samtidig som det gis nok støtte til både pasienter og terapeuter slik at de ikke så lett gir opp behandlingen eller pasienten. DBT har en teoretisk og empirisk forankring og en struktur som i utgangspunktet tilfredsstillende sliker krav. I tillegg bruker DBT også en del behandlingsstrategier som er velkjente i tradisjonell rusbehandling, slik som eksponering, ferdighetsopplæring, håndtering av kontingenter, validering og radikal akseptering av virkeligheten (Dimeff L.A. & Koerner K, 2007)

DBT for pasienter med ruslidelse og UPF er en videreutvikling av standard DBT, der rusavhengighet og relaterte problemer plasseres høyt i hierarkiet av behandlingsmål. Fordi endringer i disse problemene er i fokus, vil ferdigheter pasientene lærer i større grad være styrt av behovet for endringer i avhengighetsproblematikken.

Det overordnede mål er, som i DBT for øvrig: 1) å redusere problematferd (rusmisbruk, selvmordsatferd, selvskading, risikoatferd og ellers all annen atferd som er uforenlig med bedring gjennom terapi eller med bedret livskvalitet), og 2) å øke bruken av mestringsferdigheter.

Felles uansett tema i målhierarkiet er forståelsen av at dynamikken som er årsak til, og vedlikeholdende for pasientens symptomer og uhensiktsmessige mestringsforsøk, er ute av kontroll for pasienten – det er et behov for å øke graden av kontroll.

Hva sier forskningen om DBT som behandling for personer med ruslidelser?

De studier som foreligger på bruk av DBT for pasienter med ruslidelser har alle fokusert på komorbiditet mellom UPF og ruslidelse. Vår litteraturgjennomgang identifiserte tre randomiserte kontrollerte studier som undersøkte effekten av DBT for pasienter med UPF og ruslidelser. I den første studien (n=28) mottok pasientene DBT sammen med legemiddelassistert behandling (n=12) og kontrollgruppen mottok vanlig behandling (n=16) i 12 måneder (Linehan et al., 1999). Legemiddelassistert behandling inkluderte methylphenidate (f.eks. Ritalin) for deltakere som brukte sentralstimulerende rusmidler og metadon ved opiatmissbruk. Rusmiddel-erstatning inkluderte 4 måneders rusmiddelvedlikehold, 4 måneders nedtrapping og 4 måneder uten legemidler. Deltakerne rapporterte høy forekomst av depresjon, posttraumatisk stresslidelse, og antisosial personlighetsforstyrrelse ved behandlingsstart. Deltakerne ble fulgt i 16 måneder, og resultatene viste at kombinasjonen av DBT og legemiddelassistert behandling

var signifikant mer effektiv i å redusere rusmiddelmissbruk enn vanlig behandling. I denne gruppen var det også en signifikant lavere drop-out rate i 12-måneders-perioden de mottok behandling. På dimensjoner slik som UPF-symptomer og globalt og sosialt funksjonsnivå var det imidlertid ingen forskjell mellom gruppene bortsett fra ved 16-månedersoppfølgingen, hvor eksperimentgruppen scorer høyere. Siden eksperimentgruppen mottok både legemiddelassistert behandling og DBT, er det vanskelig å vite hvor mye av behandlingseffekten som kan tilskrives til DBT og hva som kan tilskrives til legemidlene.

Den andre studien (Linehan et al., 2002) undersøkte effekten av DBT i et utvalg opiat-avhengige kvinner (n=23) med komorbid UPF. Over halvparten møtte diagnostiske kriterier for kokainavhengighet, og i pasientgruppen var det også høy forekomst av antisosial personlighetsforstyrrelse, depresjon og angst. Eksperimentgruppen (n=11) mottok DBT tilpasset for rusmiddelmissbruk over en periode på 48-52 uker, mens kontrollgruppen (n=12) mottok en manualbasert behandlingsmetode med fokus på akseptbaserte strategier (liknende DBT) i kombinasjon med et standard 12-trinns rusmestringsprogram (av typen Anonyme alkoholikere/Anonyme narkomane). Begge grupper mottok også farmakoterapi med opioider gjennom hele behandlingsperioden. Deltakerne ble fulgt opp i 16 måneder og resultatene viste at begge grupper fikk en signifikant reduksjon av rusmiddelbruk over de første 30 ukene av behandlingen. Deltakerne i DBT-gruppen viste imidlertid bedre vedlikehold av behandlingseffekten over tid. Rusmiddelmissbruk i sammenligningsgruppen økte etter 30 uker i behandling, mens det i DBT-gruppen fortsatte å være redusert. Ved 16-månedersoppfølging var det imidlertid ikke forskjeller i bruk av rusmidler mellom gruppene. Deltakere i sammenligningsgruppen hadde lavere drop-out rate enn i DBT-gruppen der ca. en tredel av deltakerne droppet ut. Det var ingen forskjeller mellom gruppene i forekomst av villet egenskade og globalt og sosialt funksjonsnivå.



En tredje studie undersøkte effekten av DBT i behandling av UPF (Verheul et al., 2003) hvor komorbid rusavhengighet ble inkludert i en sekundær analyse (Van Den Bosch et al., 2002). Femtiåtte pasienter med UPF ble randomisert til en eksperimentgruppe som mottok DBT (n=27) eller til en kontrollgruppe som mottok vanlig behandling (n=31). Deltakerne fikk tilbud om behandling i 12 måneder, og det ble foretatt en oppfølgingsundersøkelse etter 18 måneder (Verheul et al., 2003). Den vanlige behandlingen besto av kontinuering av tidligere oppstartet behandlingsforløp, dette inkluderte behandling i rusomsorgen og behandling i psykisk helsevern. Verheul og kollegaer (2003) fant at pasienter i DBT-gruppen i snitt hadde signifikant lavere drop-out rate og større reduksjon av villet egenskade enn pasientene i kontrollgruppen. Analysene viste imidlertid også at ruslidelser ikke ble signifikant bedret verken i DBT eller kontrollgruppen i løpet av oppfølgingsperioden på 18-måneder.

Konklusjon

Ruslidelser og UPF er hyppige tilstander i kliniske populasjoner, og de opptrer ofte i kombinasjon. Både forskning og kliniske erfaringer har vist at det er klare negative additive effekter av slik komorbiditet, slik som tidligere debut av psykiske symptomer og rus, mer omfattende rusmiddelmissbruk, mer alvorlig og sammensatt psykopatologi, et mer komplisert forløp for begge lidelsene, høyere risiko for tidlig drop-out av behandling og generelt mer risikofylt adferd. Begge lidelsene er assosiert med betydelig redusert livskvalitet og sterke psykososiale belastninger for både pasient og pårørende. UPF og ruslidelser kan delvis ha opphav i de samme sårbarhetsfaktorene og utvikles gjennom noen av de samme mekanismene. Kjerneproblematikken er ofte en gjennomgripende emosjonell dysregulering, med alt som det medfører av ustabilitet og impulsivitet. Studier har vist at DBT er effektiv som behandling for UPF.

Enkelte studier kan tyde på at DBT også kan være en behandling som kan være til hjelp ved ruslidelser, selv om det empiriske grunnlaget fortsatt er svakt og det er et behov for videre forskning på dette feltet. I de gjennomgåtte studiene er det vanskelig å vite om det var DBT som kunne forklare forskjellen mellom gruppene fordi det i den første studien ble gitt medikamentell behandling i DBT-gruppen til forskjell fra kontrollgruppen. I den andre studien ble det kontrollert for dette, slik at det skulle være enklere å konkludere i forhold til effekt. Det er ikke overbevisende at det var DBT i seg selv som var avgjørende for forskjeller mellom gruppene, men DBT kan synes nyttig for å redusere rusbruk og å holde pasientene i behandling. Studiene gir uansett grunnlag for optimisme i forhold til å kunne tilby denne utsatte pasientgruppen en behandling som inneholder en solid forståelse av deres spesi- fikke problematikk, sårbarheter og behov.



Karoline Lindquist

er psykolog, har jobbet ved ruspoliklinikk, allmenn-psykiatrisk Poliklinikk og Ambulant enhet i BUP. Lindquist er universitets- lektor ved NSSF.



Anita Johanna Tørmoen

er cand.paed og spesialist i pedagogisk-psykologisk råd- givning. Hun avslutter i disse dager et doktorgradsarbeid ved NSSF om behandling av selvskading hos ungdom. Hun har lang erfaring som DBT-terapeut for ungdom, og er nå i deltids- stilling som DBT-terapeut ved en voksenpoli- klinikk ved OUS. Tørmoen er også DBT-lærer og -veileder.



Lars Mehlum er psykiater og professor i suicidologi ved Univ. i Oslo. Han er leder for NSSF og er bredt engas- jert i en rekke forsknings- og forebyggingsprosjekter. Han har publisert flere lærebøker samt en rekke vitenskapelige artikler.

Referanser

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.

Bornoalova, M.A. & Daughters, S.B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clin.Psychol.Rev.*, 27(8), 923–943.

Carter, G.L., Willcox, C.H., Lewin, T.J., Conrad, A.M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust.N.Z.J Psychiatry*, 44(2), 162–173.

Chanen, A.M., Jovev, M., & Jackson, H.J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 297–306.

de Ruiter C. & Greeven, P.G. (2000). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *J.Pers.Disord.*, 14(2), 162–170.

Dimeff L.A. & Koerner K (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*.

Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br.J.Psychiatry*, 188, 1–3.

Gunderson, J.G. & Ridolfi, M.E. (2001). Borderline personality disorder. Suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 61–73.

Koons, C.R., Robins, C.J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.O., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390.

Korzekwa, M.I., Dell, P.F., Links, P.S., Thabane, L., & Webb, S.P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 380–386.

Linehan, M.M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res.Monogr*, 137, 201–216.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.

Linehan, M.M., Bohus, M., & Lynch, T.R. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*.

Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26.

Linehan, M.M., Schmidt, H., III, Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.

Links, P.S., Heslegrave, R., & van, R.R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 13(1), 1–9.

Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., van, R.R., & Patrick, J. (1995). Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(9), 582–586.

McHugh, R.K., Hearon, B.A., & Otto, M.W. (2010). *Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525.

McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., & Streiner, D.L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374.

Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.

Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N.K., Hall, K., & Lubman, D.I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 363–373.

Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., & Stangl, D. (1986). DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 21–34.

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 263–279.

Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94(2), 209–219.

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936–950.

Trautman, P.D., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 89–94.

Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin.Psychol.Rev.*, 20(2), 235–253.

Van Den Bosch, L.M., Verheul, R., Schippers, G.M., & Van Den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911–923.

Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135–140.