



# Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse

---

## KRONIKK

### ØIVIND EKEBERG

Øivind Ekeberg er spesialrådgiver ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, og professor emeritus ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### ELFRIDA HARTVEIT KVARSTEIN

Elfrida Hartveit Kvarstein er ph.d., spesialist i psykiatri, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, og seksjonsoverlege ved Seksjon for personlighetspsykiatri og spesialpoliklinikker, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### ØYVIND URNES

Øyvind Urnes er spesialist i psykiatri og tidligere leder for Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### INGEBORG ULLTVEIT-MOE EIKENÆS

Ingeborg Ulltveit-Moe Eikenæs er ph.d., spesialist i psykiatri og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### ERLEND HEM

E-post: erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er fagsjef ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, professor ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, og redaktør for Tidsskriftets språkspalte.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

En del pasienter som innleggende lege vurderer som akutt suicidale, blir nektet innleggelse i psykiatrisk avdeling eller skrevet ut etter kort tid. Begrunnelsen er gjerne at mottagende lege mener pasienten er «kronisk suicidal» og vil bli dårligere av innleggelse.

Pasienter som omtales som «kronisk suicidal», har ofte diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (1). Dette er den eneste diagnosen hvor selvskading og selvmordsatferd er diagnostiske kriterier. Pasienter med denne diagnosen har grunnleggende vansker med å regulere følelser og impulser og med å danne og opprettholde tillitsfulle relasjoner. Reaksjonsmåtene kan være brå, intense og unyanserte, og kan innebære drastisk atferd, konflikter og misforståelser. Vi mener imidlertid at

betegnelsen «kronisk suicidal» ikke bør brukes, fordi uttrykket ikke skiller mellom tanker og planer på den ene siden og risikofylt forberedelse og selvmordsforsøk på den andre (1).

## Reell selvmordsfare

I en svensk undersøkelse av pasienter med personlighetsforstyrrelse som hadde vært innlagt i psykiatriske avdelinger i perioden 1987–2013, hadde 5 % av kvinnene og 7 % av mennene tatt livet sitt i løpet av en tolvårsperiode (2, 3). Risikoen var høyest i gruppen av personlighetsforstyrrelser som omfattet den emosjonelt ustabile typen. Samlet regner man med at minst 75 % av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har forsøkt å ta livet sitt, og at omtrent 10 % dør i selvmord (4).

## Sykehusbehandling?

Innleggelse av disse pasientene i psykiatrisk avdeling har vært omdiskutert (5, 6). Ifølge nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er innleggelse lite hensiktsmessig for denne pasientgruppen ved «akutt selvmordsrisiko», men kan likevel være påtrengende i en «akutt selvmordskrise» (7). Det er uklart hva som skulle være forskjellen på akutt «selvmordsrisiko» og «selvmordskrise».

Noen av pasientene har svært alvorlig selvskading eller har gjort selvmordsforsøk. En potensielt livstruende akuttsituasjon preget av mental ubalanse og høy selvmordsrisiko kan medføre akuttpsykiatrisk døgninnleggelse selv om det ikke anbefales i retningslinjene (7). I praksis har en undergruppe hyppige og noen ganger også langvarige innleggelser (8). Flere forhold, bl.a. diagnostisk uklarhet, oppstykket behandlingsskjede, intens hjelpesøkeratferd, vanskelige risikovurderinger og frykt for å gjøre feil, kan bidra til innleggelse (8). I noen tilfeller kan det skyldes manglende polikliniske eller ambulante behandlingstilbud. Slike situasjoner representerer betydelige utfordringer for både pasienter, pårørende og helsevesenet.

Til tross for at pasienter med personlighetsforstyrrelse kan ha omfattende psykiske helseplager og i perioder kan trenge sammensatte, koordinerte tjenester på tvers av helsetjenestenivåene, finnes det ennå ikke nasjonale retningslinjer i Norge for behandling og oppfølging av personlighetsforstyrrelse (9). Det er evidens for at målrettet psykoterapeutisk behandling og tidlig behandling gir betydelig reduksjon av selvmordsforsøk, selvskading og sykehusinnleggelser (10).

## Pasientforløp

Ved Oslo universitetssykehus er det laget et pasientforløp for personlighetsforstyrrelser fra hjem via helsetjenesten og hjem igjen (11). I en annen artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet skriver vi om akuttbehandling av denne pasientgruppen (10). Ved suicidal atferd skal man først og fremst sikre at pasienten overlever, deretter sørge for å etablere eller sikre videre behandlingskontakt.

Er innleggelse nødvendig i en krisesituasjon, bør den helst være frivillig. Kriser som kan gjøre innleggelse nødvendig, er gjerne preget av psykosesyntomer, alvorlig selvskading og akutt selvmordsfare, ikke minst etter selvmordsforsøk. Ved gjentatt, langvarig og alvorlig selvskading og suicidalitet bør pasienten ikke legges inn i døgnavdeling «fordi det grunnleggende prinsipp i behandlingen er at pasienten oppmuntres til å styre og kontrollere eget liv og har ansvar for sin atferd så langt hun/han er i stand til, selv om atferden kan være destruktiv» (11). Dette forutsetter imidlertid at pasienten ikke er for ustabil og har en poliklinisk behandler som har ansvar og rammer for å opprettholde behandlingsavtalen som inngås (11). Unntak kan være for pasienter som ikke har et adekvat poliklinisk behandlingsopplegg. Da kan innleggelsen brukes til å få etablert et slikt opplegg med ansvarlig behandler. Pasienten bør ikke skrives ut før avtaler er på plass. Planlagte og regelmessige innleggelser kan være et alternativ der hvor det er laget slike behandlingsforløp.

## Sykere av innleggelse?

I en svensk undersøkelse hvor man sammenliknet mortaliteten hos pasienter med personlighetsforstyrrelse som hadde vært innlagt med pasienter som bare hadde vært i poliklinisk behandling, fant man noe høyere forekomst av unaturlig død hos de innlagte, men det var en betydelig økt mortalitet også for de som bare hadde fått poliklinisk behandling. Forklaringen er sannsynligvis at gruppen som var døgninnlagt, var sykere (seleksjonsskjevhet), og man kan derfor ikke konkludere med at døgnbehandling øker selvmordsrisikoen (2, 3).

Det finnes knapt studier som viser at pasienter som virkelig er akutt suicidale blir dårligere av å være innlagt inntil situasjonen er stabilisert

Enkelte mener at døgninnleggelse kan øke risikoen for suicidal atferd. Å fjerne pasienter fra de vanlige kravene som er forbundet med å mestre livet, spesielt det å håndtere situasjoner som framkaller sterke følelser, vil kunne medføre at pasientene ikke lærer å håndtere følelsene, og sekundært føre til en forsterkning av suicidal atferd (12). I en studie av kvinnelige pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som fikk poliklinisk behandling, fant man at de som tidligere hadde vært innlagt, oppsøkte psykiatrisk akuttjeneste hyppigere enn de som ikke hadde vært innlagt. De som oppsøkte akuttjeneste under behandling, var også de som hadde flest selvmordsforsøk det første året etter behandling (12).

En årsak til at man generelt har frarådet innleggelse for pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, er påstander om at de selv etter kun få dagers opphold i døgninstitusjon kan få symptomforverring eller bli involvert i negative samspill med personale og medpasienter (8, 13). Man frykter en økning i selvmordstrusler, selvskading eller selvmordsatferd som igjen kan medføre forlenget innleggelse eller framprovosere for tidlig utskrivning eller andre negative reaksjoner fra sykehuspersonalet (2, 3).

Vi er kritiske til disse påstandene når det gjelder akutte selvmordskriser. Det finnes knapt studier som viser at pasienter som virkelig er akutt suicidale blir dårligere av å være innlagt inntil situasjonen er stabilisert. For de fleste pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er den akutte selvmordsfaren kortvarig, selv om risikoen kan være betydelig forhøyet på lang sikt. Hvis pasientene har aktive planer og ikke har kontroll over selvmordsimpulsene, er de i så stor nød og fare at behandlere må iverksette tiltak for å forhindre selvmord. Det er bra hvis dette kan skje utenfor døgninstitusjon, men i mange tilfeller er innleggelse nødvendig inntil pasienten har gjenvunnet tilstrekkelig kontroll.

En eventuell innleggelse bør ha som målsetting å støtte langsiktig pågående psykoterapeutisk behandling hvor dette er etablert, eller å få etablert et slikt tilbud. Det er ikke sannsynlig at pasienter i kaotisk fortvilelse med overhengende fare for å ta livet sitt er i posisjon til å lære bedre mestring av livet.

Hvis man mener at pasienter med selvmordsfare blir dårligere av et opphold i psykiatrisk avdeling, bør man undersøke nærmere om dette faktisk er tilfelle og hva man gjør – altså hvilke faktorer som er skadelige for pasientene.

## Varigheten av oppholdet

Det er bred enighet om at lange opphold over flere uker ikke er indisert. Innleggelsene bør være korte, men likevel ikke for korte. Mange pasienter har blitt innlagt på kvelden eller natten og utskrevet tidlig neste dag. Da vil man neppe ha klart å etablere tilstrekkelig hjelp utenfor sykehuset eller klart å håndtere selvmordskrisen i tilstrekkelig grad.

Når man skal vurdere om en pasient skal innlegges eller skrives ut raskt, må man vurdere både symptomer, diagnose og den aktuelle livssituasjonen, inkludert det sosiale nettverket. Hvis pasienten mangler nettverk, er risikoen for selvdestruktiv atferd større, og man bør da sørge for at pasienten er mer stabil før man skriver vedkommende ut enn hvis pasienten har et støttende nettverk.

## Vurdering av selvmordsfare

Selv om pasienten har ansvar også for destruktive handlinger, har man som kliniker både faglig og juridisk ansvar for å hindre selvmord og de alvorligste former for selvskading, spesielt hos pasienter som fungerer dårlig psykisk.

Å vurdere pasientens psykiske tilstand og evne til å ta ansvar kan være vanskelig i en krisesituasjon hvor pasienten er emosjonelt oppbrakt, noe som vil gå ut over evnen til å tenke rasjonelt om egen situasjon. Forståelse og bekreftelse av pasientens subjektive opplevelse er alltid første skritt og en forutsetning for et samarbeid for å kartlegge situasjonen, hva som har utløst krisen og om det er mulig å finne alternativer til innleggelse.

Det må være rom for skjønn i vurderingen av om det foreligger akutt selvmordsfare

Det må være rom for skjønn i vurderingen av om det foreligger akutt selvmordsfare, ikke minst fordi det dreier seg om ambivalente følelser som kan svinge raskt. Vurderingen blir selvsagt sikrere jo bedre man kjenner pasienten og jo mer man har etablert en gjensidig behandlingsallianse. Når man derimot ikke kjenner pasienten, kan innleggelse være nødvendig for ikke å løpe for høy risiko (14). En pasient som ikke kjenner behandlerne, vil nok også som oftest lettere oppleve avvisning enn en som er mer kjent med behandlerne og den faglige begrunnelsen for en eventuell utskrivning.

Man skal heller ikke undervurdere selvmordsintensjonen hos en pasient som har tatt en overdose for deretter å søke hjelp, fordi den kan endres etter inntaket og under medikament- eller rusmiddelpåvirkning. Følelsene kan være mer skiftende, ambivalensen større og mestringsvevnen nedsatt. Noen pasienter er suicidale når de er overlatt til seg selv eller lever i en stressende situasjon, men ikke i en trygg sykehusavdeling.

## Konklusjon

Det er krevende å vurdere selvmordsatferd hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse fordi ytre forhold og indre tilstand kan skifte raskt. En del pasienter opplever avvisning både poliklinisk og i døgnavdeling. Dette øker risikoen for selvdestruktiv atferd.

Selv om nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern angir at disse pasientene ikke bør behandles ved psykiatriske døgnavdelinger, bør klinisk praksis ha rom for nyanser. En rimelig målsetting ved innleggelse er først og fremst å hjelpe pasienten gjennom en akutt selvmordskrise, dernest å kartlegge om pasienten har et adekvat poliklinisk behandlingstilbud og motivere for videre terapeutisk behandling. Akuttinnleggelsen blir da et ledd i et større behandlingsforløp.

---

### LITTERATUR:

1. Ekeberg Ø, Hem E. Kronisk suicidal? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0630. [PubMed][CrossRef]
2. Björkenstam C, Björkenstam E, Gerdin B et al. Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. BJPsych Open 2015; 1: 54-5. [PubMed][CrossRef]
3. Björkenstam C, Ekselius L, Berlin M et al. Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. J Psychiatr Res 2016; 83: 29-36. [PubMed][CrossRef]
4. Black DW, Blum N, Pfohl B et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. J Pers Disord 2004; 18: 226-39. [PubMed][CrossRef]
5. Vijay NR, Links PS. New frontiers in the role of hospitalization for patients with personality disorders. Curr Psychiatry Rep 2007; 9: 63-7. [PubMed][CrossRef]
6. Goodman M, Roiff T, Oakes AH et al. Suicidal risk and management in borderline personality

disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 79–85. [PubMed][CrossRef]

7. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retning%20slinje.pdf> Lest 23.8.2019.
8. Berglund A, Frøysaa C, Siqveland J. Behandling ved kronisk suicidalitet – retningslinjer og realiteter. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2015; 52: 872–7.
9. Helsebiblioteket.no. Psykisk helse. Personlighetsforstyrrelser. Retningslinjer.  
[www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/retningslinjer](http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/retningslinjer) Lest 1.2.2019.
10. Ekeberg Ø, Urnes Ø, Kvarstein EH et al. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0492. [CrossRef]
11. Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri. Pasientforløpet.  
<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/pasientforlopet> Lest 1.2.2019.
12. Coyle TN, Shaver JA, Linehan MM. On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2018; 86: 116–24. [PubMed][CrossRef]
13. Mehlum L, Jensen AI. Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2946–9. [PubMed]
14. Ekeberg Ø. Vurdering av selvmordsrisiko. I: Ekeberg Ø, Hem E, red. *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016: 117–34.

---

Publisert: 14. oktober 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0493

Mottatt 1.8.2019, godkjent 23.8.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no