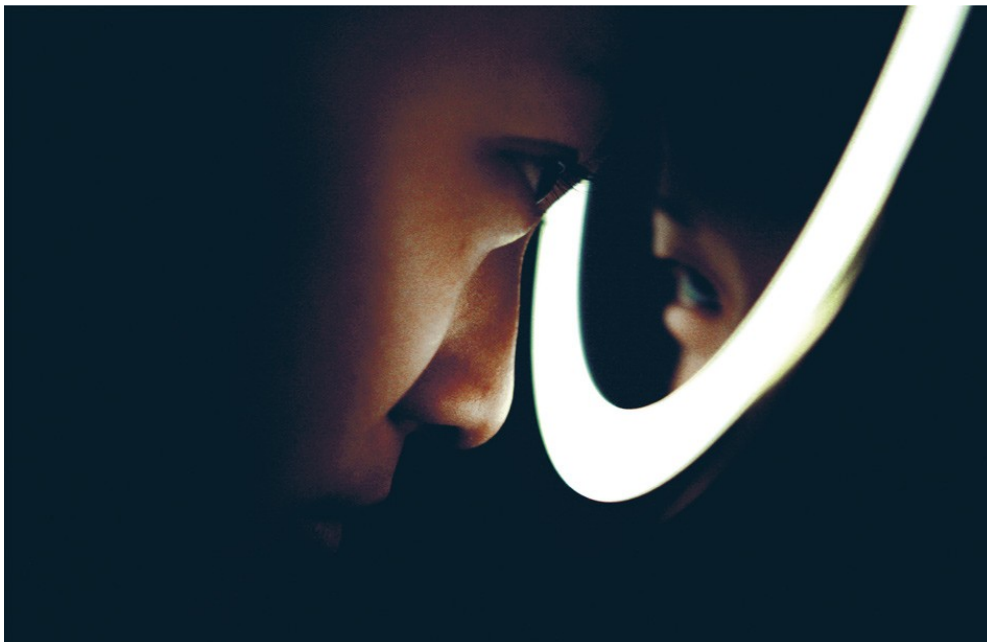


# Behandling ved kronisk suicidalitet

## - retningslinjer og realiteter



Behandlere legger inn pasienter med kronisk suicidalitet hyppig. Disse pasientene blir ofte i sengeposten lenger enn det retningslinjene anbefaler. Hvorfor - og hva kan gjøres?

#### TEKST

**Anette Berglund**  
**Christian Frøysaa**  
**Johan Sigveland**

**PUBLISERT 5. oktober 2015**

---

Å møte mennesker i selvmordskrise er en sentral, men også krevende oppgave for psykologer. God behandling av psykiske lidelser er en av de viktigste metodene vi har for å forebygge selvmord. I noen tilfeller er den psykiske lidelsen en depressiv episode med en akutt forhøyet selvmordsfare. Selvmordsfaren sees her som sekundær til depresjonen, og når depresjonen behandles, vil selvmordsfaren normalt reduseres. Hos noen personer er selvmordstanker og -planer mer varige eller hyppig tilbakevendende, og dette kalles kronisk suicidalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kronisk suicidalitet er mest vanlig ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Paris, 2004a), hvor hyppige selvmordstanker er et av diagnosekriteriene. Tall viser at 85 % av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har gjort selvmordsforsøk (Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann, 2000), og at opptil 10 % dør av selvmord (Paris,

2005). Selv om under 1 % av totalbefolkningen har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001), er dette pasienter vi møter hyppig i vår kliniske hverdag (Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001; Hörz, Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2010). Vi kan forebygge selvmord ved å tilby disse pasientene god behandling, noe som også vil øke deres livskvalitet og funksjonsnivå.

### **Kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Personer med kroniske selvmordstanker og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har blitt ansett som spesielt krevende å jobbe med klinisk (Rizq, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Tidligere var det en utbredt holdning at disse pasientene ikke profitterte på behandling. De ble oppfattet som manipulerende heller enn syke, og plagene deres ble forstått i en moralsk ramme og ikke som psykiske lidelser. Nyere forskning om nevrobiologiske årsaker til personlighetsforstyrrelser og forskning om behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse viser at dette ikke nødvendigvis er holdbare holdninger (se Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter & Maltsberger, 2011 for en oversikt).

### **«Pasientene kan ha en tendens til å bli sykere etter kun få dagers opphold i døgninstitusjon»**

Poliklinisk behandling med hovedvekt på psykoterapi fremfor medikamentell behandling er anbefalt, og det finnes her flere evidensbaserte psykoterapeutiske tilnærminger (Bateman & Fonagy, 2007; Linehan et al., 2006).

Som klinikere legger vi inn pasienter med kronisk forhøyet selvmordsfare og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse for å redusere symptomtrykk og for å forhindre selvmord. Det er også disse begrunnelsene vi bruker når vi beholder dem innlagt i sengepostavdelinger. Likevel er nytten av døgnbasert behandling for denne pasientgruppen udokumentert, dadet ikke foreligger kontrollerte studier som viser at hospitalisering forhindrer selvmord (Paris, 2004b). Disse pasientene kan ha en tendens til å bli sykere etter kun få dagers opphold i døgninstitusjon gjennom symptomforverring, psykosener dekompenisering negativt samspill med personale og medpasienter (Mehlum & Jensen, 2006). Innleggelse i psykiatriske avdelinger kan også gjøre situasjonen verre for pasientene gjennom å forsterke uhensiktsmessig atferd (Linehan, 1993; Paris, 2004b), samt fremme regresjon til tidligere funksjonsnivå (malign regresjon) (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989).

### **Nasjonale retningslinjer**

De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) har et eget kapittel om behandling av kronisk suicidalitet og anbefaler poliklinisk oppfølging, gjerne kombinert med gruppebehandling, og advarer

mot lange innleggelser. Sykehusinnleggelse bør kun brukes for å ivareta pasienten i en akutt selvmordskrise og ikke som behandling for selve grunnlidelsen. Innleggelser skal være kortvarige, og sengepost og poliklinikk bør samarbeide. Disse anbefalingene er i tråd med innholdet i andre internasjonale retningslinjer for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009)

Vår kliniske erfaring er at virkeligheten ikke gjenspeiler disse anbefalingene. Pasienter med kronisk suicidalitet har hyppige innleggelser, og blir noen ganger liggende inne mye lenger enn det retningslinjene anbefaler. Vi vil i denne artikkelen diskutere mulige årsaker til denne forskjellen mellom retningslinjer og realiteter.

## **Hvorfor blir ikke retningslinjene fulgt?**

### **Uenighet om diagnostiske vurderinger**

Diagnostisk vurdering kan få konsekvenser for videre behandling og i hvilken grad døgninnleggelser skal være en del av denne behandlingen. Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en heterogen gruppe, og de diagnostiske grensene mot for eksempel bipolar affektiv lidelse og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan være vanskelige (Paris, 2007). Komorbiditeten mellom emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og PTSD hos dem som søker behandling, varierer mellom 25 % og 85 % (Pagura et al., 2010). Selv om døgninnleggelse heller ikke er anbefalt som behandling for PTSD, er ikke anbefalingene her like sterke når det gjelder å forsøke å unngå dette (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Lokale tradisjoner og forståelsesmåter vil kunne påvirke diagnostiske vurderinger, noen kliniske enheter har en «preferanse» for den ene diagnosen fremfor den andre. En pasient kan således i verste fall bli møtt på ulik måte ulike steder i behandlingssystemet, hvor eksempelvis en pasient ett sted forstås som en person med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mens vedkommende et annet sted blir forstått som en pasient med PTSD. Hvordan man forstår pasientens problematikk, vil igjen ha konsekvenser for behandlingen denne tilbys, og den kan da i noen tilfeller tenkes å avvike vesentlig mellom ulike steder i behandlingssystemet. Dette anses som lite heldig for pasienten, og vil kunne gjøre behandlingen som tilbys, mindre helhetlig enn den optimalt kunne være.

### **Oppstykket behandlingskjede**

Retningslinjene anbefaler en tydelig behandlingsplan og understreker viktigheten av samarbeid mellom ulike behandlere. Mange av pasientene med kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har fast behandler på DPS. Når pasienten legges inn i selvmordskrise, er dette ofte ikke av deres psykoterapeut, men av legevakttersleger som ikke kjenner pasienten, ikke har tilgang til journalen på DPS eller mulighet til å diskutere behandlingsvalg med psykologen. I løpet av innleggelsene er det ofte for lite kontakt mellom sengepost og den faste behandleren på DPS. At viktige behandlingsvalg for disse pasientene i så liten grad er helhetlig og samstemt på tvers av

behandlingsledd, kan henge sammen med at disse pasientenes tilstand svinger raskt, at behovet for hjelp oppleves akutt, og at det settes av for lite tid til samhandling mellom ulike deler av behandlingsskjeden. Disse pasientene kunne fått en betydelig bedre behandling mer i tråd med retningslinjene om legevakt, DPS og akuttavdelinger hadde samarbeidet mer.

### **Hjelpsøkeratferd**

Mennesker med kronisk suicidalitet oppsøker i høy grad selv hjelp (Paris, 2004a), og de kan ønske å bli innlagt. Selv om disse pasientene ofte ikke har en sterk intensjon om å dø, så mangler de mer hensiktsmessige strategier for å håndtere vanskelige affekter. De kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet etter selvmordsforsøk eller selvskading (Pascual et al., 2007) og mangler ofte strategier for å håndtere eller kommunisere affekter. Selvmordsatferd med en påfølgende innleggelse kan bli en kommunikasjonsform eller mestringsstrategi. Innleggelse i en avdeling kan gi en kortvarig og på kort sikt kjærkommen opplevelse av kontroll. Omsorg, praktisk hjelp og sosial støtte ved innleggelse hjelper til å nedregulere affekter på kort sikt, men vil også kunne forsterke selvmordsatferden (Paris, 2002; Linehan, 1993).

### **De vanskelige risikovurderingene**

Dødsintensjon ved selvmordsforsøk er ofte uklar, og ambivalens til livet er hyppig (Chiesa, Sharp & Fonagy, 2011). En slik ambivalens hos pasientene gjør vurderingene av situasjonen og planlegging av videre behandling krevende. Psykologer som er usikre på vurderingene, vil ofte søke innleggelse til døgnbehandling for å sikre pasienten. Å legge inn disse pasientene er forståelig gitt de alvorlige konsekvensene ved å ta feil, men kan likevel som tidligere beskrevet være uhensiktsmessig på sikt. Et viktig hjelpemiddel her er det å gjøre gode selvmordsrisikovurderinger. Hyppig og rigid bruk av sjekklister har blitt kritisert for å ha lav prediktiv validitet og begrenset klinisk nytteverdi (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2014). Det er mer fruktbart å støtte pasienten på at vedkommende har det vanskelig, og forsøke å finne løsninger sammen, enn kun å fokusere på å gjøre en risikovurdering (Paris, 2004b; Linehan, 1993).

Behandlingstilnærmingen for enkeltstående selvmordskriser versus kronisk suicidalitet bør være ulik. En pasient med mye selvskading og selvmordsatferd formulerte denne distinksjonen slik: «Jeg ønsket ikke å dø, men selvskadingen og truslene ble for meg en måte å overleve på.» Å skille mellom disse to typene selvmordsrisiko er vanskelig. Pasienter med kronisk suicidalitet kan ha akutte selvmordskriser som krever intervensjon. Risikofaktorer for akutte selvmordskriser kan være nylig brudd i relasjon, rusmisbruk eller komorbid depresjon. Alle disse faktorene må tas hensyn til og veies opp mot hverandre i planlegging av behandlingen.

### **Frykt i behandlingsapparatet**

Selv mordshandlinger eller -trusler oppleves dramatiske, og selvmord hos en pasient kan sees på som en type ur-frykt eller ur-traume for behandlere (Larsen, 2011).

Behandleren kan videre oppleve et press fra mange hold, hvor man gjennom medieoppslag og nasjonale helsemyndigheter også blir minnet om sitt ansvar for å forhindre selvmord. Å redusere selvmordsfaren på kort sikt blir viktigere enn å støtte og hjelpe pasienten i å håndtere sine vansker mest mulig selvstendig. Foruten sterk frykt for pasientens liv vil andre mer eller mindre ubevisste reaksjoner som skuffelse, maktesløshet, sinne eller til og med forakt, avsky og hat, kunne vekkes hos terapeuten. Disse reaksjonene kan være vanskelige å erkjenne fordi de er politisk ukorrekte (Larsen, 2011) og bryter med behandlerens idealer og profesjonelle selvbilde. Psykologer kan i en presset situasjon ha ønske om å kvitte seg med ansvaret for pasientens liv. Ved å legge inn pasienten blir ansvaret for en periode overført til noen andre.

Motoverføringsreaksjoner i terapien kan gjøre at den langsiktige gevinsten med bedre kontroll over eget liv «ofres» for den kortvarige reduksjon i selvmordsfare.

### **«Psykologer som er usikre på vurderingene, vil ofte søke innleggelse til døgnbehandling for å sikre pasienten»**

En annen mulig negativ side ved det økte fokuset på standardiserte evalueringer er at stadig mer av behandlerens tid går med til registrering og dokumentering.

Overopptatthet med prosedyrer kan innebære en falsk trygghet. Behandleren kan bli mer opptatt av å «holde ryggen fri» juridisk enn av å finne terapeutisk gode løsninger. Toleransen for vanskelige vurderinger og iboende usikkerhet reduseres i behandlingsorganisasjonen, ettersom selvmord er et så ømtålig tema.

Når behandlingsapparatet blir for fragmentert, kan den enkelte behandler oppleve et særlig tungt ansvar for pasientens liv. Støttende holdninger i behandlingssituasjonen blir derfor viktig, hvor det er forventet at enhver behandler vil støtte på vanskeligheter fra tid til annen. Å forvente at den enkelte skal klare seg selv, og hvor det blir sett på som et svakhetstegn å innrømme problemer, styrker isolasjonen av den enkelte behandler og gir dårligere kvalitet på pasientbehandlingen.

### **Veien videre**

Dagens praksis kan forbedres gjennom blant annet tydeligere behandlingsplan i pasientenes journal. Med en høy risiko for tidlig død ved selvmord, sterkt redusert livskvalitet og store funksjonsvansker har kronisk suicidale pasienter helt klart et behandlingsbehov. Flere empirisk støttede behandlingsalternativer finnes (Weinberg et al., 2011), for det meste polikliniske. Tydeligere behandlingsplaner i journal, som akutteam kan ha tilgang til, vil kunne gjøre at pasienter som tar kontakt på kveldstid, får hjelp i tråd med langsiktige behandlingsmål. Et nyttig verktøy her kan være å lage kriseplaner sammen med pasienten, og med pasientens tillatelse informere aktuelle legevakter om innholdet i disse planene.

Zanarini og kolleger (2007) fulgte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse over en periode på 10 år, og fant at selvskading og selvmordstrusler ble vesentlig redusert i løpet av denne perioden. Bare 15 % av dem som ved første undersøkelse hadde hatt selvmordstanker eller skadet seg selv med vilje, gjorde dette etter 10 år. Kronisk suicidalitet er paradoksalt et fenomen som på tross av navnet har stor sjanse for å avta over tid. Hvordan hyppige innleggelses påvirker denne prosessen, vet vi ikke sikkert, men vi frykter som Paris (2005) at det kan forverre situasjonen ved at vi i stedet for å styrke deres autonomi og mestringsstrategier faktisk kan ende med å gjøre det motsatte. Alternativt til innleggelses kan vi tenke oss polikliniske samtaler, mer ambulant oppfølging, tettere samarbeid med andre helsetjenester og sterkere aktivering av pasientens eget sosiale nettverk, for å nevne noe. Vi mener ikke at vi aldri skal legge inn disse pasientene, men stiller spørsmålsteget ved når dette er det beste for pasientene i det lange løp. Bruk av andre typer hjelpetiltak som fremmer egen mestring, kan være mer hensiktsmessig.

Vi tror regelmessig veiledning kan motvirke negative motoverføringsreaksjoner. Psykologer er pålagt å motta dette så lenge de er under spesialisering, men veiledning er også svært nyttig etter fullført spesialitet. Veiledning hjelper en til å stå i vanskelige situasjoner, til ikke å agere ureflektert på egne motoverføringer og til å tåle et høyt emosjonelt trykk i behandlingen. Selv meget erfarne terapeuter vil ha «blinde flekker», deler ved sin praksis som de selv ikke er bevisst, og vil kunne oppleve negativt samspill hvor deres nøytralitet og terapeutiske distanse settes ut av spill.

I tillegg til veiledning vil jevnlig møtepunkter med kolleger for å diskutere saker man jobber med, være nyttig. Et godt og åpent forhold til leder vil også medføre økt trygghet for den enkelte behandler om han eller hun skulle velge å ikke legge inn pasienten til et døgnopphold.

Det finnes mange ulike psykososiale intervensjoner som har vist seg effektive i behandling av selvmordsatferd (for eksempel Bateman & Fonagy, 2007; Comtois & Linehan, 2006). En nyere studie av mentaliseringsbasert dagbehandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og høy grad av komorbide akse 1 og 2-lidelser er lovende, og viser økt funksjonsnivå og mindre selvmordsatferd (Bales et al., 2012). Det er ofte de mer velfungerende av pasientene med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som tilbys gruppebehandling på dagavdelinger. Det mangler således et godt tilbud for en stor del av denne gruppen pasienter som fungerer dårligst. For disse pasientene ser vi ideelt for oss et forsterket poliklinisk tilbud, med både individuell poliklinisk behandling og gruppebehandling. Et slikt behandlingstilbud kan imidlertid kreve en annen strukturering av DPS-systemet enn det vi har i dag, med mer samarbeid mellom enhetene og avdelingene samt større muligheter for fleksible overganger.

En rekke prosesser, som diagnostisk uklarhet, oppstykket behandlingsskjede, intens hjelpesøkeratferd, vanskelige risikovurderinger og frykt for å gjøre feil, bidrar altså til at pasienter med kronisk suicidalitet innlegges ved selvmordskriser, selv om

retningslinjene for behandling ikke anbefaler det. Vi frykter at dette kan bidra til en dårligere pasientbehandling for denne gruppen.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 10, 2015, side 872-877*

#### TEKST

**Anette Berglund**

**Christian Frøysaa**

**Johan Sigveland**

+ Vis referanser

#### Referanser

Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R. & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 568-582.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Falun: Arneberg forlag.

Chiesa, M., Sharp, R. & Fonagy, P. (2011). Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 100-109.

Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice friendly review. *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 161-170.

Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2014). Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Journal of Personality Disorders*, 28(3), 394.

Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 612-616.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. & Appelbaum, A. H. (1989). *Borderline personality organization*. New York: Basic Books.

Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg din jævla dritt!» Motoverføring og suicidalitet. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 18-24.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy versus therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 757-766.

Mehlum, L. & Jensen, A. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Journal of Personality Disorders*, 20(14), 2946-2949.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009).

*Guidelines for the treatment of suicidal thoughts and behaviors*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Nedlastet en 11.05 2011 fra <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42900/42900.pdf>

2011 fra <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live>

Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. , 1190-1198.

Pascual, J., Córcoles, D., Castaño, J., Ginés, J., Gurrea, A., Martín-Santos, R., ....Bulbena, A. (2007). Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. (9), 1199-1204.

Paris, J. (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. , 315-323.

Paris, J. (2004a). Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder (1), 42-48.

Paris, J. (2004b). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? (3), 240-247.

Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. (8), 435-441.

Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. (5), 457-473.

Rizq, R. (2012). «Theres always this sense of failure’: an interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors’ experiences of working with the borderline client. (1), 31-54.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M. & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. , 601-608.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). . Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. (6), 590-596.

Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. (1), 60-68.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S. & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. (2), 144-150.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I. & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. (6), 929-935.