

Emosjonelt ustabile i kriser

Psykiater Øyvind Urnes



Hva er en krise for en person med alvorlig emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?

- Opplevelse av en hendelse som medfører uoverstigelige vansker som personen ikke tror hen har ressurser til eller kan mestre
- Hvis ikke personen i krise oppnår noe lette fra denne situasjonen, har krisen potensial til å lage alvorlige emosjonelle, kognitive og atferdsmessige konsekvenser som kan bli livstruende i forhold til en selv og andre
- **Det er personens subjektive opplevelse som er avgjørende, ikke en objektiv vurdering av denne hendelsen**

Hva kan fremkalle krise? Hva opplever personen?

- Gjort feil, mislykkethet, fysisk smertetilstand
- Brudd i relasjoner, konflikter i relasjoner, tap/dødsfall
- Tap av anseelse, arbeid, sosialt nettverk

- Den emosjonelt ustabile personen: «Jeg er en dårlig person», «jeg er ond», «jeg hater meg selv», «jeg er ikke verdt noe», «jeg er latterlig», «det er best for alle at jeg dør» o.l.
- Opplevelse av voldsom psykisk smerte.
- Nå er det virksomme selvet som har flere perspektiver og nyanser ikke lenger fungerende

Hva kan konsekvensen være?

- Krisen kan være fra timer til uker
- Det fremmede selvet (Alien self) dominerer selvet som går i midlertid oppløsning: Fornuft og emosjonsregulering fungerer ikke
- Kan medføre alvorlig selvskading, overdosehandling og selvmordsforsøk
- Aggresjon overfor ting og andre personer
- Være dødelig både for personen selv og andre

Det fremmede selvet (alien self)

- Opplevelse av tanker, følelser ikke føles som ens egne (en kjenner ikke sine egne følelser og tanker). Kan oppleves som det indre er et svart hull med **voldsom psykisk smerte**
- Denne diskontinuiteten i selvet fører til **identitetsdiffusjon**: selvopplevelse blir uforutsigbar og skiftende
- Fører til eksternealisering, genererer følelsestilstander i en annen («projektiv identifikasjon»): **Den andre blir bærer av dette «onde» selvet**, og dette fører til en midlertidig bedring av selvtilstanden

Psykisk smerte

- Psykogen smerte er smerte som er forårsaket av psykiske faktorer
- Kropp og psyke påvirker gjensidig hverandre eller formulert mer radikalt: ***Den kroppslige psyken («the embodied mind») integrerer den løpende tilstanden til hele organismen når den interagerer med omverden*** (*Fuchs 2020)
- Kroppslig besvær kan gi psykiske effekter
- Psykisk besvær kan komme til uttrykk gjennom kroppslige symptomer
- Medikamenter hjelper ikke på psykisk smerte

*Fuchs, T. (2020). The circularity of the embodied mind. *Frontiers in psychology*, 11, 1707.

Affektiv kommunikasjon og affektiv speiling

Sensitiv affektiv speiling leder til virksomt selv (agency self)

Insensitiv affektiv speiling leder til fremmedgjøring og fremmed selv (alien self)

Kontingent speiling av babyens affekt genererer en følelse å ha en virkning på omsorgspersonen

Ikke-kontingent speiling genererer en følelse å ikke ha noen virkning på omsorgspersonen, også stress (panikk) og fører til dysregulert affektiv aktivering (jfr “still face experiment”)

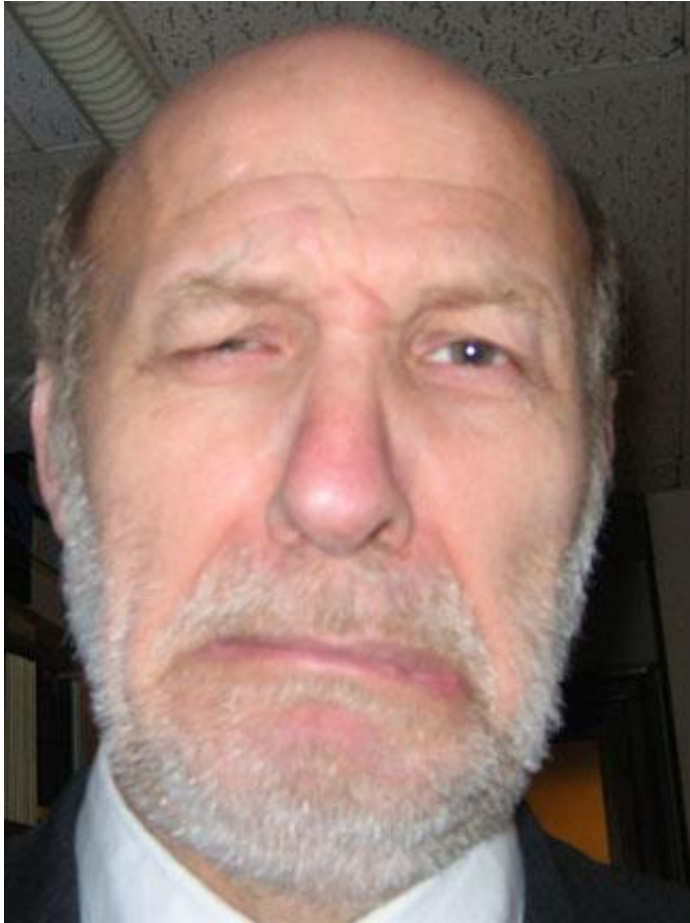
Kongruent speiling av babyens affekt genererer en følelse av å føle seg sammen med omsorgspersonen, dele de same emosjonene. Skaper grunnlaget for opplevelsen av samhörighet

Ikke-kongruent speiling av genererer en følelse av å føle seg fremmed, forskejllig fra omsorgspersonen, som kan føre til opplevelsen av å være alene, eller til overtilpasning til omsorgspersonen, falskt selv

Markert speiling av babyens affect gir opplevelse av å bli anerkjent og betydningsfull hos omsorgspersonen

Ikke-markert speiling av gir en følelse av at affekten er farlig, ikke ønsket, smittsom og truer tilgjengeligheten av omsorgspersonen

Speiling av tristhet: Ikke kongruent eller markert



Ikke kongruent og umarkert



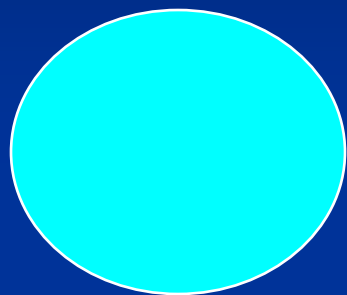
Kongruent og markert

Selvtilstanden ved alvorlig personlighetsforstyrrelse

- Ved **kronisk** inkontingent, inkongruent og umarkert affektintoning konstrueres fremmede selvtilstander i et lite utviklet selv. **Barnet «tvinges» til å internalisere omsorgspersonens egne affekttilstander som en kjernetilstand i selvet: Internalisere en ufølsom eller overveldende og aggressiv omsorgsperson**
- **Resultat: Barnet vil forsøke å kvitte seg med fremmede selvtilstander ved å legge dem ut på omverden (eksternalisere eller projisere) gjennom aggresjon eller gå løs på seg selv (selvskading).**

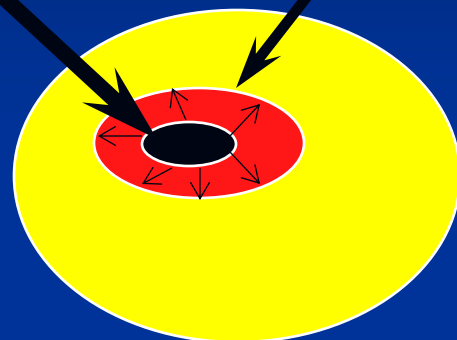
Eksternalisering ved fremmed selv

Det torturerende
fremmede selv



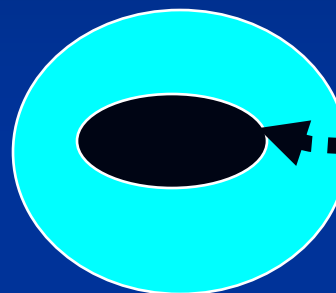
Opplevelse av
den andre som
fraværende

Selvrepresentasjon

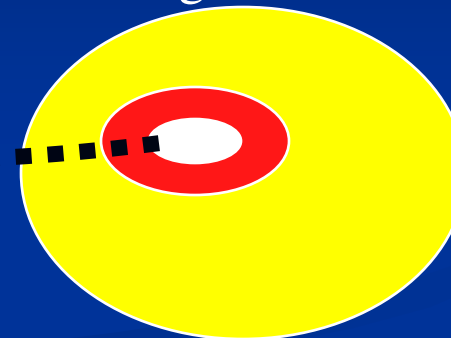


Uutholdelige og smertefulle
emosjonelle tilstander:
Selvet erfares usammenhengende,
som ondt/hatet

Eksternalisering



Opplevelse av
den andre
som ond men
tilstede



Selvet erfares som
koherent, men angrepet
av den andre

Selvskading og eksternaliserende og kontrollerende adferd brukes for å redusere opplevelsen av uutholdelige smertefulle emosjonelle tilstander av angrep innenfra – eksternalisering blir et spørsmål om liv eller død

Kunnskap om personlighetsforstyrrelser er stadig i utvikling

- PF diagnostikk er endret
- Alvorlig personlighetsforstyrrelse (PF) starter omkring puberteten
- Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline) = alvorlig PF
- Barndomstraumer er ofte, men ikke alltid involvert ved alvorlig PF
- Tidlig intervensjon (fra 14 år?) virker forebyggende på utvikling av alvorlig PF i voksen alder

I ICD-10 (1997) er det beskrevet 10 personlighetsforstyrrelser

- **Paranoid PF** : karakterisert av gjennomgående mistillit og mistenksomhet overfor andre mennesker. Andres motiver blir fortolket som ondskapsfulle.
- **Schizoid PF**: karakterisert av en vedvarende tendens til å holde seg vekk fra sosiale sammenhenger og et begrenset repertoar av følelsesmessige uttryksmåter i mellommenneskelige situasjoner.
- **Dyssosial (antisosial) PF (se nedenfor punkt 1.5).**
- **Emosjonelt ustabil (borderline) PF (se nedenfor).**
- **Dramatiserende (hysteriform) PF**: karakterisert av overdreven emosjonalitet og jakt på oppmerksomhet.
- **Tvangsmessig PF** som er karakterisert av orden, perfektjonisme og mental og mellommenneskelig kontroll på bekostning av fleksibilitet, åpenhet og effektivitet.
- **Engstelig (unnavikende) PF (se nedenfor).**
- **Avhengig PF** som er karakterisert av vedvarende og overdrevent behov for å bli tatt vare på og som fører til underdanig, klengete atferd og frykt for atskillelse.
- **Andre spesifikke personlighetsforstyrrelser** som ikke passer noen av de overnevnte. Her er inkludert **narsissistisk PF** som er en egen PF i DSM. Narsissistisk PF er karakterisert av grandiositet (i fantasi eller atferd), behov for å bli beundret og manglende eller lite empati.
- **Uspesifisert PF**, blandede og andre PF. Dette er en restkategori hvor man finner trekk fra flere PF, men ikke nok til å kunne diagnostisere en spesifikk PF.

ICD-11: Godkjent av WHO i 2019, men det tar år? før norsk versjon foreligger (Direktoratet for e-helse har ansvaret)

Personlighetsforstyrrelse er karakterisert av problemer med selv-fungering og/eller interpersonlig fungering som har vedvart over et betydelig tidsrom (over 2 år).

Graderes etter alvorlighet: Mild, moderat og alvorlig

- **Selvfungering**

- Identitetsproblemer
- Dårlig eller ustabil selvfølelse
- Vansker med å se seg selv utenfra
- Vansker med å finne mening med livet og mål for livet

- **Interpersonlig fungering**

- Vansker med å utvikle og holde ved like nære og gjensidige relasjoner
- Vansker med å forstå/ta andres perspektiver
- Vansker med å håndtere konflikter i relasjoner

viser seg som maladaptive mønstre av måter å tenke på, erfare følelser og uttrykke følelser og maladaptiv væremåte eller atferd (de generelle kriteriene for PF i DSM-5)

Og fører til en rekke problemer og stress i mange personlige og sosiale situasjoner

ICD-11 personlighetsforstyrrelse: Individuell beskrivelse av personlighetstrekk (Krit. B i DSM-5 alternative modell)

5 personlighetstrekk-domener (modifisert fra 5-faktormodellen) og et borderlinemønster som kan benyttes deskriptivt, men ikke nødvendig for diagnosen:

1. **Negativ emosjonalitet:** Tendens til å ha mye negative følelser (N)
 2. **Distansering:** Sosial og emosjonell distansering (E)
 3. **Dyssosial:** Lite respekt for andres følelser og rettigheter og lite empati (A)
 4. **Uhemmet:** Potensiell destruktiv impulsivitet og uansvarlighet (C)
 5. **Anankastisk (tvangstrekk):** Rigid, kontrollerende, perfeksjonistisk
- **Borderline mønster:** Ustabil(e) relasjoner, selvilde, affekter og markert impulsivitet

ICD-11 PF 2019: Maladaptive kognitive, emosjonelle og atferdsmessige mønstre

- **Emosjonelle manifestasjoner**

- Evne til å kjenne og uttrykke hele spekteret av følelser/emosjoner
- Emosjonell regulering (over eller underregulering)
- Evne til å erkjenne og identifisere vanskelige og uønskede følelser for personen (ex sinne eller tristhet)

- **Kognitive manifestasjoner**

- Evne til å vurdere mellommenneskelige og andre situasjoner på en rimelig måte, spesielt under stress
- Evne til å ta rimelige avgjørelser i uklare situasjoner
- Evne til å ha rimelige, stabile og fleksible oppfatninger

- **Atferdsmanifestasjoner**

- Kunne fleksibelt kontrollere impulser og tilpasse atferden basert på situasjon og konsekvenser av atferden
- Reagere adekvat ved intense følelser og i stressituasjoner (ex tendens til selvskading eller aggresjon/vold?)
- I hvilken grad dysfunksjoner som beskrevet ovenfor er assosiert med stress eller nedsatt funksjon i familiære, sosiale, utdannelses, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder

Mild personlighetsforstyrrelse ICD-11

Personlighetsproblemene viser seg på noen funksjonsområder (for eksempel problemer med å være målrettet og selvreflekterende, men ikke med empati eller vansker i nære relasjoner). Noen relasjoner er bevart og en kan fungere i roller i yrkeslivet.

Som en konsekvens vil mild PF ikke vise seg i alle sammenhenger eller roller. Mild PF er ikke typisk forbundet med betydelig skade mot en selv eller andre.

Moderat personlighetsforstyrrelse ICD-11

Personlighetsproblemer påvirker flere områder for personlighetsfungering (eks. Identitetsfølelse, evnen til å inngå i nære relasjoner, kapasitet for empati). Som en konsekvens av dette er ***fungering i sosiale roller betydelig kompromittert, få vennskap blir bevart, relasjoner i arbeidslivet blir brutt og det er vanlig med vedvarende konflikter med andre.***

Moderat PF er ofte forbundet med skade mot en selv eller andre, men ikke i den grad at det forårsaker langtidsskade eller har vært livstruende.

Alvorlig personlighetsforstyrrelse ICD-11

Personlighetsproblemene er diffuse og dyptgående og ***involverer de fleste, eller ofte alle, aspekter av personlighetsfungering.*** Som en konsekvens er vennskap overflatiske eller ikke-eksisterende, arbeidsmessige eller utdanningsmessige roller er fraværende eller alvorlig kompromittert og samfunnsmessige forpliktelser er ignorert.

Alvorlig PF er ***vanligvis assosiert med en historie med alvorlig skade mot en selv eller andre*** og forventning at dette også vil skje i fremtiden.

En integrert modell for utvikling av personlighetspatologi

DSM-5's alternative modell (AMPD) kom i 2013*

- **Kriterium A: I hvilken grad foreligger utvikling av selvet:** Utdannelse, selvstendighet, nære relasjoner og relasjonsfungering generelt:
Ungdomstiden representerer økte utfordringer for identitetsutvikling, eksekutive funksjoner, emosjonsregulering, nære relasjoner og mentalisering.
- **Kriterium B: Patologiske personlighetstrekk:** Disposisjonelle patologiske trekk som i ungdomstiden er på det hyppigste og deretter avtar



DONNA S. BENDER, PH.D.
ANDREW E. SKODOL, M.D.
MICHAEL B. FIRST, M.D.
JOHN M. OLHAM, M.D.



Struktureret Klinisk interview for den alternative i kategoriserings- og personlighedsforstyrrelser i DSM-5*

SCID-5-AMPD

MODUL 1

GYLDENDAL

DSM-5 kriterium A: et sunt **selv**

- **Identitet:**

- Opplevelse av en selv som unik
- Klare grenser mellom selv og andre
- Stabil selvfølelse og evne til realistisk å vurdere seg selv
- Evne til å regulere en stor variasjon av emosjonelle reaksjoner

- **Selv-styring (self-direction):**

- Evne til å forfølge sammenhengende og meningsfulle kortsiktige- og langsiktige mål
- Anvende konstruktive og prososiale indre standarder for adferd
- Evne til å reflektere over seg selv på en produktiv måte

DSM-5 kriterium A: god **interpersonlig funksjon i et sunt selv**

- **Empati (mentalisering)**

- Forstå og anerkjenne andres opplevelser og motiver
- Ha toleranse for forskjellige perspektiver
- Ha forståelse for virkningen av egen atferd på andre

- **Intimitet (tilknytning)**

- Varighet og dybde av positive relasjoner
- Ønske og kapasitet for nærhet
- Gjensidighet (mutuality of regard) i relasjoner

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline) i DSM-5PF (1-2% i befolkningen), tilsvarer tilnærmet «borderlinemønster» i ICD-11.

Et vedvarende mønster av ustabilitet i relasjoner, selvilde og følelsesliv samt betydelig impulsivitet, som begynner i sen barnealder/ungdomstiden, minst 5 av 9 "kriterier":

1. Desperate anstrengelser for å unngå en reelt eller innbilt **fare for å bli forlatt**
2. Et mønster med **ustabile og intense mellommenneskelige forhold**, som er kjennetegnet ved veksling mellom ekstremer av idealisering og devaluering
3. **Identitetsforstyrrelse**: Markant og vedvarende ustabil selvilde, eller følelse av eget selv
4. **Impulsivitet** på minst to områder som er **potensielt selvødeleggende** (sløsing med penger, sex, rusmisbruk, uforsvarlig bilkjøring, overspising)
5. Tilbakevendende **selvmordsatferd**, -demonstrasjoner eller –trusler eller **selvskading**
6. **Affektiv ustabilitet på grunn av markant tendens til følelsesmessige reaksjoner**
7. Kronisk **tomhetsfølelse**
8. Upassende, intenst **sinne** eller vansker med å kontrollere sinne (hyppige raserianfall, konstant sinne, gjentatte slåsskamper)
9. Forbigående stressrelaterte **paranoide tanker eller alvorlige dissosiative symptomer**

Selvforstyrrelsen ved emosjonelt ustabil PF i AMPD viser seg som

- **Identitetsforstyrrelse**

- svært dårlig, dårlig utviklet eller ustabil selvbylde, ofte assosiert med voldsom selvkritikk/selvhat, kronisk følelse av tomhet, fremmedhet og dissosiasjon under stress
- emosjonsreguleringsproblemer, spesielt av negative emosjoner, aggresjon og destruktiv impulsivitet.

- **Vansker med å styre selvet/være målrettet: Ustabile**

- planer
- mål
- verdier
- karriereplaner

Interpersonlige problemer ved emosjonelt ustabil PF i AMPD er karakterisert av

- **Empatiproblemer**

- interpersonlig hypersensitiv (lett for å føle seg ikke forstått, krenket eller fornærmet)
- svekket evne til å oppfatte og ta hensyn til andres følelser, tanker og behov
- ofte negativ oppfatning av andre

- **Nære relasjoner:**

- intense, ustabile, krevende og konfliktfylte
- ofte mye mistillit
- frykt for å bli avvist eller forlatt, innbilt eller reell
- skifte mellom overinvolvering og tilbaketrekning, idealisering og devaluering

Hva er underliggende problemer ved emosjonelt ustabil PF?

1. **Emosjonsreguleringsproblemer:** Hyperreaktive emosjoner (sårbart temperament, amygdala hyperreaktivitet) som nedreguleres langsommere og i mindre grad fra prefrontal cortex
2. **Hyperreaktivt og desorganisert tilknytningssystem**
3. **Mellommenneskelig hypersensitivitet og liten tillit** til andre pga negative oppveksterfaringer og utviklingstraumer
4. **Mentaliseringsproblemer.** Forståelse av mentale tilstander hos en selv og andre blir lidende ved sterk emosjonell aktivering
5. Tendens til **hypermentalisering:** Overtolkning og feiltolkning av mentale tilstander (projektiv identifikasjon)

Komorbiditet (psykisk) ved emosjonell ustabil PF: De fleste har komorbid lidelse (85%)*

- Traumelidelser (PTSD og kompleks PTSD) ca 40%
- ADHD ca 20%
- Internaliseringslidelser
 - Angst ca 50%
 - Depresjon ca 50%
 - Somatiseringslidelser hos ca 30%
- Eksternaliseringslidelser
 - Rus ca 50%
 - Atferdsproblemer/dyssosialitet ca? (felles genetisk sårbarhet)

Emosjonell ustabil PF: Økt risiko for somatisk lidelse, dels pga livsstil og psykiatrisk komorbiditet*

- Hypertensjon
- Arteriosklerose
- Kardiovaskulær sykdom
- Gastrointestinal sykdom
- Leversykdom
- Artritt og andre smertetilstander
- Overvekt
- Slag
- Søvnforstyrrelse

*Doering (2019). Psychosomatic Medicine, V 81 • 584-594

Emosjonelt ustabil PF og somatoform lidelse: ca 30% av EUPF *

- Somatiseringslidelse, konversjonslidelse, somatisk symptomlidelse (hypokondri) og smertelidelse er til dels et spektrum preget av somatiske symptomer som er ledsaget av stress, angst og nedsatt funksjon
- Somatoform lidelse har mange av de samme risikofaktorene som EUPF: **tidlig traumatisering** og noen av de samme fenomenene som **emosjonell dysregulering og selvskading**. Prevalens i befolkningen er ca 10%
- When the emotion regulation characteristics of those with BPD and/or somatoform disorders were compared, the somatoform disorders were associated with emotional over-regulation and inhibited affective experiencing; BPD was associated with emotional under-regulation and excitatory affective experiencing; and both over- and under-regulation evident among those with both BPD and somatoform disorders (van Dijke,
- impaired emotion identification is characteristic of both BPD and the somatoform disorders.
- For example, the overrepresentation of subtle signs of anger or discomfort could lead to the use of dysfunctional emotion regulation strategies such as self-harm.

Emosjonelt ustabil PF og somatoform lidelse: emosjonell dysregulering*

- Somatiseringslidelser er preget av overregulering av emosjoner, mens EUPF er preget av underregulering
- Nedsatt affektbevissthet eller nedsatt evne til å identifisere egne emosjoner og følelser er typisk for begge lidelser
- EUPF er karakterisert av et smerteparadox: Overhyppighet av smertelidelse, men kjenner mindre smerte ved selvskading i krisesituasjoner (dissosiasjon?)

Det mest brukte intervjuet
for utredning av PF

MICHAEL B. FIRST, M.D.
JANET B.W. WILLIAMS, PH.D.
RHONDA S. KARG, PH.D.
ROBERT L. SPITZER, M.D.



Struktureret Klinisk Intervju for personlighetsforstyrrelser – DSM-5®

SCID-5-PF

PROTOKOLL

Diagnosen emosjonelt ustabil PF er ferskvare!

(M Zanarini et al 2006, 2011)

- **Varighet 1-2 år, deretter må ny diagnostikk gjøres!**
- 275 pasienter med BPD ble intervjuet hvert annet over 16 år:
 - 35 % etter 2 år ikke lenger hadde diagnosen
 - 93 % etter 10 år ikke lenger hadde diagnosen
 - 99 % etter 16 år ikke lenger hadde diagnosen
- Dvs møtte ikke kriteriene for diagnosen de siste 2 årene
- Underliggende personlighetstrekk er mer vedvarende (ex affektiv instabilitet, impulsivitet, interpersonlig sensitivitet), og funksjonsvansker

Risiko for selvmordsforsøk og selvmord hos pasienter med borderline PF

- 60-78% gjør selvmordsforsøk (J Paris 2002, Black et al 2004, Links 2009)
- Stone (1993) rapporterte 8,5% selvmord etter 16, 5 år
- Zanarini (2015) fant 4,5% selvmord I løpet av 16 års oppfølging
- Livstidsrisiko for selvmord anslås til mellom 3-10% (Links 2009)
- Risikoen øker ved samtidig rusavhengighet eller affektiv lidelse



Akutthjelp for pasienter med
emosjonelt ustabil
personlighetsforstyrrelse



Mål for krisebehandling

1. stabilisere
2. redusere sjansen for at krisen eskalerer til selvmord
3. forebygge gjentatte kriser: Etter et par dager i avdelingen
4. Overordnet: Styrke pasientens autonomi og gjøre selvet mest mulig virksomt (styrke identitet og selv-styring)

Stigma i behandlingskontekst

Pasienter med emosjonelt ustabil PF blir møtt med

- Negative holdninger, både blant miljøpersonale, psykiatere, psykologer og sosialarbeidere
- Lite empati: Bør ikke få oppmerksomhet, bli sydd uten bedøvelse, selvmordsforsøk som oppmerksomhetsløken
- Avvisning på akuttinstitusjoner i krisesituasjoner, kortere opphold enn andre pasientgrupper

Hva sier pasientene selv om det som virker og ikke virker?

- Det som virket var: ”Når **personalet var engasjerte, omsorgsfulle, oppmuntret meg til autonomi og hjalp meg med avledning**”.
- Det som ikke virket var: ”Når personalet var uinteressert, overbeskyttende eller inkompetent” (Weber, 2002, Huband & Tantam, 2004).
- Joel Paris: De fleste pasientene rapporterer at ”akuttinnleggelsen var utilfredsstillende på mange måter, og til liten nytte”.

Krisebehandling ved emosjonell ustabil PF*

- Konsulter kriseplan hvis pasienten har dette
- Ha en rolig og ikke-truende holdning
- Prøv å forstå krisen fra pasientens synsvinkel
- Utforsk personens grunner for stresset og krisen
- Ha en åpen og empatisk (ikke for mye eller for lite) holdning når du spør og valider pasientens opplevelser og ikke minimer opplevelsene
- Forsøk å stimulere til refleksjoner om utløsning av krisen og eventuelle løsninger på krisen (ikke helt akutt): Hjelp pasienten til et narrativ om denne hendelsen

Utskrivning fra avdelingen

- Forbered pasienten på at oppholdet er kortvarig: 1-3 dager?
- Planlegge en uke frem i tiden
- Kontakt med DPS/poliklinikk og time er avtalt hos terapeut eller på poliklinikk hvis pasienten ønsker dette
- Anbefale sterkt oppfølging med henblikk på å unngå fremtidige kriser og mestre kritiske perioder med kriseplan
- Kriseplan I samarbeid med pasienten: Potensielle triggere for krise. Mestre via kontakt med trygge personer (venner, familie, fastlege, andre). Mestre via egen avledning: Tur, musikk...

Frivillige kortvarige kriseopphold for BPD: Brief Admission (BA) har vist god effekt*

- «Recovery-oriented approaches» som modell hvor kortvarige kriseopphold er en liten del av opplegget
- Open Borders program i Australia
- Reduserer alvorlig selvskading og antallet kriser/innleggelses i forløpet
- Pasienten henviser seg selv og styrker det å være egen aktør «agency»
- Få dagers varighet (inntil 3?)
- Klare mål for oppholdet
- Planlegges før behovet for det første oppholdet med beskrivelse av grunner for innleggelsen og hvordan den skal foregå
- Beskrivelse av intervensjonene under oppholdet (samtale med...etc)

*Berrino et al 2011, Castillo et al 2013, Mortimer-Jones et al 2016

En undergruppe av pasienter med BPD har destruktivt og gjentakende atferdsmønster

- Ved gjentatt, langvarig og alvorlig selvskading og/eller suicidalitet bør pasienten, så langt det er forsvarlig, ikke legges inn på døgnavdeling såfremt ikke avdelingen har et strukturert opplegg for denne problematikken.
- Planlagte og regelmessige innleggelse kan være et alternativ for denne pasientgruppen der hvor det er laget slike behandlingsforløp.

Økt selvmordsrisiko etter innleggelse?

- Av innlagte pas med PF (litt høyrere for Cluster B) tok 5% kvinnene og 7% av mennene livet av seg i løpet av 12 år (Björkenstam et al 2016)
- De fleste selvmord etter innleggelse skjer det første året etter utskrivning (Björkenstam et al 2016)
- Økt risiko spesielt den første uken etter utskrivning (Hunt et al 2009)

Mulige iatrogene effekter ved innleggelse av pasienter med BPD:

- Tap av autonomi (agency) og mestring av følelser når man blir tatt ut av sitt vanlige miljø (Linehan 1993)
- Symptomforverring med dårligere mestring av følelser og relasjoner («regrediering») og psykosegjennombrudd pga emosjonelle stormer, aktivering av tilknytning og mentaliseringssvikt
- Møtt med stigma, avvisning og negative holdninger
- Eskalering av konflikter med personale som reagerer med motoverføring og mentaliseringssvikt: «Pasienten splitter personalet».

Fem felles kjennetegn for evidensbasert behandling av EUPF

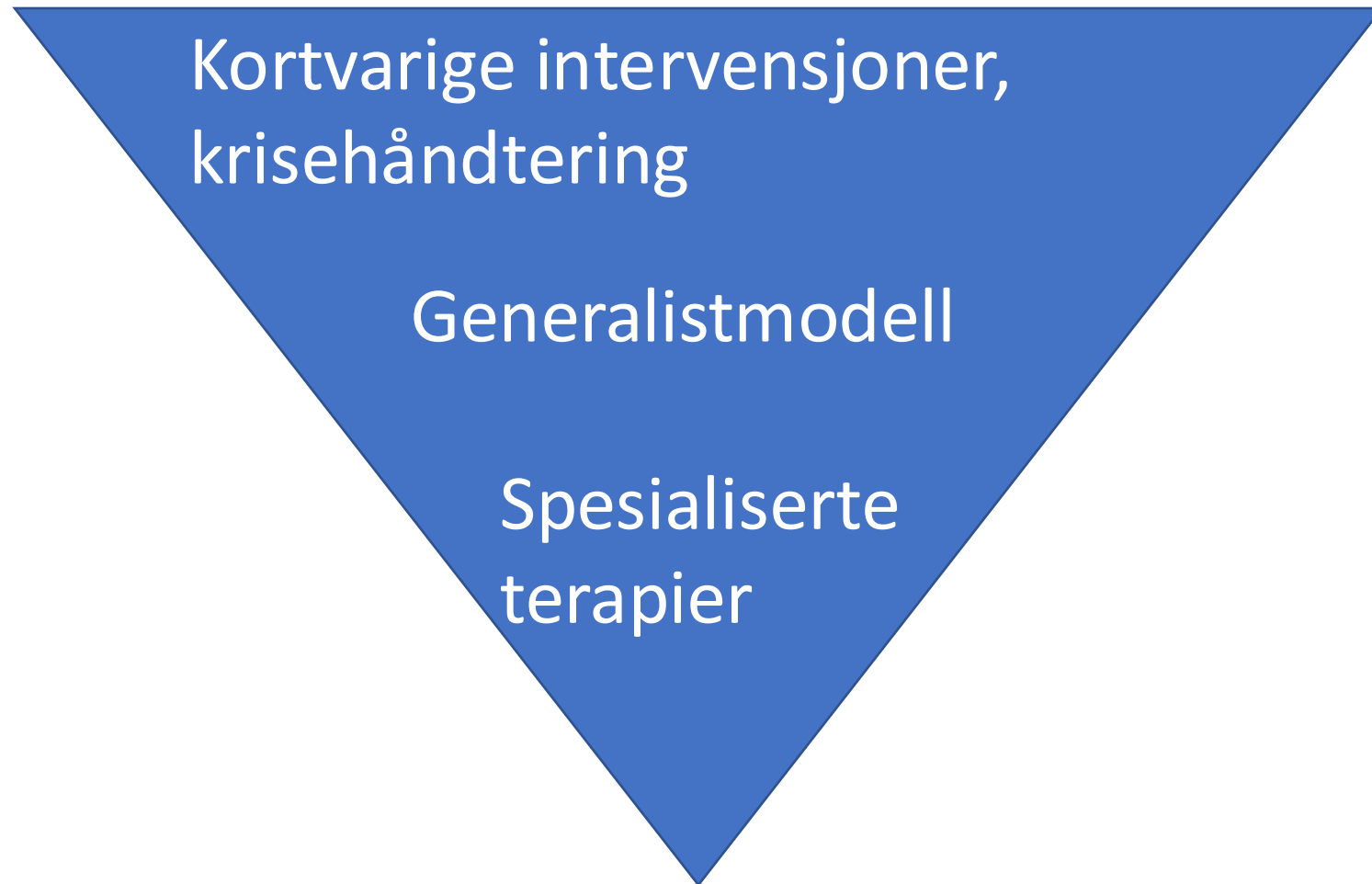
1. strukturert (manualisert) tilnærming for prototypiske BPD problemer
2. pasientene blir oppmuntret til å ta ansvar og kontroll over seg selv (agency)
3. terapeutene hjelper med å skape forbindelser mellom følelser, hendelser og handlinger
4. terapeutene er aktive, responsive og bekreftende (validerende)
5. terapeutene diskuterer kasus, inkludert personlige reaksjoner med andre

Psykoedukativ tilnærming er alltid lurt å begynne med. Det er også enkelt å drive etter denne manualen som inneholder kurs i emosjonsregulering, tilknytning, mentalisering etc.. Kan brukes til alle pasientgrupper

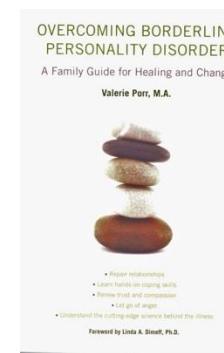
Sigmund Karterud

MANUAL FOR GRUPPEKURS OM PERSONLIGHET OG PERSONLIGHETSPROBLEMER

En trinnvis modell



Familie/pårørende arbeid



- Noen familier er dysfunksjonelle, men slettes ikke alle. Pårørende har fått for mye kjæft, at det er deres feil, men mange har hatt et vanskelig familiemedlem hele livet.
- Familiene er tidligere blitt stemoderlig behandlet – sett på som et problem.
- Er ofte svært villige til å diskutere sine problemer, og til å motta hjelp
- Behøver ikke bare være slekt, kan være kjærester, venner, kollegaer etc. Noen som står deg nær.
- De vet ofte mye om personens styrker og svakheter og kan involveres i behandlingsplanen.
- Innholdet i pårørende-timene. Psykopedagogikk. Gå gjennom kriteriene for BPD. Hva betyr diagnosen? Årsaken? Unngå å klandre pårørende
- Se på hvilken rolle de kan spille under kriser
- **Lær dem å møte personen på en annen måte/få en bedret forståelse/blir mer konstruktiv.**
- Ikke nødvendigvis familierterapi, mer coaching.

Psykofarmaka for BPD

- Medikasjon kun ved kriser, men kortvarig behandling: 1-2 uker
- Medikasjon tas ofte irregulært i desperat forsøk på å redusere ubehag
 - Respons på press fra pasient eller andre rundt
 - Ugreit med mindre er del av kriseplan (ikke evidens for bruk av spesifikk medikasjon som krisehåndtering for BPD; NICE, 2009)
- Medikasjon bør skrives ut i lys av lengre tids behandlingsplan: Målet er å redusere **og unngå polyfarmasi**

