

Hva er omfanget av selvmord hos pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse?

- En systematisk litteraturgjennomgang.

Karoline Alfheim Lindquist



Innlevert som hovedoppgave ved

Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2009

FORORD

Denne oppgaven er blitt til i samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min hovedveileder, Fredrik A. Walby, som har bidratt med kyndig, konstruktiv og rett og slett god veiledning. Informasjonskonsulent Kirsti Amundsen skal også ha takk for hennes hjelp til å få tak i vanskelig tilgjengelig litteratur. Også biveileder Sverre Torgersen skal ha takk.

Til slutt vil jeg takke min kjære lille Benedikte som har sovet så godt på kvelden og natten at oppgaven har latt seg skrive.

Oslo, 25. april 2009

Karoline Alfheim Lindquist

SAMMENDRAG

Forfatter: Karoline Alfheim Linduist

Tittel: Hva er omfanget av selvmord hos pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse – En systematisk litteraturgjennomgang.

Veiledere: Fredrik A. Walby og Svenn Torgersen.

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) er en lidelse assosiert med hyppige suicidal trusler, tanker og forestillinger. Det er den eneste diagnosen i DSM-IV der suicidal adferd er et av diagnose kriteriene, og den har av noen blitt kalt ”den sucidale personlighetsforstyrrelsen”. Solide vurderinger av selvmordsrisiko er en nødvendig forutsetning for å kunne ivareta pasientene på best mulig måte. Dette gjelder for eksempel i vurderinger av døgnopphold i psykiatriske avdelinger i forbindelse med suicidal adferd. Til tross for behovet for det, foreligger det ikke noen fullstendig oversikt over omfanget av selvmord for pasienter med BPD. Denne oppgaven er en systematisk litteraturgjennomgang av forskning som inneholder informasjon om suicidraten for denne pasientgruppen. Arbeidet er et selvstendig forskningsprosjekt.

For å forsøke å unngår skjevheter i valg av inkluderte studier, og å sikre at mest mulig av aktuell litteratur inkluderes, har jeg gjennomført et systematisk litteraturstudie. Metoden innebærer at inklusjonskriterier, søkeord og hvilke databaser det er søkt i, er eksplisitt dokumentert. Det er benyttet stringent systematikk i hele prosessen for innhenting og vurdering av data.

Søket resulterte i 23 studier som oppfylte inklusjonskriteriene. Resultatene viser et omfang for selvmord ved BPD som er lavere enn de forventede 8 – 10 % som er oppgitt i DSM-IV. Bare ett av studiene har en selvmordsrate over 8 %, og median verdien er omlag 3 %. Resultatene fra dette systematiske litteratursøket viser at omfanget av selvmord hos pasienter med BPD er lavere enn tidligere antatt.

FORORD	2
SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING.....	7
1.1 BAKGRUNN.....	7
1.2 FORMÅLET MED OPPGAVEN	8
1.2.1 <i>Forskning på selvmord.....</i>	<i>8</i>
1.2.2 <i>Eksisterende litteratur</i>	<i>9</i>
1.2.3 <i>Systematiske litteratursøk og oversikter</i>	<i>9</i>
1.3 PRESISERING AV PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING.....	10
1.3.1 <i>Suicidal adferd og selvskading/ villet egenskade:.....</i>	<i>11</i>
1.4 BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE.....	13
1.4.1 <i>Symptomatologi.....</i>	<i>13</i>
1.4.2 <i>Diagnostiske kriterier.....</i>	<i>14</i>
1.4.3 <i>Prevalens:</i>	<i>17</i>
1.4.4 <i>Etiologi:</i>	<i>17</i>
1.4.5 <i>Komorbiditet:</i>	<i>19</i>
1.4.6 <i>Forløp:</i>	<i>21</i>
1.4.7 <i>Suicid og suicidal atferd ved BPD:</i>	<i>22</i>
1.4.8 <i>Status presens for selvmordsomfang ved Borderline personlighetsforstyrrelse</i>	<i>26</i>
2. METODE	27
2.1 SYSTEMATISKE LITTERATURSØK:	27
2.1.1 <i>PSYCINFO</i>	<i>28</i>
2.1.2 <i>EMBASE.....</i>	<i>28</i>
2.1.3 <i>MEDLINE:</i>	<i>28</i>

2.2	VALG AV STUDIER:.....	28
2.3	IKKE-ELEKTRONISKE SØK:.....	29
2.4	DATAANALYSE:.....	29
3.	RESULTATER:.....	30
3.1.1	<i>Tabell 1: Forkortelser brukt i Tabell 2</i>	32
3.1.2	<i>Tabell 2: Oversikt over inkluderte studier</i>	33
3.1.3	<i>Tabell 3: Diagnose kriterier</i>	44
3.1.4	<i>Tabell 4: Ekskluderende komorbide diagnoser</i>	46
3.1.5	<i>Tabell 5: Drop-out rate og prosentdel av kohort som ble lokalisert ved siste oppfølging</i>	48
3.1.6	<i>Figur 1: Antall selvmord som en funksjon av oppfølgingstid</i>	49
3.2	STUDIEDESIGN OG OPPFØLGINGSTID:.....	50
3.3	INFORMANTER:.....	50
3.4	DIAGNOSTISKE KRITERIER.....	51
3.5	EKSKLUDERENDE KOMORBIDE DIAGNOSER.....	52
3.6	DROP-OUT.....	52
3.7	ANTALL SELVMORD.....	53
4.	DISKUSJON.....	54
4.1	STUDIEDESIGN.....	55
4.2	OPPFØLGNINGSTID OG SELVMORDSRATE.....	55
4.3	EKSKLUDERENDE KOMORBIDE DIAGNOSER.....	57
4.4	DIAGNOSTISERING.....	57
4.5	BEHANDLING OG OPPFØLGNING OVER TID.....	59
4.6	KJØNN.....	60

5. KONKLUSJON 61

KILDELISTE 63

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Selv mord og selvmordsforsøk er en stor påkjenning først og fremst for pårørende og etterlatte, men også for helsepersonell som opplever dette i sitt kliniske virke. Helsetjenestene vil aldri fullt ut kunne forhindre selvmord og selvmordsforsøk. Det er likevel et viktig helsepolitisk mål å forebygge, forhindre og redusere antall selvmord i befolkningen. For å kunne lykkes er det en forutsetning å kontinuerlig arbeide for å sikre at helsetjenestene holder kvalitativt god standard.

De fleste psykiske lidelser er assosiert med forhøyet risiko for suicid og suicidal adferd, noen mer enn andre (Harris & Barraclough, 1997). Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) er en psykiatrisk lidelse der suicidale tanker, trusler og adferd er hyppig forekommende. Det er den eneste lidelsen der suicidal adferd er et av diagnose kriteriene (American Psychiatric Assosiation, 2000). Pasienter med BPD har i gjennomsnitt forsøkt å ta livet sitt tre ganger (Soloff, Fabio, Kelly, Malone & Mann, 2005), og 75 % har forsøkt minst en gang (Kjellander, Bongar & King, 1998). I følge DSM-IV (APA, 2000) vil 8 - 10 % av personer med BPD ta sitt eget liv. I klinisk arbeid er det nødvendig å vurdere risiko for suicid og forsøke å intervenere for å redusere denne risikoen. En av de store utfordringene er å skille mellom det brede spekteret av selvskadende adferd og adferd som følge av et ønske og en intensjon om å dø.

For å kunne utøve et godt klinisk skjønn, gjøre hensiktsmessige vurderinger og tilby adekvat behandling, er det nødvendig med evidensbasert og oppdatert kunnskap. I møte med pasienter med BPD vil i så måte kunnskap om suicidalitet og suicidal adferd være helt sentralt. Til tross for dette behovet, foreligger det per dags dato ikke noen systematisk og oppdatert oversikt over selvmordsdødelighet for personer med BPD. Diagnosen er av mange tradisjonelt blitt sett på som mer eller mindre kronisk,

men nyere studier tyder på at prognosen for personer med BPD er mer positiv enn tidligere antatt (Fonagy & Bateman, 2001; Zanarini et al., 2007). En kritisk og grundig gjennomgang av empiri vil danne grunnlag for justering og korreksjon av kunnskap og klinisk praksis i arbeid med BPD, og være med å kvalitetssikre vurderinger og intervensjoner.

1.2 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å gi en fullstendig og oppdatert oversikt over studier som oppgir selvmordsdød for personer med BPD. En slik oversikt vil representere økt kunnskap om lidelsens prognose og forløp, og videre gi informasjon som er sentral for behandling og håndtering av pasientgruppen. Denne kunnskapen være til hjelp ved kliniske vurderinger og beslutninger i forhold til suicidrisiko, for eksempel i spørsmål om innleggelse i døgnavdelinger i psykisk helsevern i forbindelse med suicidal adferd. Den vil også bidra til økt forståelse av dynamikken bak pasientenes mønster av suicidal adferd. Dette er med å danne grunnlag for hensiktsmessige tiltak ved suicidal adferd hos personer med BPD. Jeg ønsker å utarbeide en komplett, oppdatert oversikt over omfanget av selvmord ved BPD, slik at man kan dra veksler på denne kunnskapen i predikering av forløp og i behandling av denne pasientgruppen. En slik oversikt vil være den første i sitt slag på dette området.

1.2.1 Forskning på selvmord

Forskning på gjennomførte selvmord må utføres som en form for observasjonsstudie, da det opplagt ikke er aktuelt med et randomisert kontrollert eksperiment. Forskning innen feltet deler seg i to hoveddeler, henholdsvis prospektive og retrospektive oppfølgingsstudier. I prospektive oppfølgingsstudier blir informanter rekruttert ved starten av studiet og de samtykker til å delta i en gitt oppfølgingsperiode. Et retrospektivt design innebærer at journaler eller liknende materiale blir gjennomgått for å identifisere aktuelle informanter. Disse blir deretter kontaktet og spurt om å

delta. Start på studiet regnes da som det tidspunkt informantene først var i kontakt med helsevesenet eller liknende, selv om de på det tidspunktet ikke var rekruttert til deltakelse i studiet. Case-control studier kan være både prospektive eller retrospektive oppfølgingsstudier, men trenger ikke inkludere oppfølgingstid. For eksempel blir en gruppe informanter med BPD som har begått selvmord sammenliknet med en gruppe informanter med BPD som ikke har begått selvmord.. Prospektive og retrospektive oppfølgingsstudier, med eller uten case-control design, representerer de mest vanlige design for studier som oppgir suicidrate ved BPD.

1.2.2 Eksisterende litteratur

Det er ikke per dags dato publisert noen fullstendig oversikt over studier som oppgir omfang av selvmord for pasienter med BPD. Tidligere publiserte oversiktsartikler og andre artikler som oppgir selvmordsrate ved BPD alle en viktig metodisk svakhet i form av manglende systematiske litteratursøk som bakgrunn for sitt kildemateriale. Pompili, Girardi, Ruberto og Tatarelli (2005) har utført en meta-analyse av åtte artikler som oppgir selvmordsdødelighet ved BPD. Kriteriene som er lagt til grunn for utvelgelsen av de inkluderte artiklene er heller ikke oppgitt. Andre forfattere (Oldham, 2006; McGirr, Paris, Lesage, Renaud & Tuecki, 2007; Zaheer, Link & Liu, 2008; Tyrer et al., 2009) har også bare utarbeidet en delvis oversikt, da i artikler med andre hovedtemaer. Metodiske problemstillinger gjør seg gjeldende fordi eksisterende litteratur ikke er et resultat av et systematisk litteratursøk, og resultatene derfor blir utsatt for mulige skjevheter. Det er ikke mulig å trekke sikre konklusjoner på bakgrunn av disse tidligere arbeidene fordi de kun representerer et utvalg av empiri innen feltet.

1.2.3 Systematiske litteratursøk og oversikter

Systematiske oversikter kan defineres som en oversikt utført med en systematisk tilnærming for å minimalisere skjevheter og tilfeldige feil i materialet og metode (Egger, Smith og Schneider, 2001). Et systematisk litteraturstudie innebærer at:

1. Metoden er strengt systematisk:

Det vil si at prosessen for innhenting og vurdering av studier er systematisk. Således er det ikke forfatterens skjønn som avgjør hvilke studier som inkluderes, men hvorvidt de vurderte studiene oppfyller gitte kriterier. Valg av databaser og søkeord må være adekvate, slik at samtlige studier som omhandler problemstillingen blir tilgjengelige. Videre må alle studier som resulterer av et gitt søk, i en gitt database, vurderes med hensyn til inklusjon. Referanselistene til de inkluderte søkene bør også gjennomføres (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2000).

2. Metoden er eksplisitt:

Det innebærer at metoden er forklart og åpent kjent, altså at inklusjons- og eksklusjonskriterier er drøftet og dokumentert. Det gjelder også informasjon om hvilke databaser og søkeord som er benyttet. Dermed er leseren av studien i stand til å etterprøve og om ønskelig reprodusere fremgangsmåten (Bjørndal et al., 2000).

Et systematisk litteratursøk med eksplisitte søke-, inklusjon- og eksklusjonskriterier sikrer objektivitet i innsamling og tolkning av data, samt i konklusjon. Man sikrer at alle relevante studier er inkludert og unngår skjevheter. Følgelig må jeg utføre et *systematisk litteraturstudie*. Som nevnt over vil denne oversikten bli den første i sitt slag, da tidligere artikler består av et utvalg av det tilgjengelige datamaterialet, og ikke representerer fullstendige oversikter som resultat av et systematisk litteratursøk.

Litteratursøket i oppgaven er utført i samsvar med de ovennevnte prinsipper. I metoddelen følger en redegjørelse for de konkrete metoder som er benyttet.

1.3 Presisering av problemstilling og avgrensning

Følgende overordnede problemstilling kan utledes fra oppgavens formål:

Hva er omfanget av selvmord hos pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse?

I det følgende vil jeg presisere og redegjøre mer inngående for denne problemstillingen.

Innen suicidologi benyttes en rekke forskjellige begreper og definisjoner. Dette kan føre til forvirring. Jeg vil derfor presentere de definisjonene som vil benyttes i denne oppgaven, og gjøre rede for bakgrunnen for disse.

1.3.1 Suicidal adferd og selvskading/ villet egenskade:

“Suicidal adferd” inkluderer fullbyrdet suicid, suicidforsøk og suicidale tanker/ forestillinger (Miller, Rathus & Linehan, 2007, s. 8).

Selv mord:

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer selvmord slik:

”Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdødes ønskede forandringer” (Retterstøl, Ekeberg og Mehlum, 2002).

Mange vil synes dette er en vanskelig definisjon og et mer presist alternativ er:

”Selvmord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelige”, eller: ”Selvmord er villet egenskade som fører til døden” (Retterstøl et al., 2002).

Alle de nevnte definisjonene inneholder et krav til at adferden skal være intendert for å oppnå et ønsket dødelig utfall. Det kan være komplisert å avgjøre hva som menes med intensjon om å dø, og derfor kan det være vanskelig å gi en tydelig definisjon på selvmord. I en case-control studie fant McGirr og kollegaer (2007) at den hyppigste metoden for suicid hos personer med BPD var henging (55,7 %). Videre fulgte våpen (17,1 %), overdose (8,6 %), hoppe fra høyde eller ut i trafikk (7,1 %), kutting (4,3 %), karbonmonoksid (2,9 %) og annet (4,3 %).

Villet skade/ Selvskade:

Selvskade kan defineres slik:

”Selvskading følger av en tvang eller impuls til å påføre fysisk skade på egen kropp, motivert av behovet for å mestre psykologisk smerte eller gjenvinne følelsesmessig balanse. Handlingen er vanligvis utført uten suicidale, seksuelle eller dekorative hensikter” (Sutton, 2007).

I andre definisjoner er villet egenskade det overgripende begrepet, og selvskade definerer utelukkende den delen av villet egenskade som er utført uten suicidal intensjon (Mehlum & Holseth, 2008). Det skilles altså mellom selvskadende adferd med og uten suicidal intensjon. Å vurdere hvilken grad av suicidal intensjon som ligger bak selvskadende adferd kan som tidligere nevnt, være vanskelig. Det er ikke enighet om hvor stor grad av suicidal intensjon som skal kreves for at en handling skal kunne kategoriseres som suicidal (Miller et al., 2007). Noen vil kategorisere all selvskading som ikke resulterer i død som suicidalforsøk, og inkluderer dermed selvskadende adferd uten suicidal intensjon i det bredere spekteret av suicidal adferd (Miller et al., 2007). Dermed blir suicidalforsøk plassert på et kontinuum av dødelighet sammen med andre former for selvskadende adferd (Oldham, Skodol & Bender, 2005, s.198). Andre argumenterer for en nomenklatur som gir informasjon om grad av suicidal intensjon (Miller et al., 2007).

En retrospektiv analyse av selvskadende og/ eller suicidal adferd er svært komplisert og vanskelig. Intensjonell suicidal adferd er ofte meget impulspreget, og utføres med svær ambivalens og skiftende intensjon (Gratz, 2003). En adferd som starter med suicidal intensjon kan skifte til å senere ikke ha det. På samme måte kan intensjonell, men ikke-suicidal selvskadende adferd også kunne ha et dødelig utfall. Dødsfall som ikke var intendert som selvmord, kan derfor likevel bli tolket og kategorisert som et selvmord. Omvendt kan også dødsfall som ikke kategoriseres som selvmord, i realiteten være det. Det altså er ofte en gråsoner og en glidende overgang mellom selvskadende og suicidal adferd. De forskjellige begrepene er vanskelig å definere klart, og det er også vanskelig å skille dem fra hverandre både konseptuelt og klinisk.

Suicidale forestillinger:

Suicidale forestillinger består av tanker om å være død, bli drept eller drepe seg selv. Forestillingenes varighet og alvorlighet er positivt korrelert med suicidrisiko (Miller et al., 2007).

1.4 Borderline personlighetsforstyrrelse

Begrepet Borderline personlighetsstruktur ble først benyttet av Adolph Stern i 1938. Han mente denne gruppen pasienter ”helt ærlig ikke passet inn i verken den psykotiske eller psykonevrotiske gruppen” (oversatt fra engelsk av forfatter), og at pasientenes tilstand var et grensetilfelle av andre psykiske lidelser (Tyrer et al., 2009). ”Borderline personlighetsorganisering” ble introdusert av Otto Kernberg i 1975 for å beskrive et konsistent funksjons- og adferdsmønster karakterisert av ustabilitet, som ble antatt å reflektere en forstyrret selvorganisering (Tyrer et al., 2009). Gunderson og Kolb utarbeidet senere syv diagnostiske kriterier for BPD. Disse beskriver og skiller BPD syndromet fra andre psykiske lidelser, på et kontinuum fra psykoser til nevroser. De syv kriteriene er med å danne grunnlaget for de ni diagnostiske kriteriene som ble inkludert da diagnosen første gang ble en offisiell diagnose i det psykiatriske diagnose systemet Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders III, DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Kriteriene i dagens DSM-IV er de samme som de opprinnelige (APA, 2000).

1.4.1 Symptomatologi

BPD er en psykiatrisk lidelse karakterisert av en dysfunksjon i selvregulering (Oldham et al., 2005, s.187). Symptombildet er preget av et gjennomtrengende mønster av ustabilitet i interpersonlige relasjoner, selvilde og affekter. Sosiale relasjoner er preget av hurtige skifter og av ambivalens. Det veksles mellom å søke nære, intime relasjoner, og voldsomme avvísninger. I løpet av kort tid kan det svinge fra at den andre blir idealisert, til deretter å bli kraftig devaluert Samtidig er BPD

pasienter svært sensitiv for tegn på avvising og korrigeringer fra omgivelsene (Oldham et al., 2005, s.191). Til tross for det svært svingende mønsteret, oppleves sosiale relasjoner og samvær som veldig viktig. Pasienter med BPD opplever ofte en intoleranse for å være alene, også for korte tidsbegrensede perioder. Frykten for å være alene eller bli forlatt kan bli intens, uavhengig av om den er basert på reelle eller innbilte betingelser. Pasientene kan gå til store anstrengelser for å unngå å være alene, og suicidal adferd og uproporsjonalt sinne utløses gjerne av denne frykten. De raske skiftene forekommer også i opplevd selvbilde. Selvbildet er vanligvis ”dårlig” eller ”ondt”, og de kan også i korte perioder oppleve det som om de ikke finnes i det hele tatt (APA, 2000). Verdier, mål, seksuell identitet og liknende, kan være skiftende på den samme måten. Et grunnleggende dysforisk stemningsleie er avbrutt av episoder med intenst sinne, panikk eller fortvilelse. Perioder med en opplevelse av velvære er sjeldne. 75 % rapporterer at de det meste av tiden opplever seg selv som så ødelagt at de ikke er mulig å ”reparere” (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2005). Et mønster av gjentatt selvskading, suicidale trusler, suicidal adferd er frekvent (APA, 2000). Symptomene som er assosiert med BPD fører til et betydelig svekket funksjonsnivå. Den personlige og emosjonelle ustabiliteten påvirker i særlig grad evnen til å danne og opprettholde stabile relasjoner. Det er også funnet et betydelig redusert funksjonsnivå i forhold til karriere og i fritidsliv (Skodol et al., 2005). For de fleste vil det være positiv korrelasjon mellom alvorlighet av symptomene som karakteriserer lidelsen og alvorligheten av funksjonssvikt i personlige og sosiale funksjoner (Zanarini et al., 2007).

1.4.2 Diagnostiske kriterier

I DSM-IV er personlighetsforstyrrelsene delt inn i tre cluster; Cluster A (paranoid, schizoid og schizotyp), Cluster B (antisosial, borderline, histrionisk og narsissistisk) og Cluster C (unngående, avhengig og tvangspregnet). BPD er en av de mest diskuterte personlighetsdiagnosene. Reliabilitet og validitet til de diagnostiske kriteriene er blitt kritisert, og det er blitt stilt spørsmålstegn ved selve nytten av diagnosen (Tyrer, 1999). Reliabiliteten for diagnostisk vurdering av personlighetsforstyrrelser er blitt

svært forbedret etter introduksjonen av standardiserte intervjuer og tester. Likevel har ingen instrumenter eller strukturerte intervjuer stått frem som en ”gull standard” for diagnostikk, da alle synes å ha sine fordeler og ulemper.

Diagnostiske kriterier for Borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-IV (oversatt fra engelsk av forfatter):

Borderline personlighetsforstyrrelse er definert av et gjennomgripende mønster av ustabilitet i interpersonlige relasjoner, selvilde og affekt, og markert impulsivitet begynnende i barndommen og som viser seg i flere kontekster, som indikert av 5 eller flere av følgende symptomer:

Affektive symptomer:

1. Affektiv ustabilitet på grunn av en markert stemningsreaktivitet (f. eks. intense episoder av dysfori, irritabilitet eller angst, som vanligvis varer i noen få timer, sjeldent mer enn noen få dager).
2. *Upassende intens sinn eller vansker med å kontrollere sinn (f. eks. hyppige sinneutbrudd, konstant sinn, gjentagende fysisk utagering).*
3. Kronisk følelse av tomhet

Impulsive symptomer:

4. *Gjentagende suicidal atferd eller trusler, eller selvskadende atferd.*
5. *Impulsivitet på minst 2 områder som er potensielt selvskadende (f. eks. økonomisk sløsing, sex, rusmiddelbruk, uforsiktig bilkjøring, overspising).*
6. *Et mønster av ustabile og intense interpersonlige relasjoner karakterisert av alternering mellom ekstrem idealisering og devaluering.*

Interpersonlige symptomer:

7. *Store anstrengelser for å unngå reel eller innbilt forlatthet.*
8. *Forstyrret identitet: markert og vedvarende ustabil selvilde eller opplevelse av selv.*

Kognitive symptomer:

9. *Forbigående, stress-relaterte paranoide forestillinger eller alvorlige dissosiative symptomer.*

Symptomene over er kategorisert av Paris (2005a). Jeg velger å presentere dem slik fordi det gir oversikt over de forskjellige kategoriene av symptomer som er assosiert med lidelsen.

Diagnosen Borderline personlighetsforstyrrelse tilhører det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV. Den tilsvarende diagnosen i ICD-10 er ”Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type” (F60.3). ICD-10 kategorien inkluderer ikke forbigående pseudopsykotiske trekk, som er kriterie 9 blant DSM-IV kriteriene. Begge systemene har som diagnostiske kriterier at mennesker med diagnosen preges av et intenst og ustabil affektliv, usikkert selvbilde og tendens til selvskading (Kåver & Nilsonne, 2002). Til tross for stor grad av fellestrekk i kriteriene, har sammenlikning mellom de to diagnose systemene vist diskrepans. For eksempel fant et studie der pasienter ble diagnostisert ved hjelp av begge diagnosesystemene at under en tredel fikk samme primære personlighetsforstyrrelses diagnose (Zimmerman, 1994).

I DSM-IV trenger man kun å oppfylle 5 av 9 diagnosekriterier for å få diagnosen. BPD pasientpopulasjonen karakteriseres derfor av stor grad av heterogenitet. Manifesteringen av lidelsens vil således være preget av forskjellig symptomkomposisjon og alvorlighetsgrad. Det er likevel funnet fellesnevner for hvilke symptomer som generelt manifesterer seg. Grilo og kollegaer (2007) fant i et oppfølgingsstudie at affektiv ustabilitet var det av symptomene som forekom oftest hos personer med BPD, 54 % av deltakerne oppfylte dette kriteriet. Videre fulgte upassende sinne (43 %) og impulsivitet (46 %). Suicidalitet eller selvskading var det minst frekvente kriteriet, dog tilstede hos 26 % av pasientene i studiet.

Til tross for at vi i Norge benytter ICD-10 og tilhørende kriterier, vil jeg i denne oppgaven forholde meg til DSM-IV definisjonen av diagnosen. Begrunnelsen er at hoveddelen av forskningen på området er produsert med forankring i DSM-IV.

1.4.3 Prevalens:

Hovedtyngden av forskning på BPD er utarbeidet i Vesten, men man antar at dette er en lidelse som forekommer over hele verden (Tyrer et al., 2009). Tre metodisk solide studier viser meget sammenfallende prevalens for BPD i befolkningsutvalg. Coid, Yang, Tyrer, Roberts og Ullrich (2006) fant en prevalens på 0,7 % i Storbritannia, Samuels et al. (2002) fant 0,5 % i et amerikansk utvalg, og Torgersen, Kringlen og Cramer (2001) fant 0,5 % i en norsk populasjon. Bare Torgersens studie inneholder sosiodemografisk informasjon om informantene. BPD var signifikant assosiert med yngre alder, det å være bosatt sentralt i by og det å bo alene. I DSM-IV står det at BPD hovedsaklig er diagnostisert hos kvinner (ca. 75 %). En av fem studier av generell populasjon har likevel ikke funnet noen kjønnsforskjell (Skodol & Bender, 2003). Kvinner søker oftere profesjonell hjelp når de opplever psykiske vansker, sammenliknet med menn. Omlag 80 % av dem som går i terapi for BPD er kvinner (Paris, 2005b). Den forhøyede raten av kvinner i kliniske utvalg kan være årsaken til oppfattelsen av at flere kvinner har lidelsen (Skodol & Bender, 2003). For personer med BPD er forekomsten av alkoholmisbruk, rusmiddelmisbruk og avhengighet mer hyppig enn for en generell populasjon. I rusomsorgen er det sannsynligvis høyere forekomst av menn enn kvinner med diagnosen. Anslagsvis 11 % av polikliniske pasienter og 19 % av pasienter i psykiatriske døgnavdelinger møter kriteriene for BPD (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991).

1.4.4 Etiologi:

Årsakene til BPD er komplekse og fremdeles usikre. På nåværende tidspunkt er det ingen enkelt teori som har lyktes i å integrerer all tilgjengelig evidens. Som ved de fleste psykiske lidelser, finnes årsaken i et samspill mellom flere faktorer. Både

biologiske, psykologiske og sosiale faktorer synes å være involvert. Tvillingstudier foreslår en heritabilitetskoeffisient for BPD på 0,69 (Torgersen et al., 2000). Sannsynligvis er det trekk relatert til impulsiv aggresjon, og dysregulering av affekt og aggresjon, heller enn selve lidelsen som er arvelig. Disse mekanismene utgjør en del av kjerneproblematikken i BPD.

Familiestudier har identifisert en rekke psykososiale betingelser som kan spille en viktig rolle i utviklingen av BPD. Omsorgsbetingelser der det er svikt i kapasiteten til å betrakte barnets perspektiv, gjennom neglekt, overdrevet kontroll, avvisning og inkoherens og forvirring i sosiale relasjoner, er aktuelle risikofaktorer. Det rapporteres høy forekomst av fysisk, seksuelt og emosjonelt misbruk i familiekontekst blant pasienter med BPD. I følge Oldham, Skodol & Bender (2005, s.215) har barn og unge som opplever seksuelt og emosjonelt eller fysisk misbruk, og/ eller en eller flere former for neglekt, en spesielt forhøyet risiko for å utvikle BPD. The McLean study of Adult Development (Zanarini et al., 2007) fant at alvorlighet av seksuelt eller fysisk misbruk eller neglekt i barndommen, var signifikant korrelert med både alvorlighet av BPD patologi, og alvorlighet av psykososiale vansker. Majoriteten av BPD pasienter oppgir således også å ha vært utsatt for noen form for barnsdomsvansker eller –traume. Nesten halvparten forteller om alvorlige vansker, seksuelt- eller fysisk misbruk, neglekt og/eller svært dysfunksjonelle familier (Paris, 2005b). En fjerdedel rapporterer å ha blitt seksuelt misbrukt av en omsorgsperson, og en tredjedel rapporterer om alvorlig mishandling (Paris, 2005a). Pasienter med BPD rapporterer også om mer psykopatologi og rusmiddelmisbruk hos foreldre enn andre pasientgrupper (Mehlum, Friis, Vaglum & Karterud, 1994; Paris, Nowlis & Brown, 1988). Bare 6 - 8 % av personer med BPD kodes med trygg tilknytning (Levy, 2005), og det finnes klare indikasjoner på at BPD er knyttet til usikre, ambivalente og mulig engstelige tilknytningsmønstre (Oldham et al., 2005, s.192). Å være en del av et forstyrret tilknytningssystem, påvirker sosial kognisjon, som er betraktet som svekket ved BPD (Fonagy & Bateman, 2007). Fonagy og Bateman (2006) foreslår at effektene av usikker/ disorganisert tilknytning oppstår som en følge av svikt i utvikling av en solid mentaliseringskapasitet. Mentalisering er en sosial kognitiv kapasitet som er

relatert til adekvat identifisering, forståelse og tolkning av egen og andres adferd og emosjoner som meningsfull, på bakgrunn av egen eller andres mentale tilstand. Det vil dermed kunne oppstå en svikt i evnen til å diskriminere mellom egne emosjoner og erfaringer, og andres emosjoner og mentale tilstand (Oldham, et al., 2005). Denne hypotesen likner på hypotesen om at et ikke-validerende familiemiljø som en faktor i utvikling av BPD (Linehan, Heard & Armstrong, 1993).

Seksuelt, fysisk og/ eller psykisk misbruk er imidlertid alene ikke tilstrekkelig for å utvikle BPD. Sammen med en predisponerende sårbarhet vil disse kontekstuelle betingelsene kunne utgjøre medierende faktorer i utviklingen av lidelsen.

1.4.5 Komorbiditet:

Som et resultat av å være på grensen ("border") til andre lidelser, eller kanskje på grunn av konseptuell forvirring, har personer med BPD ofte også andre komorbide Akse I og Akse II lidelser. Diagnostisk komorbiditet er så hyppig at det er sjeldent å finne en "ren" BPD. Pfohl, Coryell, Zimmerman & Stangl (1986) fant BPD som eneste diagnose i bare 3 – 10 % av tilfellene. Komorbide Akse II diagnoser er vanligst for andre Cluster B personlighetsforstyrrelser (McGirr et al., 2007). Antisosiale trekk og Antisocial personlighetsforstyrrelse er blant de hyppigste Akse II tilstandene, og er korrelert med en dårligere prognose, et negativt utfall (under normal fungering 50 % av tiden) (Links, Mitton & Steiner, 1990) og økt risiko for selvmord (Runeson & Beskow, 1991; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994). Blant Akse I lidelsene er det alvorlig depresjon (61 – 81 %), rusmiddelmisbruk (14 – 62 %), posttraumatisk stress lidelse (36 – 58 %), panikk lidelse (29 – 45 %) og spiseforstyrrelser (17 – 54 %) forekommer hyppigst (Harned et al., 2008). Når disse lidelsene er komorbide med BPD, er de i større grad kroniske og har et mer negativt forløp (Harned et al., 2008; McGirr et al., 2007; Paris, 2002). McGlashans (1987) gjennomgang av aktuell litteratur, fant at den interaktive effekten av personlighetsforstyrrelser og affektive lidelser generelt førte til tidligere debut, flere affektive episoder og innleggelses samt flere suicidale forestilninger og hyppigere suicidal adferd. Det er likevel ikke

konsensus om hvorvidt denne komorbiditeten mellom BPD og affektive lidelser fører til flere fullbyrdete suicid (Bongar, Peterson, Golann & Hardiman, 1998; Walby, Ødegaard & Mehlum, 2006).

Det ikke enighet om hvordan BPD diagnosen best skal forstås og kategoriseres i forhold til de lidelsene som den ofte opptrer sammen med. Et forslag er å se på komorbid depresjon som symptomatisk for BPD, heller enn som en selvstendig faktor som påvirker suicidrisiko (McGirr et al., 2007). Noen vil kategorisere BPD blant impuls kontrollforstyrrelsene, da BPD ofte er komorbid med andre impuls kontrollforstyrrelser, som rusmiddel misbruk, antisosial personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser (Links, Heslegrave & van Reekum, 1999) På grunn av den sterke assosiasjonen med tidligere traume, og likheten i manifestering av lidelsene, har Yen og Shea (2001) foreslått at det kan være hensiktsmessig å se på BPD som en forsinket form for PTSD. Gunderson og Sabo (1993) fant at BPD er formet av traumer, som i sin tur utgjør en sårbarhet for PTSD. De foreslår at BPD kan forstås som effekten traume har på karakteren, mens PTSD er den akutte symptomatologien som reaksjon på traumet. Hvorvidt PTSD og BPD er forskjellige konseptualiseringer av det samme fenomenet, eller om de to diagnosene er forskjellige men etiologisk relaterte fenomener, diskuteres. Uavhengig av hvordan denne komorbiditeten forstås, så påvirker den suicidrisikon. Sammenlikning av pasienter med BPD som har begått suicid og pasienter med BPD som ikke har begått suicid viser at pasienter som har tatt livet sitt oftere møter kriterier for aktuelle eller tidligere komorbide Akse I lidelser (McGirr et al., 2007).

Hovedforskjellen mellom kjernesymptomene ved BPD og andre lidelser er at BPD symptomene er mer fluktuerende og viser en større grad av variasjon. Psykotiske og paranoide symptomer er kortvarige, depressive symptomer endres dramatisk over kort tid, suicidale tanker kan være intense og u håndterlige en kort periode og forstyrrelser i opplevelsen av selv og identitet er ustabile. For de aktuelle komorbide lidelsene manifesteres slike symptomer med større grad av kontinuitet og stabilitet.

1.4.6 Forløp:

Forløpet for BPD er svært variabelt. Til tross for at personlighetsforstyrrelser per definisjon skal være stabile over tid (Tyrer et al., 2009; APA, 2000), har forskning vist at det er betydelig variasjon i stabilitetsestimater (Grilo et al., 2000). Ustabiliteten i manifesteringen av lidelsen er så slående at pasienter som blir vurdert jevnlig med noen måneders mellomrom, vil kunne variere mellom kliniske og subkliniske scorer alt etter aktuelle forhold i livet (Paris, 2002). For de fleste vil symptomene først manifestere seg i sen ungdomsalder eller tidlig i voksenalder, selv om mange ikke kommer i kontakt med psykisk helsevern før mye senere i forløpet. McGlashan (1986) fant at gjennomsnittspasienten ble symptomatisk ved 20 år, ble første gang innlagt ved 25 år og viste en eskalering av symptomer gjennom 20-årene. Symptomdebut var sjeldent forutgått av en gitt stressor, men oppsto heller som et mønster av endring i respons til forandrede utviklingskrav (McGlashan, 1986).

Tidligere har BPD blitt oppfattet som en mer eller mindre kronisk diagnose, men nyere forskning fremmer et mer optimistisk syn på prognosen. Fonagy og Bateman (2006) rapporterer om en 50 % remisjonsrate etter 4 år, og en jevn videre remisjon på 10 – 15 % per år. Zanarini et al. (2007) fant at minst halvparten av pasientene viste tilstrekkelig forbedring til at de ikke lenger møtte kriterier for BPD 5-10 år etter å ha fått diagnosen, og Grilo og kollegaer (1997) fant at bare 35 % oppfylte kriteriene for diagnosen 2 år etter at de først hadde fått den. Det er imidlertid forskjell på remisjonsraten til de forskjellige gruppene av symptomer. The McLean study of Adult Development deler symptomene inn i 12 akutte og 12 temperamentelle (Zanarini et al., 2007). De akutte symptomene avtar hurtigere enn de temperamentelle. Impulsive trekk remitterer hurtigst, blant annet gjelder det selvskading og hjelpe-søkende suicidal adferd. Affektive symptomer som depressive følelser, sinne og ensomhet/tomhet viste seg som de mest stabile (Zanarini et al., 2007). Disse resultatene støtter en hypotese om at BPD kan bestå av både symptomer som er en manifestering av en akutt tilstand og symptomer som utgjør mer vedvarende aspekt ved lidelsen (Zanarini et al., 2007). De fleste oppfølgingsstudier bekrefter

oppfattelsen av at personer med BPD etter hvert, ofte i løpet av 30-årene, vil oppleve en reduksjon i symptomtrykk og en forbedring av funksjonsnivå (Mehlum et al., 1991). Det er foreslått at borderline syndromets naturlige forløp vil lede til en naturlig ”burn-out” av aktive symptomer (Mehlum et al., 1991). Det er ikke etablert konsensus om i hvilken grad remisjon kan regnes som et resultat av behandling. Forskning tyder imidlertid på at en signifikant del av forbedringen er spontan. Mulige mekanismer er modning, impulsivitet som avtar med økende alder, sosial læring og at mange lærer seg å unngå konfliktskapende intimitet og belastende sosiale relasjoner (Paris, 2002). Flere former for psykoterapi har vist signifikant forbedring av symptomer etter behandling. Blant annet Dialektisk adferdsterapi (DBT) (Linehan et al.1991; Koons et al., 2001) og psykodynamisk psykoterapi har vist gode resultater i behandling av BPD (Oldham, 2006). Farmakologisk behandling av BPD er begrenset. I stor grad kan effekten beskrives som en lett grad av symptomreduksjon (Paris, 2005a).

Til tross for at prognosen for mange er relativt god, og at majoriteten ikke møter kriterier for diagnosen 5 år etter de fikk den, er det viktig å huske at det også finnes en minoritet som ikke opplever remisjon av symptomer. Denne gruppen pasienter viser vedvarende symptomer også senere i livet. Links et al. (1999) fant at impulsivitet er det trekket som kan skille mellom ”vedvarende” og ”remmitterende” tilfeller. Ved 3 målinger over 7 år skilte remitterende tilfeller seg fra vedvarende tilfeller ved at de hadde signifikant lavere nivå av impulsivitet ved initial måling. Høye nivåer av impulsivitet viste seg å være karakteristisk for personer der lidelsen viste et varig forløp. Det er mulig impulsivitet kan være med å tjene som en tidlig indikator for en mer vedvarende form for BPD.

1.4.7 Suicid og suicidal atferd ved BPD:

Mange, men ikke alle, med BPD utvikler et mønster av selvskading og suicidal atferd. Den høye raten av suicidal atferd er reflektert i inklusjonen av tilbakevendende suicidal atferd, trusler og selvskadende atferd som diagnostiske kriterier for BPD i DSM IV. Dette er den eneste psykiatriske diagnosen hvor

tilbakevennende suicidal adferd er et av diagnose kriteriene (APA, 2000) og lidelsen er av noen blitt kalt ”den suicidal personlighetsforstyrrelsen”. Suicidrisiko kan deles inn i ”kronisk” og ”akutt”. BPD kan konseptualiseres som en kronisk sårbarhet for suicid og suicidal adferd, der mer akutte livsbetingelser vil kunne bidra til å ytterligere øke personens sårbarhet og risiko for selvmord. Eksempel på slike faktorer kan være komorbide tilstander som depresjon og rusmiddelmisbruk, eller andre negative livsbetingelser, som brudd i nære relasjoner (Soloff et al., 2005). Det er usikkert i hvilken grad suicidal adferd i forbindelse med BPD er assosiert med de karakteristiske personlighetstrekkene eller med de kliniske, sosiale og yrkesmessige konsekvensene av disse.

Impulsivitet, aggresjon og affektiv ustabilitet er fremtredende personlighetstrekk ved BPD. (Soloff et al., 2005). Hvert av disse trekkene kan i seg selv assosieres med suicidal adferd (Yen et al., 2004). Pasienter med BPD scorer høyere på impulsivitets skalaer enn andre grupper (McGirr et al., 2007), og impulsivitet korrelerer signifikant med antall tidligere suicidforsøk (Brodsky, Malone Ellis, Dulit & Mann, 1997). Impulsivitet som en enkelt karakteristikk, heller enn global alvorlighet av BPD patologi, er assosiert med suicidal adferd ved BPD. Det er også funnet at pasienter med BPD som har tatt livet sitt, scorer høyere på affekt- og sinneskalaer (Kullgren, 1988), fiendtlighet (McGirr et al., 2007; Kullgren, 1988) og ”novelty seeking” (McGirr et al., 2007). Det er også påpekt at affektregulering synes å være kronisk eller episodisk dysfunksjonell hos personer med BPD (Mehlum et al., 1994). Det er rimelig å forvente at en dyskontroll av affekter med høy intensitet, slik som depresjon, angst eller sinne, vil kunne øke tendensen til suicidal atferd. Suicidraten for personer med et mønster av selvskadende adferd, er den dobbelte av raten for dem som ikke selvskader (Bongar et al., 1997). Klinisk er det viktig å huske at intensjonell selvskading er en potent prediktor for senere suicid (Miller et al., 2007). Det er ikke funnet forskjell i antall selvmordsforsøk og dødelighet for pasienter som oppfyller 5, 6 eller 7 kriterier for BPD (Brodsky et al., 2007). Som for alle psykiatriske lidelser, gjør kvinner flere suicidforsøk, mens menn har mer dødelige forsøk (Bongar et al., 1997).

De pasientene som tar livet sitt, er funnet å oftere oppfylle kriterier for komorbid alvorlig depresjon og/ eller rusmiddelavhengighet eller -misbruk (McGirr et al., 2007). Både alvorlig depresjon og rusmiddelmisbruk utgjør i seg selv en økt risiko for suicid (Soloff & Fabio, 2008). BPD pasienter med komorbid alvorlig depresjon har risikofaktorer fra begge lidelser. Dette inkluderer alvorlig senket stemningsleie og håpløshet relatert til depresjon alene, samt impulsiv aggresjon relatert til BPD alene (Soloff et al., 2005). Brodsky og kollegaer (1997) fant en signifikant korrelasjon mellom tidligere rusmiddelmisbruk og antall tidligere suicidforsøk, også når det ble kontrollert for livstidsprevalens for alvorlig depresjon eller pågående rusmiddelmisbruk. Pasienter med BPD som tar livet sitt er også oftere innlagt på grunn av trusler om eller suicidal adferd (73 %) sammenliknet med dem som ikke begår selvmord (Kullgren, 1988). Antallet tidligere suicidforsøk har vist seg å være den sterkeste predikatoren for fremtidig suicidal adferd for alle psykiatriske populasjoner, inklusiv BPD (Brodsky et al., 1997; Paris, Nowlis & Brown, 1989). Pasienter med et høyt antall tidligere forsøk har også mer alvorlig intensjon om å dø og høyere dødelighet, sammenliknet med pasienter med få eller ingen tidligere forsøk (Soloff et al., 1994). I en studie der pasienter med BPD som hadde tatt livet sitt ble sammenliknet med en kontrollgruppe med BPD, fant Kullgren (1988) at de som hadde begått selvmord hadde en historie med flere suicidforsøk (3,5 +/- 2,9 mot 1,4 +/- 2,9). De hadde hyppigere innleggelser og lengre tid i behandling på psykiatriske døgnavdelinger. McGirr og kollegaer (2007) fant derimot i sitt utvalg at pasienter med BPD som hadde begått selvmord, hadde signifikant lavere sannsynlighet for å tidligere selvmordforsøk, og disse hadde også færre innleggelser på psykiatriske døgnavdelinger. Resultatene er altså ikke entydige i forhold til hvorvidt tidligere suicidforsøk og pasientens behandlingshistorie utgjør systematiske variabler i forhold til suicid ved BPD.

Ustabile interpersonlige relasjoner, som er et av kjernetrekkene ved diagnosen, er relatert til suicidal adferd gjennom økt hyppighet av negative opplevelser, spesielt i forhold til kjærlighet og nære relasjoner (Soloff & Fabio, 2008). Sensitivitet for avvissning, frykt for å bli forlatt og intoleranse for å være alene er borderline trekk

som ofte kan motivere for suicidal adferd. Det psykososiale funksjonstapet som er assosiert med BPD kan øke suicidrisikoen ytterligere for denne gruppen. I følge Soloff & Fabio (2008) er dårlige skoleprestasjoner, lite eller ingen utdanning, arbeidsledighet og lav sosioøkonomisk status, alle faktorer som øker risiko for suicid, uavhengig av psykiatrisk diagnose. En stor dansk studie (Agerbo, Nordentoft & Mortensen, 2007) viste motsatte funn, og Paris et al. (1989) fant at høyere utdanning utgjorde en betydelig risiko for suicid for en gruppe pasienter med BPD. En mulig årsak til det er de knuste forventninger personer med utdanning opplever i møte med alvorlig psykopatologi (Paris et al., 1989). Paris og Zweig-Frank (2001) foreslår at fullbyrdet suicid ved BPD er resultatet av en kronisk prosess som involverer vedvarende eller tilbakevendende komorbide affektive lidelser, år med behandling uten fremgang og progressivt tap av familie og sosialt nettverk.

Flere studier viser at selvmord ikke er vanligst i den tidlige fasen av lidelsen der trusler og forsøk er hyppigst, men heller i en senere fase generelt etter fylte 30 år (Paris, 2002). Paris og Zweig-Frank (2001) fant en gjennomsnittsalder ved suicid på 37 år. Paris (2002) har foreslått at selvmordsraten vil være formet som en U, der selvmordsraten vil økt mot slutten av 30-årene, for deretter å avta.

I tillegg til identifisering av risikofaktorer for selvmord er det også funnet faktorer som kan beskytte mot noe av den økte risikoen for suicid som er assosiert med BPD. Trekket "harm avoidance" (McGirr et al., 2007) er funnet å redusere selvmordsrisiko. Dette støtter hypotesen om at engstelige trekk kan utgjøre beskyttende faktorer i forhold til risiko for fullbyrdet suicid. Sosial støtte er en annen risikoreducerende faktor. Negative erfaringer er ofte svært fremtredende i livshistorien for personer med BPD (Soloff & Fabio, 2008), og sosial støtte kan fungere som en buffer mot noe av dette. Å unngå intime sosiale relasjoner kan være en mulig mekanisme for remisjon og reduksjon i suicidrisiko. På den andre siden vil den samme mekanismen altså også kunne frata personen en mulig beskyttende faktor.

1.4.8 Status presens for selvmordsomfang ved Borderline personlighetsforstyrrelse

Borderline personlighetsforstyrrelse er en lidelse assosiert med signifikant mortalitet sammenliknet med generell populasjon, både som følge av selvmord og død med andre årsaker (McGirr et al., 2007). I Paris & Zweig-Frank (2001) sitt 27 år lange oppfølgingsstudie var 18,2 % av original kohorten død ved siste oppfølging, enten som følge av selvmord eller andre årsaker. Det er en mye høyere rate enn den som kan forventes for en generell populasjon på samme alder (Statistisk Sentralbyrå, 20.04.2009). Til tross for oppfattelsen om at suicidraten for BPD er svært høy, har empiriske studier gitt meget varierende resultater (Bongar et al., 1998). DSM-IV oppgir en forventet suicidrate på 8 – 10 % (APA, 2000). I andre kilder oppgis det en rate på 3 – 10 %, i all hovedsak med referanse til ett eller flere av tre longitudinelle oppfølgingsstudier av pasienter med BPD: McGlashans Chestnut Lodge studie (1986), Paris og Zweig-Franks (2001) og Stone, Stone & Hurt (1987) sine oppfølgingsstudier, med en selvmordsrate på henholdsvis 3 %, 10,3 % og 7,6 %. Disse tre studiene har relativt store kohorter og lang oppfølgingstid. Imidlertid representerer de bare et lite utvalg av tilgjengelig empiri innen feltet. Selvmord er tross alt relativt sjeldent forekommende, og det vil alltid finnes spesielle betingelser rundt hvert enkelt selvmord. For å kunne generalisere kunnskapen om selvmord i størst mulig grad, og minimalisere skjevheter er det helt nødvendig å inkludere mest mulig av tilgjengelige data. For lidelser som depresjon, alkoholavhengighet og schizofreni, er det nylig utført litteraturgjennomgang og meta-analyser som fremmer en nedjustering av tidligere forventede selvmordsrater (Harris & Barraclough, 1998). BPD bør nå stå for tur. En kritisk gjennomgang av empiri vil gi informasjon om forventet dødelighet for personer med denne lidelsen, og oppdatert kunnskap om omfang av selvmord ved BPD vil være nyttig i klinisk praksis for alle som møter denne gruppen pasienter.

Denne oppgaven vil presentere en oversikt over studier som oppgir suicidrate for BPD for kunne besvare oppgavens problemstilling.

2. Metode

Formålet med denne oppgaven er å lage en systematisk litteraturgjennomgang av studier som oppgir omfang av selvmord hos pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse. For å identifisere alle relevante enkeltstudier på området, ble det benyttet følgende inklusjon og eksklusjonskriterier:

1. Informantene i det enkelte studie må helt eller delvis bestå av pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse diagnose, og det må eventuelt være mulig å skille informanter med BPD fra informanter uten BDP hva gjelder død i selvmord.
2. Kriterier for diagnostikk av BDP må fremkomme i artikkelen.
3. Alle studiene som oppgir antall selvmord blir inkludert, selv om hovedmålet med studien for øvrig er et annet.
4. Studier som ikke direkte oppgir suicidrate, men som gjør rede for årsak til at informanter ikke deltar ved oppfølging, inkluderes. I disse tilfellene er det skjellig grunn til å tro at det ikke har forekommet suicid blant deltakerne i forløpet av studiet.
5. I tilfeller der flere kilder rapporterer resultater fra samme gruppe deltakere, inkluderes bare den mest omfattende kilden.
6. I tilfeller der delstudier bare utgjør en del av et større studie, vil bare den mest omfattende kilden inkluderes.
7. Studier med oppfølgingstid under 12 måneder blir ikke inkludert.
8. Studiet må ha vært publisert i engelskspråklige eller nordiske fagtidsskrifter. Således utelukkes upubliserte doktorgrader, hovedoppgaver, innlegg på fagsymposier osv.

2.1 Systematiske litteratursøk:

Det systematiske litteratursøket er utført i følgende databaser:

2.1.1 PSYCINFO

Søket omfattet perioden fra databasens oppstart i 1806, til og med uke 8 februar 2009. Følgende søk med nevnte søkeord og ”limitations” ble gjennomført, med følgende resultat (antall treff):

- ”Borderline peronality disorder” and ”Suicide” som nøkkelord: 429 treff.

2.1.2 EMBASE

Søket omfattet perioden fra 1980 til og med uke 8 februar 2009. Følgende søk med nevnte søkeord og ”limitations” ble gjennomført, med følgende resultat (antall treff):

- ”Borderline state” and ”Suicide” som nøkkelord: 126 treff.
- “Borderline state” and “Mortality” som nøkkelord: 6 treff.
- “Borderline state” and “Follow-up” and “Suicide” som nøkkelord: 16 treff.

2.1.3 MEDLINE:

Søket omfattet perioden fra 1950 til og med uke 8 februar 2009. Følgende søk med nevnte søkeord og ”limitations” ble gjennomført, med følgende resultat (antall treff):

- ”Borderline personality disorder” and ”Suicide” som nøkkelord: 168 treff.
- “Borderline personality disorder” and “Suicide” and “Follow-up studies” som nøkkelord: 28 treff.

Totalt ble 773 artikler identifisert i de tre databasene.

2.2 Valg av studier:

Samtlige sammendrag til artikler som fremkom ved det elektroniske søket ble gjennomlest av forfatteren (K.A.L.). Alle artikler hvor sammendraget eller tittel (ikke alle artikler hadde tilgjengelig sammendrag i databasene) ga indikasjoner på at de

kunne inneholde suicidrate ble fremskaffet i full tekst, og vurdert med hensyn til inklusjon i henhold til ovennevnte kriterier. Vurderingen ble i utgangspunktet utført av K. A. L. alene. Tvilstilfeller ble avklart etter diskusjon med veileder (F.A.W.).

2.3 Ikke-elektroniske søk:

Det ble søkt i litteraturlistene til følgende diskusjonsartikler, usystematiske oversikter, forskningsrapporter og guidelines: Tyrer et al. (2009), Pompili et al. (2005), Oldham (2006), McGirr et al. (2007) og Zaheer et al. (2008).

Det ble videre søkt i litteraturlistene til alle inkluderte studier.

2.4 Dataanalyse:

I den forliggende litteraturen er det stor grad av heterogenitet med hensyn til rekrutteringsmetode, rekrutterings- og diagnostiske kriterier, oppfølgingstid, alder og kjønnsfordeling blant informanter. Dette gjør at studiene blir vanskelig å sammenlikne. Det vurderes derfor ikke som hensiktsmessig å foreta en kvantitativ sammenstilling av data ved å utføre en meta-analyse. Et annet argument for å avstå fra å gjennomføre en slik meta-analyse, er at ”confounding” og seleksjonsbias kan ha en tendens til å gi skjevheter i observasjonelle studier, noe som vil gjenspeiles i meta-analysen. Følgelig bør ikke statistisk kombinasjon av data være fokus i systematiske oversikter av observasjonelle studier (Egger, Schneider & Smith, 1998). Det er mer hensiktsmessig med en grundig kvalitativ vurdering av studienes metode og resultater, med vekt på årsaker til heterogeniteten i resultatene (Egger, Schneider & Smith, 1998).

3. Resultater:

Resultatpresentasjonen er strukturert på følgende måte: Først beskrives hvilke studier som inngår i oversikten, og hvilke som har blitt gjennomlest, vurdert og ekskludert. Inkluderte studier er alfabetisk presentert i Tabell 2. Tabell 1 gjør rede for de ulike forkortelsene som er brukt i Tabell 2, og som ikke er selvforklarede. Tabell 3 gir en oversikt over hvilke diagnostiske kriterier som er benyttet og Tabell 4 gir en oversikt over hvilke diagnoser som utgjør ekskluderingskriterier for de enkelte studiene. Tabell 5 gir oversikt over drop-out rate, samt hvor mange av informantene i original kohorten som det ikke var mulig å lokalisere ved siste oppfølging. Figur 1 viser selvmordsrate i prosent som funksjon av oppfølgingstid for hver enkelt studie. Deretter følger kommentarer til de enkelte kolonnene i Tabell 2, henholdsvis studiedesign, informanter og rekrutteringsmetode, hvilke diagnostiske kriterier som er benyttet, oppfølgingstid og antall selvmord. Ingen av de inkluderte studiene har som hovedformål å avdekke selvmordsrate, og det derfor en egen kolonne i Tabell 2 med informasjon om studiets formål. I tillegg er det en kolonne for eventuelle ekstra kommentarer til studien. For at litteratursøket skulle fange opp mest mulig tilgjengelig empiri, har det vært nødvendig å utføre søket med brede søkeord og grenser. Det vide spekteret av empiri innen feltet, gjenspeiler seg i resultatene av søket og i oversikten over inkluderte studier. Oppgavens problemstilling dreier seg om omfang av selvmord. Det er derfor utenfor oppgavens avgrensning å gjøre rede for andre resultater enn selvmords omfang fra de inkluderte studiene.

De systematiske litteratursøkene resulterte i totalt 24 studier som oppfylte inklusjonskriteriene: Aksiskal et al. (1985), Bateman & Fonagy (1999), Bongar et al., (1990), Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Christoph & Beck (2004), Giesen-Bloo et al. (2006), Kjelsberg, Eikeseth & Dahl (1991), Linehan, Tutek, Heard & Armstrong (1994), Linehan et al. (2006), Low, Jones, Duggan, Power & MacLeod (2001), Links et al., (1990), Links et al., (1999), McGlashan (1986), Mehlum et al., (1994), Modestin & Villiger (1989), Paris & Zweig-Frank (2001), Pope, Jonas, Hudson,

Cohen & Gunderson (1983), Reynolds, Lindenboim, Comtois, Murray & Linehan (2006), Senol, Dereboy & Yüksel (1997), Stone et al., (1987), Turner (2000), Wilberg et al. (1997), Yoshinda et al. (2006) og Zanarini et al. (2007).

Følgende artikler ble gjennomlest, vurdert og ekskludert: Antikainen et al. (1995) og Comtios, Elwood, Holdcraft, Smith & Simpson (2007) pga. usikkerhet i forhold til diagnosestatus for informanter, Karterud et al. (1992) og Koons et al. (2001) pga. for kort oppfølgingstid, McGlashan (1987) pga. samme deltakere som McGlashan (1986), Paris et al. (1989) pga. samme deltakere som Paris & Zweig-Frank (2001), Soloff et al. (1994) pga. ikke oppfølgingsstudie, Stone (1989) pga. samme deltakere som Stone (1987), Zanarini et al. (2005b), Zanarini et al. (2005a), Yen et al. (2003) og Yen et al. (2004) pga. samme informanter som Zanarini et al. (2007), Bateman & Fonagy (2001), Blum et al. (2008), Brodsky et al. (1997), van den Bosh, Koeter, Stijnen, Verheul & van den Brink (2004), Clarkin et al., (2001), Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg (2007), Davidson et al. (2006), Darke, Williamson, Ross, Teesson & Lynskey (2004), Darke, Ross, Williamson & Teesson (2005), Darke, Ross, Williamson, Mills, Harvard & Teesson (2007), Gratz, Lacroce & Gunderson (2006), Grilo et al. (2007), Harned et al. (2008), Lindenboim, Comtois & Linehan (2007), Linehan et al. (1991), Linehan, Heard & Armstrong (1993), Linehan et al. (1999), Kehrer & Linehan (1996), McQuillan et al. (2005), Mehlum et al. (1991), Paris et al. (1988), Prendergast & McCausland (2007) Sabo, Gunderson, Najavits, Chaucey & Kisiel, (1995), Schaar & Öjehagen (2001), Skodol et al. (2005), Sansone, Gaither & Songer (2002), Soloff & Fabio (2008) pga. ikke oppgitt død ved suicid.

3.1.1 Tabell 1: Forkortelser brukt i Tabell 2

IPDE	The International Personality Disorder Inventory	Klinisk psykodiagnostisk vurdering av personlighetsforstyrrelser hos voksne
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV	Klinisk psykodiagnostisk vurdering av personlighetsforstyrrelser hos voksne
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV	Manual for klassifisering av mentale lidelser, både barn og voksne
DIB	The Diagnostic Interview for Borderliners	Klinisk psykodiagnostisk vurdering av BPD
BPDSI-IV	Borderline Personality Severity Index IV	Klinisk vurdering av alvorlighet av psykopatologi ved BPD
Gunderson & Kolb (1978) kriterier for BPD	"Low achievement, impulsivity, manipulative suicide, heightened affectivity, mild psychotic experiences, high socialization and disturbed close relationships".	

3.1.2 Tabell 2: Oversikt over inkluderte studier

Referanser (land)	Studie design	Informanter	Diagnosekriterier	Oppfølgingstid	Total (n)	Antall suicid (n)	Antall kontroller (n)	Suicid total (%)	Formål med studien	Kommentar
Links, Heslegrave & Reekum (1999), Canada.	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter ved akutt psyk.avd., 4 McMaster Universitets sykehus. Alder: 18 - 65 år. Alle m klinisk BPD diagnose eller >3 av 7 trekk beskrevet av Gunderson og Kolb (1978). 88 deltakere ved t1 m DIB score +/- 7, v t2 inkl 42 deltakere m DIB score <7.	DIB score =/>7.	7 år, t2 = 2 år, t3 = 7 år.	Baseline N = 130, 2 år N = 88, 7 år N = 126.	2 år N = 4, 7 år N = 6, Totalt N = 6.		4,60 %	Undersøke om impulsivitet eller andre aspekt ved BPD er stabile over 7 års periode, predikerer vedvarendhet vs remisjon samt hvorvidt impulsivitet er mer prediktivt for nivå av borderline psykopatologi ved follow-up, enn andre aspekter.	42 deltakere ikke definitiv BPD diagnose v baseline. 3,8% drop-out, ikke lokalisert v 7 år follow-up. Gunderson & Kolb (1978) kriterier: "Low achievement, impulsivity, manipulative suicide, heightened affectivity, mild psychotic experiences, high socialization and disturbed close relationships".
Zanarini et al. (2005), USA.	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter ved McLean Hospital. Alder: 18-35 år, gjennomsnitt: 27 år.	Oppfylle DIB-R og DSM-III-R kriterier for BPD.	6 år.	290	2 år N = 5, 4 år N = 4, 6 år N = 2, totalt N = 11.	72 (oppfyller DSM-III-R kriterier for minst en non-borderline Akse II lidelse).	3,80 %	Undersøke forløp og utfall for BPD.	

Yoshinda et al. (2006), Japan.	Retrospektivt follow-up studie.	Pasienter ved psyk. avd Fukuoka University Hospital, 1973-1989. 72 pasienter hvor 19 ga samtykke til deltakelse v follow-up. Gjennomsnittsalder v start: 28 år, sd = 6,8år.	Oppfylle DSM-IV kriterier for BPD, vurdert retrospektivt.	ca. 13 år.	Baseline N = 72, 13 år N = 19.	5	Sammenliknet data m ikke-follow-up gruppen, n = 53	6,90 %	Undersøke langtidsutfall og forløp for BPD i Japan.	
Reynolds et al. (2006), USA.	Prospektivt follow-up studie.	63 kvinner. Alder: 18-45, gjennomsnitt: 28 år sd = 7,7. Oppfyller kriterier for BPD i følge 2 strukturerte intervju, minst 2 tilfeller av paasuicidal adferd siste 5 år, hvorav minst 1 siste 8 uker.	Instrumenter ikke oppgitt.	2 år.	Baseline N = 63, 2 år N = 49.	0		0	Undersøke mønster i selvrapportert suicidalitet og distress under forskningsdeltakelse.	Suididrate ikke oppgitt, men gjør rede for 14 deltakere som ikke har fullført follow-up v 2 år. Påpeker høy forekomst av diagnostisk komorbiditet. Oppgir ikke diagnostiseringsmetode.
Linehan et al. (2006), USA	1 år randomisert kontrollert trial + 1 år prospektivt follow-up studie.	Kvinner klinisk henvist for BPD samt nåværende og tidligere suicidal adferd (minst 2 suicidforsøk eller tilfeller av selvskading siste 5 år, med minst 1 siste 8 uker). Alder: 18 - 45 år.	Oppfylle SCID-II og IPDE kriterier for BPD.	2 år.	Baseline N = 111, 2 år N = 60.	0		0	Undersøke om unike aspekter ved DBT er mer effektive enn behandling med "non-behavioral" psykoterapi eksperter.	Høy drop-out rate, 51 deltakere.

Giesen-Bloo et al. (2006), Nederland.	Multicenter, randomisert 2-gruppe design.	Pasienter henvist fra andre- og tredjelinje tjenesten i området til de 4 deltagende sentere med i studien. Kvinner: 80, Menn: 6. Alder: 18 - 60 år.	Oppfylle SCID-II kriterier for BPD og BPDSI-IV score >20.	3 år.	Baseline N = 88, 3 år N = 54.	0		0	Sammenlikne effektiviteten med skjemafokusert terapi (SFT) og psykodymaniskbasert overførings-fokusert psykoterapi (TFP) hos pasienter med BPD.	Høy drop-out rate, 34 deltakere.
Paris & Zweig-Frank (2001), Canada.	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter som i ved innleggelse presenterte suicidforsøk, rusmiddelmisbruk eller korte psykotiske episoder (1958 - 1978). Alder <35 år. 322 pasienter, 256 kvinner, 56 menn. Rekruttert etter gjennomgang av inntakstjournal.	DIB score >= 8/10 + oppfylle DSM-IV og SCID II kriterier for BPD.	ca. 27 år.	Baseline N = 322, 27 år N = 100	14		8,50 %	Beskrive forløp og utfall for BPD ved lang oppfølging.	Ikke mulig å fastslå nøyaktig antall suicid da 157 fra org kohort ikke var mulig å lokalisere v follow-up. Strenge diagnostiske kriterier.
Links, Mitton & Steiner (1990), Canada.	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter ved en av 13 aktive psykiatriske enheter v 4 sykehus, og som ble vurdert til mulig å ha en BPD diagnose eller minst 3/7 trekk vanlig observert ved BPD.	DIB score >= 7.	2 år.	Baseline N = 88, 2 år N = 65	4		4,60 %	Identifisere variabler som kan predikere psykososiale utfall for BPD pasienter i 2 år påfølgende en akutt psykiatrisk hospitalisering.	5 drop-out.

Senol, Dereboy & Yuksel (1997), Tyrkia.	Prospektiv follow-up studie.	Pasienter ved psyk. Avd. Gazi Uneversity Hospital, Ankara, 1986 - 1987. Alder: 18 - 46 år, gjennomsnitt: 26,9 år.	Oppfylle DSM-III-R kriterier for BPD. Retrospektiv diagnostisering e gjennomgang av detaljert psykiatrisk historie, psykologiske vurderinger, psykiatrisk status og journalnotater.	2 - 4 år.	Baseline N = 61, 2 - 4 år N = 43.	2		3,30 %	Undersøke kliniske, demografiske og follow-up trekk v BPD i et u-land (Tyrkia).	I utgangspunktet 75 retrospektivt diagnostisert, bare 61 lokalisert. Dermed ikke mulig å fastslå nøyaktig antall suicid.
Zanarini et al. (2007), USA.	Prospektiv follow-up studie.	Pasienter rekruttert etter opphold på psyk. avd. McLean Hospital, Belmont, Mass. Alder: 18 - 35 år.	Oppfylle DSM-III-R og BDI-R kriterier for BPD.	10 år, 5 x 2 år	Baseline N = 290, follow-up 2 år N = 275, 4 år N = 269, 6 år N = 264, 8 år N = 255 og 10 år N = 249.	12	72 pasienter som oppfylte kriterier for annen Akse II diagnose enn BPD.	4,10 %	Karakterisere forløpet til 24 symptomer ved BPD mht remisjon.	13 drop-outs.

Paris, Brown & Nowlis (1987), Canada.	Prospektivt follow-up studie, ca 15 år.	Pasienter ved Jewish General Hospital, Montreal, 1958 - 1978. Alder <35 år. 84 kvinner, 16 menn.	Oppfylle DIB-R kriterier for BPD.	ca 15 år.	Baseline N = 233, follow-up utvalg N = 100. 165 av opprinnelig utvalg lokalisert v follow-up.	14	Ikke-follow-up utvalg N = 222.	8,50 %	Undersøke utfallet for BPD behandlet ved et "general" hospital, ansvarlig for et urbant område inkl alle sosio-økonomiske klasser.	12 definitive suicid, 2 sannsynlige suicid, Ikke mulig å fastslå nøyaktig suicidrate pga ikke lokalisert hele det opprinnelige utvalget.
Bateman & Fonagy (1999), USA.	Randomisert kontrollert design.	Pasienter innlagt ved Halliwick Psychotherapy Unit (1993 -1994), offentlig psykisk helsevern. Alder: 16 - 65 år. Gjennomsnitt 30,3 år/ 33,3 år (hhv. Delvis hospitalisert gr. /kontroll pasienter). Kvinner: 22, Menn: 22.	Oppfylle SCID-II kriterier for BPD + DIB score >7.	18 mån.	Baseline N = 44, 18 mån. N = 48.	0		0	Studere effektiviteten av psykoanalytisk orientert delvis hospitalisering med standard psykiatrisk omsorg for pasienter med BPD.	Kort oppfølgingstid + 6 drop-outs.

Bongar et al. (1990) USA.	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter som besøkte legevakten ved et "teaching" sykehus, 30.06.85 - 01.07.86. Rekruttert etter gjennomgang av journaler som identifisere to grupper: suicidale vs nonsuicidale kroniske legevakt pasienter.	Etter gjennomgang av journaler diagnostisert i følge DSM-IV kriterier for BPD, av en senior attending psykiater + 2 senior kliniske psykologer.	1 år.	Baseline N = 12 (11 i suicidal gruppe, 1 i nonsuicidal gruppe).	0		0	Undersøke demografiske, adferds og diagnostiske variabler til en gruppe kronisk "suicidale" pasienter ved en "public sector" psyk.legevakt og sammenlikne med en gruppe nonsuicidale frekvente pasienter ved psyk.legevakt.	Deltakere delt inn i "kronisk suicidale" og "ikke-suicidale".
Wilberg et al. (1998) Norge	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter ved dagenhet v Ullevål Universitets sykehus, 1982 - 1989. Henvist fra polikliniske enheter, akutt enheter eller privat praktiserende psykologer. Gjennomsnittsalder: 31 år. Kvinner: 33, Menn: 10.	Retrospektivt diagnostisert i følge DSM-III-R kriterier for BPD, etter gjennomgang av case materiale.	ca 36 mån.	Baseline N = 49, follow-up N = 40.	1		2,00 %	Undersøke follow-up status for pasienter med BPD behandlet med en kombinasjon av dag behandling og påfølgende poliklinisk gruppeterapi, og sammenlikne med pasienter med BPD behandlet ved samme dag enhet uten påfølgende gruppeterapi.	Kan gjøre rede for alle opprinnelige deltakere, så ikke usikkerhet rundt suicidrate.

McGlashan (1986), USA	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter utskrevet fra Chestnut Lodge e minst 90 d behandling, 1950-1973, samt en mindre kohort som inneliggende pasienter fra liknede periode. Alder: 16-55 år. Menn: 44, Kvinner: 50	Oppfyller DSM-III kriterier for BPD (cutoff score = 5) eller Gunderson og Kolb (1978) kriterier for BPD (cutoff score = 7), og møter ikke kriterier for unipolar depresjon (UNI).	ca 15 år, gjennomsnitt: 165 mån.	Baseline N = 94 , Follow-up N = 81	2	Ved inntak scizfreni N = 188, follow-up N = 163 og Unipolar depresjon N = 58, follow-up N = 44.	3 %	Å gjøre rede for langtidsforløp og utfall for systematisk rediagnostiserte pasienter med BPD.	
Turner, R. M. (2000)	Prospektivt follow-up.	24 pasienter henvist fra akuttmotak e suicidforsøk. Alde: 18-27år, gjennomsnitt: 22. Kvinner: 19, Menn : 5.	Oppfyller DIB kriterier for BPD.	1 år.	Baseline N = 24, 1 år follow-up N = 24.	0		0	En naturalistisk sammenlikning av effektivitet av DBT og CCT.	(CCT = Klient-sentret terapi)

Brown et al. (2004) USA.	Ukontrollert klinisk trial.	32 pasienter henvist fra psykisk helsearbeidere v Department of Psychiatry at the University of Pennsylvania, privat praktiserende psykisk helsearbeidere, søkt inn av pårørende eller respondert på annonse for behandling av depresjon. Alder: 20-55år, gjennomsnitt: 29år. Kvinner: 28, Menn: 4.	Oppfylle SCID-II kriterier for BPD, så vel som andre Akse II diagnoser, samt rapportert suicide ideation eller selvskadende adferd siste 2 mån.	18 mån.	Baseline N = 32, 12 mån. N = 29, 18 mån. N = 24.	0		0	Undersøke om kognitiv terapi for BPD er assosiert med signifikant forbedring på målinger av psykopatologi.	Suicidrate ikke oppgitt, men gjør nøye rede for drop-outs så grunn til å tro ikke suicid.
Mehlum et al. (1994), Norge	Prospektivt follow-up studie.	Pasienter ved langtids dagenhet v Ullevål universitetssykehus 1982-1985. Gjennomsnittlig behandlingstid: 5,5mån. Gjennomsnittsalder = 35år, sd = 9år	Oppfylle DSM-III-R kriterier for BPD.	ca 2,5 år, gjennomsnitt: 2,8 år.	Baseline N = 34	1		2,40 %	Studere longitudinelt forløp av suicidal adferd og forestilninger hos pasienter med BPD sammenliknet med pasienter med andre diagnoser.	

Linehan et al.(1994), USA	Prospektivt follow-up studie.	26 kvinner. Alder: 18-45år, gjennomsnitt = 26,7, sd = 7,8år.	Oppfylle SCID-II og DIB kriterier for BPD. Minst 2 tilfeller av prasuicidal adferd siste 5år og ett innen 8 uker før behandlingsstart.	1 år.	Baseline N = 26, 1år N = 20.	1		3,85 %	Undersøke effektivitet av poliklinisk kogniti adferds behandling på interpersonlige ufallsvariabler.	1 ikke mulig å lokalisere.
Stone et al. (1987), USA.	Follow-up studie.	Pasienter innlagt v "langstids"behandlig v New York State Psychiatric Institute (1963-1976) psykoanalytisk orientert psykoterapi. Alder <40 år, gjennomsnitt = 22år.	Oppfylle DSM-I kriterier for BPD samt sjekklste brukt av McGlashan i Chestnut Lodge (1986).	10 - 23 år, gjennomsnittlig:16 år	Baseline N = 299, ca 16års follow-up N = 251.	19		7,60 %	Undersøke og beskrive naturlig forløp og prognose for BPD pasienter.	Usikker ang diagnose, skiller mellom BPD og Bordeline level.

Low, Jones & Duggan (2001), England	Prospektiv follow-up.	Kvinner innlagt ved Ramptom høysikkerhets sykehus. Alder: 20 - 40 år, gjennomsnitt = 28,7 år, sd = 6,5 år.	Oppfylle minst 5 kriterier for BPD i DSM-III-R, målt m International Peronality Disorder Examination samt pågående selvskadende adferd.	18 mån.	Baseline N = 13, 18mån follow-up N = 10.	0		0	Vurdere effektivitet av DBT for selvskadende kvinner på høysikkerhets sykehus.	God kontroll på drop-out. Mulig kunstig lav suicidrisiko pga høy sikkerhet.
Pope et al. (1983), USA	Follow-up studie.	Gjennomgang av DIB scorer til alle pasienter innlagt ved McLean Hospital, 1974-1977	DIB score ≥ 6 .	4 - 7 år.	Baseline N = 33, follow-up N = 27.	2		6 %	Teste validiteten til BPD I DSM-III.	Cutoff 6 slik at det inkl. "sannsynlig BPD" også...
Modestin & Villinger (1989), Sveits.	Prospektiv follow-up studie.	Journalgjennomgang for pasienter innlagt ved psykiatrisk avd. 1981-1982.	Oppfylle ≥ 5 DSM-III BPD kriterier.	9,4 år, sd = +/- 4,6 år.	Baseline N = 26	2		8 %	Sammenlikne BPD med andre PD når pasienter bor og lever hjemme.	Gjør rede for alle drop-outs, helt sikker suicidrate. Ikke oppgitt kjønn og alder.
Kjelsberg, Eikeseth & Dahl (1991), Norge.	Case-Control studie, case follow-up.	Journalgjennomgang for pasienter innlagt på Psykiatrisk klinikk Vinderen, Oslo, 1967-1987.	DIB-R score ≥ 7	Gjennomsnittlig 15 år, 3 x 5 år.	Baseline N = 291	23		8 %	Undersøke prediktive faktorer for suicid ved BPD.	Ikke relevante follow-up pga 291 v baseline og follow-up 21 case-control par.

Akiskal et al. (1983), USA	Prospektivt follow-up studie, case-control design.	Ikke oppgitt. Ca 2/3 kvinner.	Oppfylle DSM-I kriterier for BPD.	6 - 36 mån.	Baseline N = 100	4		4 %	Undersøke forholdet mellom BPD og affektive lidelser, schizofreni og andre Akse I. lidelser	Ikke oppgitt rekrutteringsmetode.
----------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------	-------------	------------------	---	--	-----	---	-----------------------------------

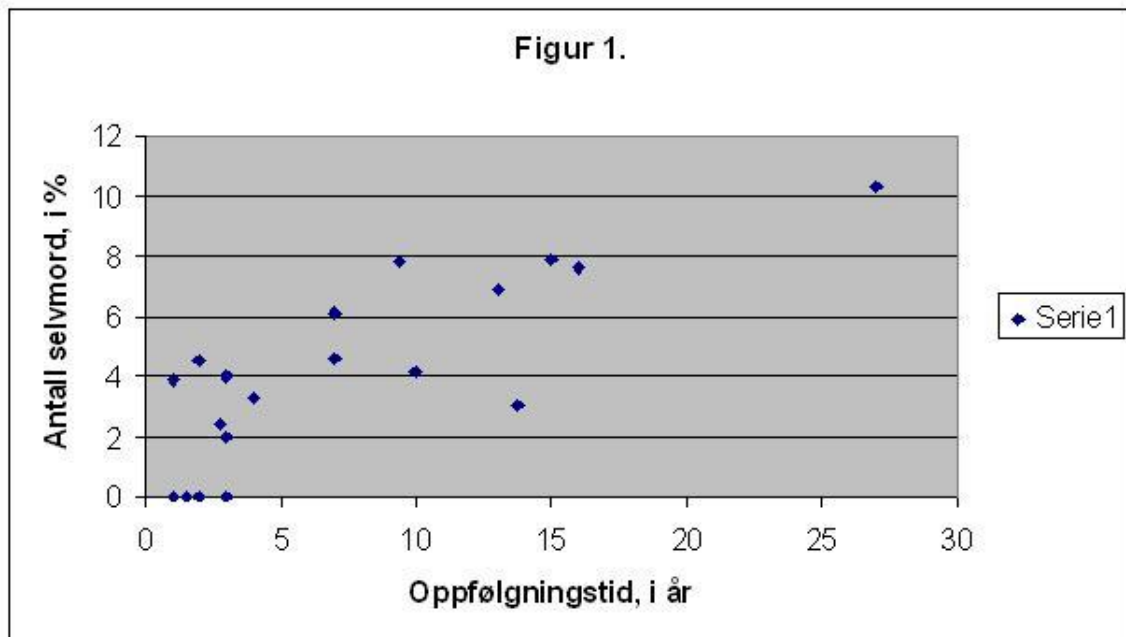
Stone et al., 1987	X									
Turner, 2000					X					
Wilberg et al., 1998	X									
Yoshinda et al., 2006			X							
Zanarini et al., 2007						X				X

McGlashan , 1986					x			
Mehlum et al., 1994								
Modestin & Villiger, 1989	X				x			
Paris & Zweig- Frank, 2001								
Pope et al., 1983		x	x					
Reynolds et al., 2006								
Senol, Dereboy & Yuksel, 1997								
Stone et al., 1987								
Turner, 2000	X	x	x		x	X		
Wilberg et al., 1998							X	
Yoshinda et al., 2006								
Zanarini et al., 2007	X	x			x	X		

3.1.5 Tabell 5: Drop-out rate og prosentdel av kohort som ble lokalisert ved siste oppfølging

Referanse	Drop-out	Lokalisert ved siste oppfølging
Bateman & Fonagy, 1999	13,60 %	100 %
Brown et al., 2004	25 %	100 %
Gisen-Bloo et al., 2006	39 %	
Linehan et al., 1994	19 %	
Links et al., 1990	22 %	5,70 %
Links et al., 1999	28 %	8 %
Modestin & Villiger, 1989	23 %	15 %
Paris & Zweig-Frank, 2001	75 %	25 %
Reynolds et al., 2006	22 %	100 %
Senol et al., 1997		16 %
Wilberg et al., 1998	18 %	100 %
Zanarini et al., 2007	18 %	4,50 %

3.1.6 Figur 1: Antall selvmord som en funksjon av oppfølgingstid



3.2 Studiedesign og oppfølgingstid:

Samtlige studier er oppfølgingsstudier, 18 av dem prospektive (Akiskal et al., 1983; Bateman & Fonagy, 1999; Bongar et al., 1990; Brown et al., 2004; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1994; Linehan et al., 2006; Links et al., 1990; Links et al., 1999; Low et al., 2001; McGlashan, 1986; Mehlum et al., 1994; Modestin & Villiger, 1989; Reynolds et al., 2006; Senol et al., 1997; Turner, 2000; Wilberg et al., 1998; Zanairini et al., 2007). De resterende 6 har et retrospektivt design (Kjelsberg et al., 1991; McGlashan, 1986; Paris & Zweig-Frank, 2001; Pope et al., 1983; Stone et al., 1987; Yoshinda et al., 2006).

14 studier har oppfølgingstid mellom 1 – 4 år (Akiskal et al., 1983; Bateman & Fonagy, 1999; Bongar et al., 1990; Brown et al., 2004; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1994; Linehan et al., 2006; Links et al., 1990; Low et al., 2001; Mehlum et al., 1994; Reynolds et al., 2006; Senol et al., 1997; Turner, 2000; Wilberg et al., 1998) og 4 studier har oppfølgingstid mellom 7 og 10 år (Links et al., 1999; Modestin & Villiger, 1989; Pope et al., 1983; Zanairini et al., 2007). Lengst oppfølgingstid er 13 år (Yoshinda et al., 2006), 15 år (Kjelsberg et al., 1991; McGlashan, 1986), 10 –23 år (Stone et al., 1987) og 27 år (Paris & Zweig-Frank, 2001).

3.3 Informanter:

Samlet for alle studiene er det 2316 informanter. For de kohortene der kjønnsfordeling er oppgitt fordeler det seg slik: 74 % (982) kvinner og 26 % (339) menn (Akiskal et al., 1983; Bateman & Fonagy, 1999; Brown et al., 2004; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; McGlashan, 1987; Paris & Zweig-Frank,

2001; Reynolds et al., 2006; Senol et al., 1997; Stone et al., 1987; Turner, 2000; Wilberg et al., 1998).

3 studier oppgir ikke alder på kohorten (Bongar et al., 1990; Kjelsberg et al., 1991; Links et al., 1990; Modestin & Villiger, 1989). For resten av kohortene er alder 16 – 65 år ved baseline. Noen av artiklene har smalere aldersspredning ved baseline enn de andre. Hos Turner (2000) er informantene 18 –27 år, hos Paris & Zweig-Frank (2001) er alle under 35 år, hos Stone et al. (1987) er alle under 40 år og kohorten til Zanarini et al. (2007) er mellom 18 – 35 år ved baseline.

Samtlige artikler, med unntak av 2, oppgir rekruttering av pasienter etter opphold i psykiatriske avdelinger eller etter konsultasjon ved akutt avdeling/ legevakt i forbindelse med suicidal adferd. Akiskal et al., (1983) og Linehan et al., (1994) inneholder ikke informasjon om rekruttering. For 7 av studiene er informantene i behandling i forbindelse med BPD problematikk hele eller deler av studiets oppfølgingstid. I Bateman & Fonagy (1999), Brown et al. (2004), Giesen-Bloo et al. (2006), Linehan et al. (1994), Linehan et al. (2006), Low et al. (2001) og Turner (2000), Linehan et al. (1994), Low et al. (2001) og Turner (2000) er informantene i behandling minst en gang i uken under hele studiets forløp. Informantene i Low et al. (2001) sitt studie, var innlagt på psykiatrisk høysikkerhetsavdeling under hele forløpet, mens Linehan et al. (2006) har ett år med behandling samt ett år uten i sitt studie.

3.4 Diagnostiske kriterier

Diagnostiske kriterier er gjengitt i Tabell 3. For studier som oppgir cut-off score, gjengis det i tabellen. I tilfeller der det bare er oppgitt en gitt test eller diagnosesystem, gjengis det som et kryss.

I Low et al. (2001) var det krav til å oppfylle minst 5 DSM-III-R kriterier målt med IPDE, og i McGlashans Chestnut Lodge studie (1986) måtte informantene oppfylle

enten minst 5 DSM-III kriterier eller minst 7 Gunderson & Kolb (1978) kriterier for BPD.

3.5 Ekskluderende komorbide diagnoser

Tabell 3 gir oversikt over hvilke komorbide diagnoser som ekskluderte for deltakelse i de enkelte studiene. Linehan et al. (1994; 2006) og Reynolds et al. (2006) hadde i tillegg til de ekskluderende diagnosene som fremkommer i tabellen, et krav om at minst 2 tilfeller av selvskadende adferd siste 5 år, hvorav minst 1 tilfelle siste 8 uker før baseline. Brown et al. (2004) inkluderte bare informanter som rapporterte suicidale forestillinger eller adferd siste 2 måneder, mens Low et al. (2001) hadde krav til pågående selvskadingsproblematikk. Alle informantene i Paris & Zweig-Frank (2001) sitt studie var rekruttert etter kontakt med helsetjeneste som følge av suicidforsøk, korte psykotiske episoder eller rusmiddelmissbruk. Informanter i Stone et al. (1987) måtte ha vært innlagt til langtidsbehandling (9 - 24 måneder) i forkant av studiestart, mens McGlashan (1986) stilte krav til minst 90 dager behandling ved Chestnut Lodge behandlingsenhet i forkant av start av studiet. Bongar et al. (1990) skiller mellom "kronisk suicidale" og "ikke-suicidale" informanter. Kronisk suicidalitet er da operasjonalisert som minst 4 konsultasjoner ved legevakt per år som følge av suicidal adferd.

3.6 Drop-out

I flere av studiene har en del av informantene avsluttet sin deltakelse før studiet er ferdig, og har dermed ikke deltatt gjennom hele oppfølgingstiden. Tabell 5 gir oversikt over drop-out rate og antall lokalisert ved siste oppfølging, for de studiene som oppgir dette.

3.7 Antall selvmord

Av totalt 2316 informanter ved baseline, er det rapportert om i alt 299 selvmord. Antall selvmord oppgitt i prosent varierer fra 8 studier hvor ingen av informantene har begått selvmord under studieforløpet (Bateman & Fonagy, 1999; Bongar et al., 1990; Brown et al., 2004; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; Low et al., 2001; Reynolds et al., 2006; Turner, 2000), til 10,3 % i Paris & Zweig-Frank sitt oppfølgingsstudie over ca. 27 år. For samtlige studier som ikke rapporterer om selvmord, er oppfølgingstiden mellom 1 og 3 år. Alle studiene med lengre oppfølgingstid enn 3 år, oppgir at informanter har begått selvmord.

5 av studiene oppgir mortalitetsrate for kohorten. Mehlum et al. (1994) rapporterer om en mortalitet med annen årsak enn selvmord, på 5,9 %, Paris & Zweig-Frank (2001) oppgir tilsvarende en rate på 2,5 %, Wilberg et al. (1998) 2,0 %, Yoshinda et al. (2006) oppgir 4,2 % og Zanarini et al. (2007) 2,1 %. For Mehlum et al. (1994) er mortalitetsraten på 5,9 % betydelig høyere enn selvmordsraten på 2,4 %. For de resterende 4 studiene er mortalitetsraten betydelig lavere enn selvmordsraten, dog verdt å merke seg.

4. Diskusjon

Denne oppgavens største styrke sammenliknet med annen litteratur med samme tema, er at den presenterer resultatene fra et systematisk litteratursøk. Målet har vært at resultatet av denne oppgaven skal gi en systematisk og oppdatert oversikt over omfanget av selvmord ved BPD. Det er søkt med ”Borderline personlighetsforstyrrelse” og ”suicid” som nøkkelord. Artikler som ikke har noen av disse 2 som nøkkelord vil dermed ikke resultere av søket. Det er likevel mulig at slike artikler kan inneholde selvmordsrate for personer med BPD. For å begrense denne mulige skjevheten i valg av litteratur, er det også søkt etter aktuelle kilder i referanselistene til alle inkluderte artikler, samt i flere oversiktsartikler. Selv om det alltid vil foreligge en viss mulighet for at publisert materiale kan ha blitt oversatt, vil et systematiske litteratursøk og innsamlingsmetode sikre at det ikke foreligger systematisk skjevhet med hensyn til hvilke studier som er inkludert. Bare studier som eksplisitt oppgir antall selvmord eller gjør nøye rede for samtlige informanter, er inkludert. Det betyr at artikler der det er nødvendig for leseren å trekke egne slutninger angående selvmord eller det ikke er fullstendig klarhet rundt forløpet for samtlige informanter, ekskluderes.

Studiene har svært forskjellig oppfølgingstid, fra 1 år (Bongar et al., 1990; Linehan et al., 1994; Turner, 2000) til 27 år (Paris & Zweig-Frank, 2001). Det samme gjelder kohortstørrelse, fra 12 til (Bongar et al., 1990) 322 informanter (Paris & Zweig-Frank, 2001), diagnostiske kriterier og eksklusjonskriterier, se tabell 2, 3 og 4. På grunn av årsaker det er gjort rede for i resultatdelen, er det ikke utført noen meta-analyse av resultatene. Oppgaven har heller fokus på en kvalitativ analyse og diskusjon av omfang av selvmord ved BPD. Det fremkommer derfor heller ikke noen prosentverdi for forventet selvmordsrate basert på studiene i oversikten.

Generelt innen selvmordsforskning er det en felles faktor som utgjør en mulig feilkilde i selvmordsraten. Som nevnt i innledningen, er det vanskelig å vurdere den avdødes bakenforliggende intensjon i et retrospektivt perspektiv. Det er svært

komplisert å vurdere om et dødsfall er et resultat av en villet handling, eller om den avdøde har undervurdert farlighetsgraden ved sin selvskadende atferd. Det er mulig at dødsfall som blir kategorisert som et selvmord egentlig dreier seg om et uhell, og ikke er et intendert selvmord. Omvendt er det også risiko for at dødsfall som kategoriseres som en ulykke eller et uhell, i realiteten er et intendert selvmord. Denne feilkilden gjelder for suicidologien som fagfelt generelt. For å eliminere denne problemstillingen i størst mulig grad, vil det være hensiktsmessig at forskningsrapporter også inkluderer informasjon om mortalitetsrate. På den måten vil samtlige dødsfall inkluderes. Man vil da få et reelt estimat for omfanget av selvmord for pasienter med BPD. Et estimat basert på mortalitetsrate vil kunne eliminere vanskelighetene og den mulige feilkilden som retrospektiv vurdering av suicidal intensjon kan representere.

4.1 Studiedesign

De 3 lengste studiene i oversikten, på henholdsvis 21 år (Paris & Zweig-Frank, 2001), 15 år (McGlashan, 1986; Kjelsberg et al., 1991) og 10 - 23 år (Stone et al., 1987), er alle "follow-back" studier. Pasientene blir retrospektivt diagnostisert etter gjennomgang av inntakstjournaler og liknende materiale, og blir etter en gitt periode kontaktet for oppdatert informasjon. Prospektive design gir mer reliable baseline data sammenlignet med slike "follow-back" metoder. Dette fordi alle informanter da blir vurdert med samme utfallsmål (Paris, 2002). Hovedbegrensningen til prospektive metoder er imidlertid at pasienter med BPD som samtykker til å bli fulgt over tid, kan ha uvanlige karakteristikk, slik som høyere compliance, som gjør dem forskjellige fra den generelle BPD populasjonen (Paris, 2002).

4.2 Oppfølgingstid og selvmordsrate

Paris (2002) hevder at mange oppfølgingsstudier har for kort forløp til at det er mulig å trekke sikre konklusjoner angående selvmordsrate på bakgrunn av dem.

Studiene uten selvmord er alle i gruppen med den korteste oppfølgingstiden, 1 – 3 år. I denne oversikten har 7 studier oppfølgingstid på ca 10 år eller mer (Kjelsberg et al., 1991; McGlashan, 1986; Modestin & Villiger, 1989; Paris & Zweig-Frank, 2001; Stone, 1987; Yoshinda et al., 2006; Zanarini et al., 2007). Blant disse finnes de 5 med høyeste selvmordsratene: 10,3 % (Paris & Zweig-Fank, 2001), 7,9 % (Kjelsberg et al., 1991), 7,8 % (Modestin & Villiger, 1989), 7,6 % (Stone et al., 1987) og 6,9 % (Yoshinda et al., 2006). Det lengste studiet har også den høysete selvmordsraten (Paris & Zweig-Frank, 2001). Det finnes imidlertid 1 unntak fra denne tendensen. McGlashan (1986) fant i sitt 15-årige oppfølgingsstudie en selvmordsrate på bare 3 %, som er blant de laveste ratene. 23 av 24 studier (96 %) rapporterer om en selvmordsrate som ligger under de 8 - 10 % som oppgies i DSM-IV. Bare Paris & Zweig-Frank (2001) sin suicidrate på 10,3 %, ligger over 8 %. Ellers rapporterer samtlige om en rate som ligger under 8 %.

Resultatene gir noe støtte til hypotesen om at selvmordsraten vil følge mønsteret til en omvendt U (Paris, 2002). Fordi bare Paris & Zweig-Frank (2001) sitt studie oppgir gjennomsnittsalder for selvmord (ca 37 år), er det ikke mulig å trekke noen sikre konklusjoner angående sammenhengen mellom alder og risiko på bakgrunn av studiene i oversikten. De viser imidlertid en jevn stigning av antall selvmord som funksjon av oppfølgingstid. Annen forskning støtter dette funnet. Det rapporteres om en økning i selvmord etter 20-årene, da selvskadning og selvmordstrusler er mest frekvent. Risikoen øker utover i 30-årene (Paris & Zweig-Frank, 2001; McGirr et al., 2007). En hypotese som kan forklare denne tendensen, er at forløpet for BPD deler seg i to hoveddeler. Noen opplever fullstendig eller delvis remisjon med økende alder. For andre er symptomtrykket vedvarende. Et langt forløp preget av ustabilitet både i indre og ytre forhold, og de konsekvensene det medfører, er svært slitsomt. I tillegg vil de mer akutte risikofaktorene også vedvare, som negative relasjonelle erfaringer og frekvent komorbiditet. Denne gruppen kan derfor representere en større del av antall selvmord enn dem som opplever remisjon av lidelsen. Et slikt mønster samsvarer med tendensen til økende antall selvmord desto lengre oppfølgingstid.

4.3 Ekskluderende komorbide diagnoser

McGirr et al. (2004) har funnet at de med BPD som begår selvmord, oftere har en komorbid Akse I eller Akse II diagnose. Blant Akse I lidelsene skiller rusavhengighet seg ut, og er hyppigere blant dem som tar livet sitt (McGirr et al, 2004). 4 av studiene har ekskludert informanter som har en alvorlig rusavhengighet (Bateman & Fonagy, 1999; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1994; Links et al., 1999), og 5 har ekskludert informanter med komorbid schizofeni (Bateman & Fonagy, 1999; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1994; Linehan et al., 2006; Modestin & Villiger; 1989; Turner; 2000; Zanarini et al., 2007). Det er sannsynlig at det å eliminere tilstander som i seg selv er assosiert med forhøyet selvmordsrisiko, som f.eks. rusmiddelmissbruk og schizofreni (Harris & Barraclough, 1997), også vil føre til reduksjon i risiko når tilstanden er komorbid med BPD. På den måten kan eksklusjonskriteriene ha bidratt til å redusere antall selvmord i kohorten. Det synes likevel ikke å være noen systematisk påvirkning av data i forhold til antall og hvilke eksklusjonskriterier som er benyttet. Likevel er det verdt å merke seg at 4 av de 5 studiene med høyest selvmordsrate (Paris & Zweig-Fank, 2001; Kjelsberg et al., 1991; Stone, 1987; Yoshinda et al., 2006), ikke rapporterer om at det er brukt diagnostiske eksklusjonskriterier i rekruttering av informanter. Samt at de studiene som har de strengeste eksklusjonskriteriene, minst 5 av diagnosene i tabell 4 (Bateman & Fonagy, 1999; Giesen-Bloo et al., 2006; Turner, 2000) , alle rapporterer om null selvmord.

4.4 Diagnostisering

De er to kategorier av informanter i studiene. Første gruppen er de som er rekruttert etter klinisk behandling, og deretter prospektivt eller retrospektivt fulgt opp. Den andre gruppen er de som er rekruttert for å delta i en forskningsstudie, uavhengig av tidligere kontakt med psykisk helsevern (Brown et al., 2004; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; Links et al., 1990; Reynolds et al., 2006; Turner, 2000).

Bakgrunnen for at dette er et viktig poeng, er at forskere har vist seg å hyppigere gi BPD diagnose sammenliknet med klinikere (Zimmerman & Mattia, 1999). Forklaringen er ment å ligge i diagnostiseringsmetoden. Der forskere primært benytter strukturerte intervju som SCID-II og DIB, vil klinikere oftere bruke et mer longitudinelt perspektiv. Klinikeren vil sette diagnosen basert på det pasienten forteller fra livet, hvordan behandlingen utvikler seg, og hvilke holdninger og adferd som viser seg i terapien. BPD diagnosen settes altså hyppigere når den diagnostiske vurderingen er basert på strukturerte intervjuer, sammenliknet med mer ustrukturerte kliniske intervjuer. Resultatet kan bli at de informantene som er rekruttert for deltakelse i forskning, uavhengig av tidligere behandlingshistorie, vil få en BPD diagnose på andre vilkår enn de som har fått diagnosen etter mer omfattende klinisk vurdering. I 4 av de 5 studiene som oppgir å ha diagnostisert utelukkende på bakgrunn av strukturerte intervju, er det ikke forekommet noen selvmord. Unntaket er Links et al. (1990) som rapporterer en selvmordsrate på 4,5 %. Det er mulig at en slik diagnostiseringspraksis fører til diagnostisering av personer som ikke ville fått diagnosen etter en klinisk vurdering, og videre at nettopp disse informantene kanskje ikke har et like høyt symptomtrykk og like høy suicidrisiko sammenliknet med de som er mer alvorlig rammet. Man kan se for seg at studiene inkludere informanter som ikke representerer den generelle BPD populasjonen, og heller ikke de pasientene som man typisk møter i psykisk helsevern.

9 av studiene har brukt DIB i diagnostisering av informanter (Bateman & Fonagy, 1999; Kjelsberg et al., 1991; Linehan et al., 1994; Links et al., 1990; Links et al., 1999; Paris & Zweig-Frank, 2001; Pope et al., 1983; Turner, 2000; Zanarini et al., 2007). 2 av disse har brukt DIB-R (Kjelsberg et al., 1991; Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini et al., 2007). Reliabiliteten og validitet til DIB er grundig etablert (Armeliuss, Kullgren & Renberg, 1985). Den retrospektive utgaven, DIB-R, brukes for retrospektiv diagnostisering av pasienter på bakgrunn av journaler og liknende materiale. Det er funnet at reliabilitet og validitet for DIB-R er tilsvarende den for DIB, altså meget tilfredstillende (Armeliuss et al., 1985). SCID-II er brukt i diagnostisering i 7 av studiene (Bateman & Foangy, 1999; Brown et al., 2004;

Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1994; Linehan et al., 2006; Paris & Zweig-Frank, 2001; Reynolds et al., 2006; Yoshinda et al., 2006). Konvergent og divergent validitet, relasjon til personlighetstrekk og assosiasjon til funksjonell svekkelse for personlighetsforstyrrelser vurdert med SCID-II, er funnet tilfredstillende for BPD (Ryder, Costa & Bagby, 2007). For samtlige studier som oppgir spesifikke diagnostiseringsprosedyrer, inngår DIB, DIB-R og/ eller SCID-II.

4.5 Behandling og oppfølging over tid

De som begår selvmord er sjeldnere i behandling på det tidspunktet de dør (Paris, 2004), og bryter oftere behandlingskontrakter (Kjelsberg et al., 1991) sammenliknet med de med BPD som ikke begår selvmord. Dette mønsteret kan være et uttrykk for vanskelighetene med å opprettholde stabile relasjoner over tid, som er et fenomen assosiert med BPD. 8 av studiene rapporterer at ingen informanter har tatt livet sitt under forløpet av studiet (Batman & Fonagy, 1999; Bongar et al., 1990; Brown et al., 2005; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; Low et al., 2001; Reynolds et al., 2006; Turner, 2000). Med unntak av Reynolds et al. (2006), inkluderer alle studiene uten selvmord behandling i studieforløpet. Reynolds et al. (2006) har imidlertid også jevnlig kontakt med informantene over tid, og stiller således samme krav til å kunne opprettholde en relasjon over tid. For de 8 studiene der informantene gikk i behandling (Batman & Fonagy, 1999; Bongar et al., 1990; Brown et al., 2004; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1994; Linehan et al., 2006; Low et al., 2001; Turner, 2000) under forløpet, rapporteres det om bare 1 selvmord i 2 av studiene (Wilberg et al., 1999; Linehan et al., 1994). Selvmordsraten i Low et al (2001) må tolkes i lys av at informantene var innlagt på psykiatrisk avdeling med høy sikkerhet gjennom hele studiet. Det er ikke slik at det å være innlagt i psykiatrisk avdeling per se reduserer suicidrisiko. Kullgren (1988) fant i et case-control studie som inkluderte BPD pasienter som hadde tatt livet sitt på sykehuset og frem til seks måneder etter utskrivning, at 75 % av selvmordene var begått mens pasientene var innlagt. Han fant også at de som tok livet sitt hadde en historie med flere avbrutte behandlingsopphold

på døgnavdeling i psykisk helsevern. Det er mulig at de informantene som finner det vanskelig å fortsette deltakelsen på grunn av ustabilitet, vil droppe ut av studiet. For 8 av studiene rapporteres det om personer som avslutter sin deltakelse, og som det ikke lykkes å lokalisere ved oppfølging (Linehan et al., 1994; Links et al., 1999; Links et al., 1990; Modestin & Villiger, 1989; Paris & Zweig-Frank, 2001; Reynolds et al., 2006; Senol et al., 1997; Zanarini et al., 2007). Samlet er det oppgitt 277 personer som det ikke er gjort rede for ved siste oppfølging. Det er mulig at det blant disse er begått selvmord som ikke er registrert. I bare 4 studier er alle informantene lokalisert ved siste follow-up (Bateman & Fonagy, 1999; Mehlum et al., 1994; Reynolds et al., 2006; Wilberg et al., 1998).

For alle studiene som inkluderer at informantene deltar i behandling i oppfølgingstiden av studiet, er det rapportert om at behandlingen har vist seg effektiv. Det gjelder enten for hele kohorten, eller for et utvalg som har deltatt i en gitt behandlingsform. Behandling som har som ett av sine hovedmål å redusere selvskading og suicidalitet, som DBT, og som er funnet effektiv, vil med rimelighet kunne antas å bidra til å redusere suicidrisiko. Det er derfor ikke mulig å trekke konklusjoner om forventet selvmordsrate for en ”ubehandlet” BPD populasjon.

4.6 Kjønn

Det er funnet at kvinner oftere oppsøker helsetjenester enn menn (Skodol & Bender, 2003), har flere og mindre dødelige selvmordsforsøk (Paris, 2004). Menn har færre, men mer dødelige forsøk, og dør oftere på første forsøk (Paris, 2004). For de studiene som er inkludert i denne oppgavens oversikt, er majoriteten av informanter kvinner, 76 %. Fordelingen samsvarer med 3:1 kvinner til menn ratioen som er oppgitt i DSM-IV. I lys av at studiene primært rekrutterer personer fra kliniske populasjoner og at kvinner mer sannsynlig oppsøker psykisk helsevern, er det mulig at kohortene og resultatene ikke er gyldige for hele BPD populasjonen, men heller først og fremst den kvinnelige delen av den.

5. Konklusjon

Selvmondsraten for personer med BPD er bekymringsfullt høy. Likevel viser majoriteten av studiene, 23 av 24, en lavere rate enn 8 - 10 % som oftest blir gjengitt (APA, 2000). Denne systematiske oversikten er et skritt på veien i dokumentering av en mer positiv prognose for personer med BPD. Til tross for at antallet selvmord i denne populasjonen er relativt høy sammenliknet med generell populasjon, er det empirisk grunnlag for å anslå en lavere rate enn tidligere antatt. Materialet i denne oppgaven gir årsak til en nedjustering av forventet selvmordsrate for personer med BPD. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på mulige kilder til skjevheter i data og kohorter. Kjønnfordeling, diagnostiserings metoder, lengden på oppfølgingstiden, ekskludering av diagnoser som er en naturlig del av BPD populasjonen og informanter rekruttert fra en underpopulasjon kohorten, er eksempler på mulige slike kilder til skjevheter. Anvendelse av ny kunnskap om selvmordsrisiko ved BPD vil være naturlig og sentral i klinisk arbeid med denne gruppen pasienter. Spesielt gjelder dette kanskje i vurdering av opphold i døgnavdelinger i psykisk helsevern etter suicidal adferd eller trusler. I en vurdering av suicidrisiko må det tas hensyn til tidligere suicidal adferd, komorbiditet og andre akutte stressfaktorer/livsbetingelser som kan bidra til å øke personens baseline nivå av suicidrisiko. Flere forfattere har tatt til orde for at det er gunstig for pasienter med BPD at behandling i størst mulig grad forgår poliklinisk (Fertuck, Makhija & Stanley, 2007; Zaheer et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2006; Oldham, 2006; Paris, 2002; Paris, 2004; Sansone, 2004; Viay & Links, 2007). Nyere forskningsresultater viser at poliklinisk behandling gir meget god effekt, spesielt i forhold til suicidal adferd og selvskading (Blum et al., 2008; Comtois et al., 2007; Clarkin et al., 2001; Clarkin et al., 2007; Gratz et al., 2006; Harned et al., 2008; Lindenblom et al., 2007; Linehan et al., 1991; Karterud et al., 1992; Prendergast & McCausland, 2007; Sabo et al., 1995; van den Bosh et al., 2004) . Ved poliklinisk behandling vil man også unngå uønskede iatrogene effekter av hospitalisering (Kullgren et al., 1986; Kullgren, 1988; Oldham, 2006, Paris, 2004).

I arbeid med pasienter med BPD vil suicidalitet og suicidal adferd ofte representere sentrale problemstillinger og bekymringer.

Risikoen for selvmord vil det aldri være mulig å eliminere fullstendig, og man vil alltid måtte forholde seg til denne. I vurderinger av døgnopphold på psykiatriske avdelinger må behovet for ”beskyttelse” mot og forhindring av suicidal adferd veies med de mulige iatrogene effektene som en innleggelse kan medføre. Med bakgrunn i tilgjengelige evidensbaserte poliklinisk behandlingstilbud, risiko for uønskede effekter av hospitalisering og en nedjustering av selvmordsraten, vil behandlere kunne ha litt mer ”is i magen” i sine vurderinger av selvmordsrisiko for pasienter med BPD. Det vil bety progresjon i forståelsen og håndteringen av symptomdynamikken at vurdering av selvmordsrisiko og eventuell intervensjon for å redusere denne, gjøres på et solid empirisk grunnlag. Denne oppgaven er et skritt på veien til å nå dette målet.

Kildeliste

- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*, 325, 74-80.
- Akiskal, H. S., Chen, S. E., Davis, G. C., Puzantian, V. R., Kashgarian, M. & Bolinger, J. M. (1985). Borderline: An adjective in Search of a Noun. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 41-48.
- Antikainen, R., Hintikka, J., Lethonen, J., Koponen, H. & Arstila, A. (1995). A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 327-335.
- Armeliuss, B. Å., Kullgren, G. & Renberg, E. (1985). Borderline Diagnosis from Hospital Records, Reliability and Validity of Gunderson's Diagnostic Interview for Borderlines (DIB). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (1), 32-34.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychanalytically Oriented Partial Hospitalization: A 18-Month Follow-Up. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (1), 36-42.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2000). *Medisinsk kunnskapshåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S. & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (4), 468-478.
- Bongar, B., Peterson, L. G., Golann, S. & Hardiman, J. J. (1990). Self-Mutilasjon and the Cronically Suicidal Patient, An Examination of the Frequent Visitor to the Psychiatric Emergency Room. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2, 217-222.
- Brodsky, B., Malone, K. M., Ellis, S., Dulit, R. A. & Mann, J. J. (1997). Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated With Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (12), 1715-1719.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P. & Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for bordeline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18 (3) 257-271.

-
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C. & Kernberg, O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922-928.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. & Simpson, T. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 406-414.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M. & Lynskey, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 77-83.
- Darke, S., Ross, J., Williamson, A. & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Society for the Study of Addiction*, 100, 1121-1130.
- Darke, S., Ross, J., Williamson, A., Mills, K. L., Harvard, A. & Teesson, M. (2007). Borderline personality disorder and persistently elevated level of risk in 36-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Society for the study of Addiction*, 102, 1140-1146.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H. & Palmer, S. (2006). The effectiveness of a cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20 (5), 450-465.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th. Ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. Ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Egger, M., Smith, G. D. & Schneider, M. (2001). Systematic reviews of observational studies. In Egger, M., Smith, G. D. & Altman, D. G. (Eds.), *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context* (ss. 211-227). London: BMJ Publishing Group.
- Fertuck, E. A., Makhija, N. & Stanley, B. (2007). The Nature of Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Primary Psychiatry*, 14 (12), 40-47.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006a). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.

-
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006b). Mechanisms of change in Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 411-430.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 649-659.
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 192-205.
- Gratz, K. L., Lacroce, D. M. & Gunderson, J. G. (2006). Measuring Changes in Symptoms Relevant to Borderline Personality Disorder Following Short-Term Treatment across Partial Hospital and Intensive Outpatient Levels of Care. *Journal of Psychiatric Practice*, 12 (3), 153-159.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Bender, D. S., Yen, S., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C. & McGlashan, T. H. (2007). Longitudinal Diagnostic Efficiency of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: A 2-Year Prospective Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (6), 357-362.
- Gunderson, J. G. & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2008). Treating Co-Occurring Axis I Disorders in Recurrently Suicidal Women With Borderline Personality Disorder: A 2-Year Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus Community Treatment by Experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 1068-1075.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Inskip, H. M., Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 173, 35-37.
- Karterud, S., Vaglum, S., Friis S., Irion, T., Johns, S. & Vaglum, P. (1992). Day Hospital Therapeutic Community Treatment for Patients with Personality Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (4), 238-243.
- Kehrer, C. A. & Linehan, M. M. (1996). Interpersonal and emotional problem solving skills and parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 10 (2), 153-163.
- Kjellander, C., Bongar, B. & King, A. (1998). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 19 (3), 125-135.
- Koons, C. R., Robins, C. R., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzales, A. M., Morse, J. Q. & Bishop, G. K. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.

-
- Kullgren, G., Renberg, E. & Jacobsson, L. (1986). An Empirical Study of Borderline Personality Disorder and Psychiatric Suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (6), 328-331.
- Kullgren, G. (1988). Factors Associated with Completed Suicide in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (1), 40-44.
- Kjelsberg, E., Eikeseth, P. H. & Dahl, A. A. (1991). Suicide in Borderline Patients – Predictive Factors. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84, 283-287.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Bokforlaget Natur og Kultur.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986.
- Lindenboim, N., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2007). Skills Practice in Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Women Meeting Criteria for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Science*, 14, 147-156.
- Linehan, M. M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. & Armstrong, H. (1993). Naturalistic Follow-Up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Linehan, M. M., Schmidt III, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal of Addiction*, 8, 279-292.
- 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 vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-767.
- Links, P. S., Mitton, J. E. & Steiner, M. (1990). Predicting outcome for Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31 (6), 490-498.
- Links, P. S., Hesgrave, R. & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13 (1), 1-9.

-
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M. & MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behavior therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 85-92.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge Follow-up Study, III Long- Term Outcome of Borderline Personalities. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 20-30.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J. & Turecki, G. (2007). Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 721-729.
- McQuillan, A., Nicasastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C. & Ferrero, F. (2005). Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. *Psychiatric Services*, 56 (2), 193-197.
- Mehlum, L., Friis, S., Irion, T, Johns, S., Karterud, S., Vaglum, P. & Vaglum, S. (1991). Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84, 72-77.
- Mehlum, L., Friis, S., Vaglum, P. & Karterud, S. (1994). The longitudinal pattern of suicidal behaviour in borderline personality disorder: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 124-130.
- Mehlum, L. & Holseth, K. (2008). Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (8), 759-762.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York / London: Guilford Press.
- Modestin, J. & Villiger, C. (1989). Follow-up Study on Borderline Versus Nonborderline Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (3), 236-244.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E. & Bender, D. S. (1.ed.) (2005) (ss. 198). *Textbook of Personality Disorders*. Washington, DC / London, England: The American Psychiatric Publishing.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (1), 20-26.
- Paris, J., Nowlis, D. & Brown, R. (1988). Developmental Factors in the outcome of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (2), 147-150.
- Paris, J., Nowlis, D. & Brown, R. (1989). Predictors of Suicide in Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 8-9.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-Year Follow-up of Patients With Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (6), 482-487.

- Paris, J. (2002). Implications of Long-term Outcome Research for the Management of Patients with Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 315-323.
- Paris, J. (2004a). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18 (3), 240-247.
- Paris, J. (2004b). Half in Love with the Easeful Death: The Meaning of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (1), 42-48.
- Paris, J. (2005a). Borderline Personality Disorder. *CMAJ*, 172 (12), 1579-1583.
- Paris, J. (2005b). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1091-1104.
- Phfol, B., Coryell, W., Zimmerman, M. & Stangl, D. (1986). DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Compr Psychiatry*, 27 (1), 21-34.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2005). *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 319-324.
- Pope, H., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M. & Gunderson, J. G. (1983). The Validity of DSM-III Borderline Personality Disorder, A Phenomenologic, Family History, Treatment Response, and Long-term Follow-up Study. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 23-29.
- Prendergast, N. & McCausland, J. (24). Dialectic Behavior Therapy: A 12-Month Collaorative Program in a Local Community Setting. *Behavior Change*, 24 (1), 25-35.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reynolds, S. K., Lindenboim, N., Comtois, K. A., Murray, A. & Linehan, M. M. (2006). Risky Assessments: Participant Suicidality and Distress Associated with Research Assessments in a Treatment Study of Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (1), 19-34.
- Runeson, B. & Beskow, J. (1991). Borderline Personality disorder in Young Swedish Suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (3), 153-156.
- Ryder, A. G., Costa, P. T. & Bagby, M. (2007). Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *Journal of Personality Disorders*, 21 (6), 626-637.
- Sabo, A. N., Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Chauncey, D. & Kisiel, C. (1995). Changes in Self-Destructiveness of Borderline Patients in Psychoherapy. A prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (6), 370-376.

-
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T. & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.
- Sansone, R. A., Gaither, G. A. & Songer, D. A. (2002). Self-harm Behavior Across the Life Circle: A pilot study of Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (3), 215-218.
- Sansone, R. A. (2004). Chronic Suicidality and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18 (3), 215-225.
- Senol, S., Dereboy, C. & Yüksel, N. (1996). Borderline disorder in Turkey: A 2- to 4-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 109-112.
- Shaar, I. & Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 70-78.
- Skodol, A. E. & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*, 74 (4), 349-360.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E. & Stout R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorder study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19 (5), 487-504.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. & Ulrich, R. (1994). Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1316-1323.
- Soloff, P. H., Fabio, A., Kelly, T. M., Malone, K. M. & Mann, J. J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19 (4), 386-399.
- Soloff, P. H. & Fabio, A. (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two and two-to-five year follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 22 (2), 123-134.
- Sommerfelt, B. & Skårderud, F. (2008). Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (8), 754-758.
- Stone, M. H., Stone, D. K. & Hurt, S. W. (1987). Natural History of Borderline Patients Treated by Intensive Hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America*, 10 (2), 185-206.
- Statistisk sentralbyrå, "Befolkningsstatistikk. Døde 2008". (20.04.2009). www.ssb.no,
- Stone, M. H. (1989). Long-term Follow-Up of Narcissistic/Borderline Patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (3), 621-640.
- Sutton, J. (2007). *Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds* (3.edt.). Oxford, How to Books.

-
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*, 41 (6), 416-425.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of internal medicine*, 58, 590-569.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic Evaluation of Dialectical Behavior Therapy-Oriented Treatment for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- Tyrer, P., Kendall, T., Bayliss, L., Burbeck, R., Clarke-Moore, J., Costigan, E., Crawford, M., Green, V., Haigh, R., Hopkins, S., Jeeva, F., Lines, D., Mavranouzouli, I., Moore, D., Moran, P., Parry, G., Paton, G., Sampson, M., Sood, M., Stockton, S., Swales, M., Taylor, C., Wolff, A. & Xaplateris, L. (2009). Borderline Personality Disorder (BPD). Borderline Personality Disorder: treatment and management. NICE Clinical Guideline 78. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Vijay, N. R. & Links, P. S. (2007). New Frontiers in the Role of Hospitalization for Patients with Personality Disorders, *Current Psychiatry Reports*, 9, 63-67.
- Walby, F. A., Ødegaard, E. & Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *Journal of Affective disorders*, 92 (2-3), 253-260.
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L., Urnes, Ø. & Vaglum, P. (1998). Outpatient group psychotherapy: A valuable treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 213-221.
- Yen, S. & Shea, M. T. (2001). Recent developments in research of trauma and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 52-58.
- Yen, S. M., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., Bender, D. S., Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. & Morey, L. C. (2003). Axis I and Axis II Disorders as Predictors of Prospective Suicide Attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 375-381.
- Yen, S. M., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., Bender, D. S., Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. & Morey, L. C. (2004). Borderline Personality Disorder Criteria Associated With Prospectively Observed Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1296-1298.

-
- Yoshinda, K., Tonai, E., Nagai, H., Matsushima, K., Matsushita, M., Kiyohara, Y. & Nishimura, R. (2006). Long-term follow-up study of borderline patients in Japan: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 47 (5), 426-432.
- Zaheer, J., Links, P. & Liu, E. (2008). Assessment and Emergency Management of Suicidality in Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 527-534.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2005a). The Mclean study of adult development (MSAD): Overview and implications of the first six years of retrospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19 (5), 505-524.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2005b). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19 (1), 19-29.
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 164, 929-935.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Ach Gen Psychiatry*, 51 (3), 225-245.
- Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Difference Between Clinical and Research Practices in Diagnosing Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1570-1574.