

Sevmordsadferd og selvskading som konsekvens av vold og overgrep Trondheim 5. februar 2020

Rita Småvik Rita.smavik@stolav.no
RVTS-Midt (Ressursenter om vold,
traumatisk stress og selvmordsforebygging,
region midt
Tlf: 72822022
rvts@stolav.no
www.rvtsmidt.no



Selvmordsadferd og selvskading

- Et forsøk på å løse en vanskelig situasjon
- Hva som ligger bak kan variere
- Adferden kan være en del av symptombilde ved blant annet traumeerfaringer



Gamle og nye perspektiver på selvskading og selvmordsadferd

- Selvskading er tegn på begynnende psykose
- Selvskading er tegn på borderline
- "Selvskadere" har personlighetsforstyrrelser
- "Selvskadere" er manipulerende
- Å arbeide med selvskading er håpløst



Selvskading

- De fleste som selvskader, gjør det av flere samtidige grunner, men først og fremst for å regulere, lindre eller fjerne negative og uutholdelige følelser
- De som skader seg selv er ikke syke, de er skadde!
- Selvskadingen er et forsøk på å løse problemer→Men, øker problemene både på kortere og lengre sikt.



Perspektiver på selvskading i dag

- Selvskading som affekt- og selvreguleringsforstyrrelse
- Selvskading ut fra et traumeperspektiv
- Selvskading ut fra et nevrobiologisk perspektiv
- Selvskading som en komorbid tilstand som finnes i mange diagnosegrupper
- Endringer i diagnoseforståelse har relevans for forståelse av selvskading
- Økt fokus på kasusformulering i behandling



Vedvarende suicidalitet (mestringssuicidalitet)

- Mer eller mindre konstante selvmordstanker-og planer
- Gjerne i kombinasjon med et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster med selvskading og/eller selvmordsforsøk
- Samtidig rusmisbruk og/eller tidligere traumatisering er vanlig

(Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008)



- Barn og ungdom som har opplevd vold, seksuelle overgrep, psykisk overgrep og omsorgssvikt, har seks ganger (16,2%) større risiko for selvskading
- (Mogens Nygaard Christoffersen mfl, 2015, Child Abuse and Neglect)



Har ofte tilknytningsforstyrrelser

- Voksne de burde ha knyttet seg til i barndommen, kan ha vært ansvarlige for overgrepene
- De har opplevd at omsorgspersonene ikke er til å stole på. Det gjør dem utrygge og etterlater en varig følelse av håpløshet
- Traumatiserte → har ikke lært å gi seg selv omsorg og passe på seg selv



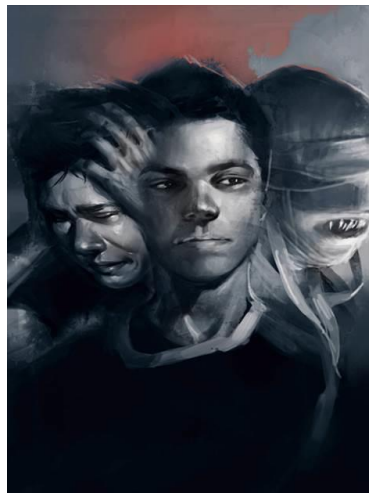
Hvordan forstå selvmord og selvskading



Forsvars- og beskyttelsesreaksjoner

- Utrustning mot fare
- Grader av forsvar skjer langs et kontinuum
- Hvordan beskytter du deg mot ubehag?

– som
hjelper
– i nære
relasjoner



Det sosial engasjements-systemet

- Beskyttelse ved å koble oss på andre sosialt; gråt, blidgjøring, gjøre seg til venns med, glatte over, unngåelse av konflikter



Nivå 1: Frys

- Stopp-opp-og lytt-refleks
- Samler informasjon og aktiverer en kroppslig alarmberedsskap
- Styres av det sympatiske nervesystemet → økt puls, hjerterate og muskeltonus



Nivå 2: Flukt

- Panikkartet flukt
- Skape avstand til trusselen
- Gjemme seg bort
- Triggere → komme seg unna situasjoner som vekker gammelt ubehag



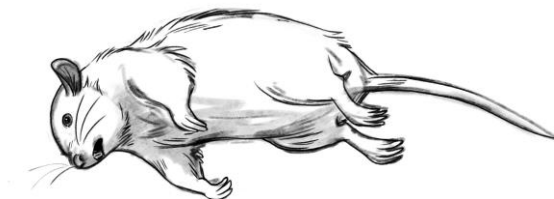
Nivå 3: Kamp

- Flukt umulig
- Trusselen tett på
- Det sympatiske nervesystemet aktivert
- Kroppen ekstremt aktivert
- Utskillelse av endorfiner og adrenalin
- Triggere → oppfarende, aggressiv verbalt / fysisk



Nivå 4: Stivnet ubevegelighet

- Kan slå inn direkte (barn)
- Opphisselse (flukt, kamp) → hvile
- Nervesystemet slås av, samtidig: stiv av skrekk
- Risiko for plutselig død
- Hukommelsen intakt
- Triggere → stille, "fjern"



Nivå 5 og 6: Slapp ubevegelighet og besvimelse

- Omfatter forskjellige former for dissosiasjon
- Nedsatt kroppslig aktivering, passiv oppførsel
- I ytterste konsekvens: besvimelse
- Både følelsene, forståelsen, hørselen og hukommelsen forsvinner
- Slapp muskulatur, intens kvalmefølelse
- Triggere → Avvisende, «fjern», slapphet, besvimelse



Normale
reaksjoner på
unormale
hendelser

- Frys, flukt, kamp, stivnet og slapp ubevegelighet og besvimelse er normale reaksjoner på unormale hendelser
- Lignende reaksjoner beskytter personen også etter traumehendelsen
- Hjelperens egen (ubevisste) smerte kan trigges i møte med traumer → trekke seg unna eller overinvolvering



ACE-studien

- Sterk sammenheng mellom belastende barndomserfaringer og uhelse
 - Viser også en markant økt risiko for å bli utøver av vold og overgrep som voksen

(Felitti et al., 1998)



ACE - studien

Viser at risikoen for somatiske sykdommer i voksen alder øker markant for hver ny type negative barndomserfaring man har opplevd, deriblant;

- Hjerte/kar lidelser
- Kreft
- Kroniske lungesykdommer
- Overvekt
- Type II diabetes



Barndomsforgifning skader livskraften

- Forebygging av sykdom begynner med å forhindre forgiftende stress blant barn Tidlige negative erfaringer gir størst utslag på helsen
- Erfaringer som nærer
 - Å bli elsket, støttet, anerkjent og respektert
- Erfaringer som tærer
 - Å bli misbrukt, mishandlet, vanskjøttet og avvist

(Kirkengen, 2013)



Bakgrunn for selvskading og selvmordsadferd

1. Fysiske og seksuelle overgrep
2. Omsorgssvikt
3. Tap og separasjon
4. Den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene
5. Individuell biologisk sårbarhet



Traumer som vold/seksuelle overgrep/neglekt:

- Påvirker personens helhetlige utvikling og fungering
- De mest skadelige traumer er de som skjer i nære relasjoner (J. Herman)
- Tidlige traumer mer skadelig enn traumeerfaringer senere i livet
- Komplekse belastninger fører til komplekse/sammensatte reaksjoner



Vedvarende suicidalitet

- Forekommer oftest hos pasienter som i spesialisthelsetjenesten får diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse
- Mer eller mindre konstante selvmordstanker/-planer
- Repeterende selvdestruktivt handlingsmønster
- Denne pasientgruppen utgjør en spesiell utfordring for alle behandlere og er ofte brukere av helsetjenester på flere nivåer.



Seksuelle overgrep viser i studier;

(Jumper 1995, Neumann et al. 1996, Brownie & Finkelhor 1986, Beitchman et al 1992, Kendall-Tackett et al. 1993, Kessler et al. 2010).

- Selvskading og suicidal atferd
- Angst
- Isolasjon
- Svakt selvbilde
- Rusmisbruk
- En tendens mot å oppleve vold og overgrep på nytt i nye relasjoner
- Flere innleggelser i psykisk helsevern
- Somatiske plager og svakere fungering som foreldre
- Økt grad av depresjon



Dissosiasjon, en alvorlig ettervirkning

- Noen ganger er traumeopplevelsen så overveldende at personen ikke er i stand til å integrere det i bevisstheten
- En spesiell form for bevissthet hvor hendelser som vanligvis har sammenheng, er atskilt fra hverandre



Dissosiative symptomer hos barn

- Amnesi
- Forvirring/transe/dagdrømming
- Raske endringer i personlighet
- Glemsom, forvirret på vanlige ting som navn på personer, mister ting og lignende.
- Forvirret på tid
- Raske endringer i ferdigheter, matpreferanser, håndskrift etc.



Dissosiative symptomer hos barn

- Regressiv atferd
- Refererer til seg selv i 3. person. Kan hevde at ting som det gjorde egentlig skjedde med en annen
- Har "følgesvenner". Barnet kan insistere på at "følgesvennen" er ansvarlig for ting som barnet har gjort
- Hører stemmer, som kan komme fra følgesvenner, eller personer som barnet kjenner.

(Arne Blindheim)



Dissosiative symptomer hos barn

- Intense sinneutbrudd, og kan vise uvanlige krefter under disse episodene
- Går i søvne
- Barnet har uvanlige opplevelser om natten, barnet kan for eksempel fortelle at det ser "spøkelser", eller at ting skjer om natten som det ikke kan gjøre rede for. (f.eks. ødelagte leker, uforklarlige skader)

(A. Blindheim)



Somatoforme dissociative symptomer

- Fysiske smerter
- Lammelser
- Sensoriske forstyrrelser
- Søvn gjengeri
- Motoriske bevegelser/tics
- Bevissthetsbortfall/kramper

(Arne Blindheim)



Beskyttende faktorer og resiliens

- Noen utvikler ikke patologiske personlighetstrekk som følge av oppvekstraumer
- Beskyttelse; forhold i familien, nabolaget og lokalsamfunnet
- Signifikante andre, ex: god relasjon til en lærer
- Resiliens; motstandsdyktighet



Hovedutfordringen i behandling av pasienter med vedvarende suicidalitet

- Forhøyet selvmordsrisiko på lang sikt, samtidig som pasientenes grunnleggende problemer også er av langvarig natur.



Hvordan håndtere selvskading og vedvarende suicidalitet?

- Suicidaliteten blir mer en del av personlighetsstrukturen enn et symptom på en midlertidig lidelse/tilstand. Kan få en funksjon i pasientens liv som ikke lett lar seg fjerne: "Paradoxically, patients may need to be suicidal in order to go on living".
- Unngå innleggelse, evt. et kort opphold ved svært alvorlig selvmordsforsøk el. psykotiske episoder som krever medisiner. Dagtilbud bedre, men lite tilgjengelig.



forts.

- Tolerere selvmordstruslene og akseptere risikoen som er tilstede. Tenk mindre på hvordan man kan hindre selvmord, og mer på hvordan man kan håndtere problemene som er bakgrunnen for selvmordsatferden.
- Inkluder familien, samtale om problematikken og informer om behandlingsplanen

(Paris, 2008).



Farer ved sikkerhetsfokus

- Flytter fokus fra opplevelse til hjelpernes vurdering.
- Hjelperne tar over ansvaret
- Kan bekrefte innlært forventning om at følelsesuttrykk gir farlige konsekvenser og bør skjules.



Hva har pasienten opplevd som god hjelp?

- Trygg og tillitsfull kontakt eller relasjon med hjelperen
- Bli sett, respektert og bekreftet – føle seg verdsatt og anerkjent som person
- At noen er tilgjengelige, lytter til dem på en ikke dømmende måte, forstår dem og responderer på deres ulike behov

(Samuelsson et al., 2000; Talseth et al., 1999; Talseth et al., 2001; Vatne & Nåden, 2016)



Hva har pasienten opplevd som god hjelp?

- Gjennom nære og støttende relasjoner til fagfolk kan suicidale pasienter oppleve håp og føle seg mer 'tilkoblet' livet og andre mennesker. Personen kan gradvis beveges bort fra en 'dødsorientert' posisjon til en mer 'livsorientert' posisjon (Cutcliffe et al., 2006)



Opplevelser av manglende omsorg

- Opplevelser av manglende omsorg kan bidra til at pasienten ikke tar kontakt med personalet når fortvilelsen øker (Samuelsson et al., 2000).
- I verste fall kan manglende omsorg gi økt håpløshet og medføre økt suicidalitet blant innlagte pasienter
(Berg et al, 2017; Samuelsson, et al., 2000; Talseth et al., 1999).



God hjelp innebærer nærhet

- God helsehjelp forutsetter at helsearbeiderne etablerer nærhet i relasjonen, er emosjonelt tilgjengelige og kan utholde både egne og pasientens følelser knyttet til selvmord og død (Cutcliffe et al., 2006; Talseth, et al., 999,; Talseth et al., 2001).
- Selvrefleksivitet, og evne og mot til å være følelsesmessig nær personen er sentralt.



Det er krevende å utforske suicidalitet og hjelpe selvmordstruede personer

- Hjelperens kommunikasjonsferdigheter og evne til å skape en god kontakt er veldig viktig!
- Tør vi stille direkte spørsmål om selvmord?
- Har vi tid til å lytte?
- Har vi noen å rådføre oss med?
- Personen kan vegre seg for å ta imot hjelp, og han/hun kan være vår for avvisning
- Realistiske forventninger: Hva kan vi hjelpe til med og hva får vi ikke gjort noe med?



Faglig og personlig kompetanse må integreres

- Å støtte seg på faglig kunnskap, manualer/sjekklister er ikke tilstrekkelig
- Hvordan man bruker seg selv som person og sine personlige egenskaper er veldig viktig



Hvis man skal yte god omsorg må man også ta vare på seg selv - egenomsorg

- Anerkjenne egne reaksjoner, følelser og behov. Ivareta egne grenser. Empati har sin pris
- Muligheter for støtte og veiledning?
- Debriefing og støttesamtaler etter alvorlig selvskading, selvmordsforsøk og selvmord?
- Hjelperne er utsatt for emosjonelle belastninger, stress, sekundærtraumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet



Hjelperens dilemma

- Å bygge en relasjon med en sårbar person som dypest sett ikke stoler på hverken andre eller seg selv
- Å gi hjelp med innhold og struktur til en person som opplever gjentatte og akutte kriser
- Å oppmuntre til at denne personen skal legge fra seg det eneste middelet til endring han/hun opplever som effektivt



Anerkjennelse

- Lyttende, innlevende, aksepterende og ekte
- Prøve å forstå personens opplevelser og indre verden
- Reflektere over hva som skjer i oss og i forholdet
- Vi er ikke nødvendigvis anerkjennende av natur, men kan *bli det* – gradvis



Hvordan kan vi bli mer anerkjennende?

- Være i kontakt med egen sårbarhet
- Innrømme egen utilstrekkelighet
- Ta ansvar for det som skjer i terapirelasjonen
- Bli bedre kjent med oss selv



Mer informasjon

- www.selvord.no
 - www.dbt.no
 - www.psykiskhelse.no
 - www.helsenytt.no
 - www.rvts.no
 - www.kriser.no
 - www.nssf.no
-
- **RVTS Midt-Norge, tilgjengelig for konsultasjoner/ råd/
veiledning tlf: 7282 2005**

