

Sevmordsadferd og selvskading som konsekvens av vold og overgrep Molde 20.09.2018

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



Gamle og nye perspektiver

- 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 utholdelige 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



Selvskading har en funksjon

- All atferd, også selvskading, må forstås i kontekst
- Det er like mange grunner til å skade seg som det er folk som skader seg
- Mange har følt på "ekkelhet" lenge, - og "oppdagelsen" av selvskading kan oppleves som befriende
- Å slutte med selvskading, oppleves derfor tilsvarende truende



Selvskading, definisjon



- ICD 10: Villet egenskade
- Handlinger som en person med vilje utfører for å skade seg selv, med eller uten suicidal intensjon



Def. Selvskading (Hawton K, Rodham K, Evans E et al. 2002)

- Selvskading følger en *tvang* eller *impuls* til å påføre fysisk skade på egen kropp, motivert av behovet for å mestre psykologisk smerte *eller* for å gjenvinne følelsesmessig balanse.
- Handlingene er *vanligvis* utført uten suicidale, seksuelle eller dekorative hensikter.



Kronisk 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, har 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



- ACE-studien viser en markant økt risiko for å bli utøver av vold og overgrep som voksen når man har disse belastende erfaringene fra sin oppvekst.

• (Felitti et al., 1998)



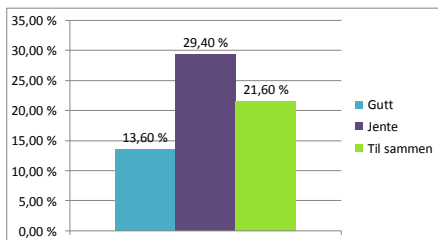
Generasjonsoverføring

- Om ikke fått støtte til å utvikle kapasitet til å regulere affekt → mindre kapasitet til å håndtere stress og overstyre destruktiv adferd
- Egen traumehistorie kan gå utover refleksiv fungering og empatisk innlevelse
- I pressede situasjoner → tyr til adferden man kjenner fra egne omsorgspersoner



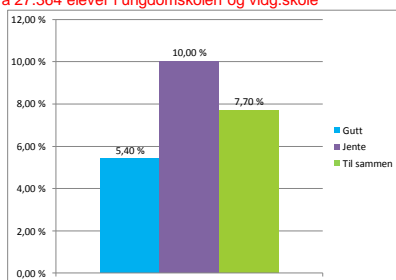
Ungdata 2013

Har du noen gang forsøkt å skade deg selv? Svar fra 30.956 elever i ungdomskolen og videregående skole



Ungdata 2013

Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv? Svar fra 27.364 elever i ungdomskolen og vidg.skole



Intensjoner ved selvskaading - hva svarer ungdom?

- Å slippe unna en uutholdelig følelse 65%
- Å ønske å dø 55%
- Å straffe seg selv 40%
- Å finne ut om noen var glad i meg 30%
- Å skremme noen 22%
- Å få oppmerksomhet 18%



Hvor får de hjelp?

- Familie
- Venner
- Lærere
- Allmennleger
- Psykolog/psykiater
- Hjelpetelefon
- Ingen hjelp



Hvor får de hjelp?

- Familie ca. 12%
- Venner ca. 40%
- Lærere ca. 5%
- Allmennleger ca. 5%
- Psykolog/psykiater, ca. 7%
- Hjelpetelefon ca. 5%
- Ingen hjelp ca. 40%





Bakgrunn for selvskading og selvmordsadferd

1. Fysiske og seksuelle overgrep

- Flere studier viser sammenheng mellom overgrep og selvskadende atferd.
- Større korrelasjon med seksuelle overgrep enn fysiske.
- Studiene variere når de blir kontrollert for andre faktorer.
- I framtiden bør en undersøke betydningen av misbruksfrekvens, alvorlighetsgrad og relasjon til overgriper. (Martin Teicher, 2006)



2. Omsorgssvikt

- Blandede resultater, bør rettes et sterkere søkelys mot dette.
- Noe vitenskapelig belegg for at omsorgssvikt i barndommen kan ha negative konsekvenser for senere utvikling, f. ex i form av emosjonell dysregulering som ses på som en risikofaktor for selvskading.



3. Tap og separasjon

- Kasusstudier viser at separasjon fra omsorgsgiver eller tap av foreldre korrelerer med senere selvskadende atferd (Gratz, 2003)



4. Den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene

- Begrenset kunnskap
- Selv uten misbruk, omsorgssvikt og separasjon er det aspekter av foreldre-barn relasjonen som kan få viktige konsekvenser for senere tilpasning.



5. Individuell biologisk sårbarhet

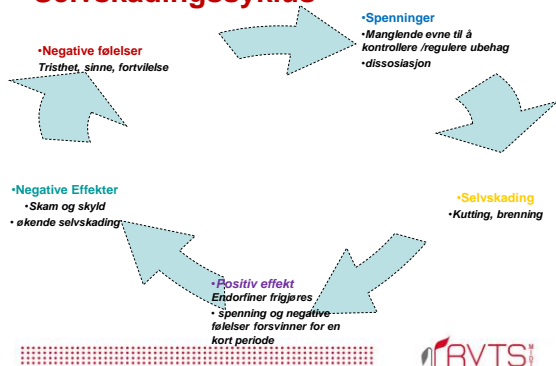
- Kan fremme emosjonell dysregulering som bakgrunnsfaktor for selvskading
- Biologisk redusert affektregulering i form av sensitivitet for følelsesmessig stimuli kan øke risikoen for selvskading (Gratz KL 2003).



- Traumer som vold/seksuelle overgrep/neglekt: påvirker personens helhetlige utvikling og fungering (somatisk, psykologisk, sosialt)
- De mest skadelige traumer er de som skjer i relasjoner (J. Herman)
- Tidlige traumer mer skadelig enn traumeerfaringer senere i livet
- Komplekse belastninger fører til komplekse/sammensatte reaksjoner



Selvskadingssyklus



Villet egenskade med og uten suicidal intensjon

- Uten suicidal intensjon → "Selvskading"
- Med suicidal intensjon → "Selvmordsforsøk"





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.



Selvskadings funksjon (Mehlum, 2009)

- Redusere depressive følelser
- Gi opphav til eufori
- Redusere spenning
- Redusere tomhetsfølelse
- Dempe selvforakt pga skam
- Redusere dissosiative symptomer (nummenhet, kaosfølelse, realitetsbrist)
- Takle skam/skyldfølelse – straffe seg selv
- Uttrykke smerte, sinne eller andre følelser



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).

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



- ADHD er den mest hyppige diagnosen brukt på seksuelt misbrukte barn (McLeer 1994)



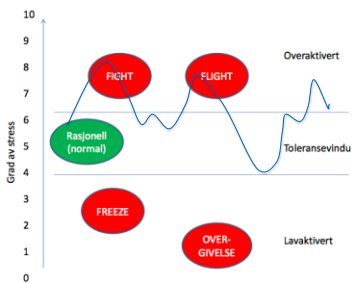
Spør vi om overgrep og vold?

- Av ungdommer som gikk i behandling i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker var det 60,2% av 129 ungdommer som på en spørreundersøkelse rapporterte å ha vært utsatt for fysisk mishandling eller seksuelt misbruk.
- Kun 1,6-1,9% (i og utenfor familie) av de samme 129 ungdommene som hadde fått diagnostisert seksuelt misbruk, og kun 0,4% av ungdommene som hadde fått diagnostisert at de hadde vært utsatt for vold.

(Reigstad et al. 2006)



Toleransevinduet

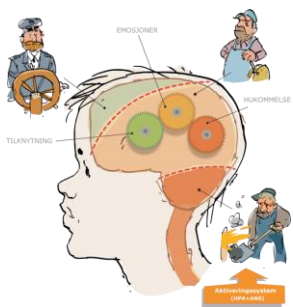


Hvilke diagnoser «ser» vi?

Hyperaktivering

Toleransevinduet

Hypoaktivering



Dissosiasjon, en alvorlig ettervirkning

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



Hvordan dissosiasjon skjer

«Because I had no way to escape and no one to turn to, I dissociated, or, in my words, I «split my mind». This is the deal I believe I made as a little girl. I (whom I call the «day child») said to the part of me that was being penetrated again and again (whom I call the «night child»), You stay here in my bedroom and take all the feelings and pain, all the humiliation and degradation, and I will go out and be somebody. After I'm safe and successful, I will come back for you. I promise.

•Marilyn Van Derbur: Miss America By Day (s. 22)



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 dissosiative symptomer

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

(Arne Blindheim)



Selvdestruktive adferdsformer

- Rus
- Utagering av sterke emosjoner
- Risikoadferd (farlig sex, risikofylt bruk av våpen)
- Selvmutilering (tilføre seg selv smerte eller skade uten suicidal hensikt) → brenning, risping, kutting, strangulering....
- Sabotere egen helse (holde sår åpne, unngå å samarbeide om behandling)



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.



Risiko ved selvskading

- skade
- Tilvenning (avhengighet)
- ulykke
- smitte
- selvmord



Hvordan håndtere selvskadning 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 ungdommens opplevelse til hjelpernes vurdering.
- Hjelperne tar over ansvaret for ungdommens velferd.
- Kan bekrefte innlært forventning om at følelsesuttrykk gir farlige konsekvenser og bør skjules.



- Vi hjelper ikke ungdommene ved å ta over ansvaret for at de **overlever**.
- Vi hjelper ved å gjøre det mulig for dem å ta ansvaret **selv**.



Selvskading – hva hjelper? Hjelpsom respons

<ul style="list-style-type: none"> • Sympatisk og støttende • Effektiv og riktig behandling • Endringer i livssituasjon • Støtte • Selv uttrykk og strategier som unngår selvskading • Selvfølelse og personlig utvikling 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive holdninger • Å bli lyttet til og gitt tid • Tilby et trygt miljø • Å være involvert i beslutninger • kunnskap om selvskading • "Skade minimering" ved selvskade <p><small>[NICE Guidelines Service Users & Voluntary Groups, Mand]</small></p>
---	--



Betydningsfulle holdninger og handlinger

- Respekt, forståelse, tilstedeværelse og engasjement
- Planlegge behandlingsforløp: Behandlings- og pleieplan (mål, problem/tiltak, tidsperspektiv)
- Tilstrebe forutsigbarhet og kontinuitet
- Fokus på problemløsning og mestring
- Samarbeid med pårørende og oppfølgende instanser



Anbefalt behandling

Dialektisk atferdsterapi, utviklet på basis av:

Atferdsvitenskap (endringsorientert)

-kognitiv/atferd

-læringspsykologi terapi

• Dialektisk filosofi (balanse/integrasjonsorientert)

-Balanserer tanker, følelser og handlinger

-Finne mellomtingen

• Zen (aksepteringsorientert)

-Akseptering

-Mindfulness (være våken – her og nå)

-Validering/selv-validering



Stabiliserende traumebehandling (1)

• Trygghet og allianse

–Rammer for behandling

–Vurdere og forholde seg til vansker ift. tilknytning til terapeut

–Etablere trygghet i forhold til steder, personer eller lignende



Stabiliserende traumebehandling (2)

•Styrke daglig fungering

–Søvn

–Spising

–Selvdestruktiv atferd

–Fysisk egenomsorg

–Daglig struktur; balanse mellom hvile og aktivitet



Stabiliserende traumebehandling (3)

- Affektregulering og affekttoleranse
 - Tilbake til her- og nå
 - Teknikker for affektregulering via distraksjon
 - Teknikker for å romme følelser
- Psykoedukasjon: Øke forståelse for egne plager og symptomer; Normalisering.



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



Hva er våre behov?

- Vi har behov for at vurderinger skal være entydige og målbare, og kunne dokumenteres.
- Vi har behov for å framstå som gode hjelpere for ungdommene, som tar problemene deres på alvor.
- Vi har behov for å ta over ansvaret for ungdommene når de ikke forstår sitt eget beste.



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.selv mord.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