

Suicidalitet  
Selvskading  
Kronisk suicidalitet  
"Half in love with death"

Emnekurs i psykiatri 9. februar  
V/psykologspesialist Annika Hagerman

# Selvmord



- Det er flere som dør i selvmord i verden i året (800000-1 million) enn som dør i kriger og konflikter
- I USA er det omtrent dobbelt så mange selvmord som drap
- Selvmordsrater er stabile
- I Norge dør over dobbelt så mange i selvmord som i trafikken (ca 500 versus 200)

# Selvmord

- Den største økning har i en tid vært hos unge personer. Økningen gjelder Vest-Europa og USA
- Selvmord er lang vanligere blant menn enn blant kvinner (ca 3:1)
- Menn og kvinner bruker konsekvent forskjellige metoder for selvmord



# Suicidalitet

- Kan ikke predikeres for enkeltpersoner
- Pasienter i PHV er den største risikogruppe for selvmord og annen suicidal atferd
- Suicidalitet er involvert i 50-70 % av alle innleggelseser
- Temaet selvmord er komplekst og berører filosofiske og etiske problemstillinger
  - Har et menneske rett til å ta livet sitt?

# Risikofaktorer

- Kjønn, alder, enslig/skilt, arbeidsløs

Psykisk lidelse

Særlig depresjon (+håpløshet)

1. gangs psykose

Tidligere selvmordsforsøk

Aktuell suicidal atferd (tanker/planer/forsøk)

Aktuell belastning/trigger: Brudd/konflikt, tap, sykdom, kronisk smerte, ærekrenkelse



# Risikoperioder psyk. pasienter

- Rundt sykdomsdebut
  - Schizofreni
  - Depressiv psykose
- Sent i forløpet
  - Alkoholavhengighet (depressiv komorbiditet)
    - Ustabil pf (behandlingsresistente)
- Første tiden under innleggelse
- Første tiden etter utskrivelse



# Hvorfor vurdere suicidalitet?

- Identifisere økt risiko
- Avklare type
  - Akutt/overhengende vs kronisk
- Monitorere
- Avklare behandlingsbehov og nivå
- Dokumentere – journalføre!
- Kartlegge intensjonen: **Suicidologiens 3 A'er**  
**Affekt, Ambivalens, Appell**

# Ved selvmordsforsøk

- Få frem:
- Hvor alvorlig? Intensjon – ønske om å dø?
- Hva utløste forsøket? Impulsivt/planlagt
- Omstendigheter?
- Brev/forberedelser?
- Gjort noe for å få hjelp? Gjort noe for å bli funnet/ikke funnet?
- Beklager overlevelse?



# Selvmordsrisikovurdering ved Psykiatrisk Divisjon, SUS

- A Aktuell selvmordsatferd (siste uke, inkl i dag)
- B Selvmordsatferd, historikk (> 1 uke siden)
- C Psykiske lidelser særlig relevant for forhøyet selvmordsfare
- D Aktuelle varselsignaler forbundet med forhøyet selvmordsfare
- E Samlet vurdering og tiltak

# Selvmordsrisikovurdering fortsatt

- A. Tanker, planer, forberedelser, forsøk, selvskaade uten intensjon om å dø, tilgang til våpen, noe som holder pasienten tilbake
- B. Selvmordsforsøk, selvskaade uten intensjon om å dø, det mest alvorlige forsøket/selvskaaden, selvmord i familien
- C. Psykoselidelse, depresjon, alvorlig personlighetsforstyrrelse, annet

# Selvmondsrisikovurdering fortsatt

- D. Psykotiske symptomer, alvorlig senket stemningsleie, rusmisbruk/avhengighet, redusert impuls kontroll, store søvnvansker, alvorlig angst/panikk/agitasjon, håpløshet, smerte/alvorlig somatisk sykdom, nylig brudd i relasjon/alvorlig belastning/tap, mobbing/ærekrenkelse



# Hvem fanger vi ikke opp?

- De som ikke sier ifra....
- Hver måned tar gjennomsnittlig 6 unge norske menn livet av seg



- Noen fanger vi opp men lykkes ikke å redde

# Gotlandskalaen

- Måling av mannlig depressivitet
- 13 spørsmål (0,1,2,3)
- 0-13 ikke depresjon, 13-26 depresjon er mulig, 26-39 klare indikasjoner på behandlingstrengende depresjon
- Lavere stresstoleranse, økt aggressivitet, utbrenthet, kronisk tretthet, lett irriterbar/rastløs, problemer å treffe enkle beslutninger, søvnforstyrrelse, uro/engstelse, andre kjenner deg ikke igjen, ser svart på alt, selvmedlidenhet, overforbruk av alkohol/tbl

# Selvmordsforebygging

- Oppdage og behandle psykiske lidelser (depresjon og psykose)
- Utdanne helsepersonell
- Møte den enkelte med forståelse og håp
- Beskyttelse og sikkerhetstiltak
- Hjelp er tilgjengelig
  - Hjelpetelefoner
  - Opplysningsarbeid
- «Velg å leve», selvmordsforebyggingsprosjekt ved Helse Stavanger og Helse Fonna (2013-?)



# Selvskading (Svein Øverland, 2006)

- Storbritannia - selvskading en av de vanligste årsakene til innleggelse og det synes som om dette er økende. I USA ser tendensen ut til å være den samme
- Litteraturen - full av beskrivelser av hvor vanskelig det er for helsepersonell å forholde seg til pasienter med selvskading og gjentatte selvmordsforsøk. Ofte kjenner hjelperen på følelser av angst, frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighetsfølelse og hjelpeløshet
- Lett å få et for negativt fokus og selvskading kan lett få frem antiterapeutiske reaksjoner hos hjelperne (overføring/motoverføring)
- Å jobbe med selvskading og selvmordsproblematikk kan oppleves likeså belastende som det å faktisk oppleve selvmord (hjelperen kan få symptomer på PTSD)

# Definisjon selvskading

- Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt (Thorsen 2006)
- Denne definisjonen får frem at istedenfor å dø, brukes smerten til å kunne fortsette å leve





# Definisjon selvmord

- Selvmord er en bevisst og villet handling som individet foretar seg for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelig
- Selvmord er villet egenskade som fører til døden (Retterstøl, Ekeberg og Mehlum 2002)



# Definisjon selvmordsforsøk

- En bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden (Retterstøl, 1995)
- Forholdet mellom selvskading, selvmordsforsøk og selvmord er komplisert. På den ene siden vet vi at de fleste som skader seg selv, ikke gjør dette i suicidal hensikt. På den andre side viser det seg også at de som begår selvmord, oftere har skadet seg selv tidligere enn andre
- De 3 A-er hos personer med selvmordstanker:
  - Ambivalens, aggresjon og appell

# Selvmordsforsøk

- Vanskelig å bedømme om intensjonen om å dø faktisk er til stede
- Hva er funksjonen til atferden?
- Hvilke problemer prøver personen å løse?



# Personer med gjentatte episoder av selvmordsforsøk og/eller selvskading

- Opplever oftere negative livshendelser enn andre (langvarige relasjonsvansker, relasjonstap, arbeidsledighet, finansielle problemer, sosial isolasjon)
- Affektreguleringsvansker (aggresjon og impulsivitet)
- Sviktende problemløsningsferdigheter
  - Utviklet uhensiktsmessige mestringsstrategier over tid
  - Har oftere en passiv tilnærming til å løse problemer
  - Har ofte vansker med å generere effektive problemløsningsstrategier i krise



# Personer med selvskading eller selvmordsforsøk

- Barrierer mot å motta effektiv hjelp

Mange i denne pasientgruppen møter ikke, faller ut av eller klarer ikke å nyttiggjøre seg den behandlingen de blir tilbudt

## Potensielle årsaker

–Håpløshetsfølelse, lav selvfølelse, skamfølelse, skyldfølelse, avvsningsberedskap, liten tro på at noe hjelper

–Handlingen ikke motivert ut fra ønske om å motta hjelp

–Fremmed for å løse problemet gjennom terapi

–Negative holdninger til helsevesenet

## Inndeling av selvskading i 4 hovedgrupper

- Stereotypisk selvskading (ved alvorlig utviklingshemming og alvorlig autisme, men kan oppstå ved akutte psykoser)
- Alvorlig selvskading (knyttet til psykoser og forgiftninger ved rus)
- Tvangsmessig selvskading (knyttet til psykiske lidelser som trikotrillomani eller generelle tvangshandlinger)
- Impulsiv selvskading (den vanligste formen, der det i hovedsak dreier seg om overfladisk skade – som regel påført ved kutting, brenning og stikking. Mange knytter den impulsive selvskadingen til personlighetsforstyrrelser, erfaringer om mishandling, opplevde traumer, posttraumatisk stresslidelse, dissosiative lidelser, depresjon og spiseforstyrrelser)
- Flere ønsker at selvskading skal bli en frittstående psykisk lidelse i seg selv

# Klinisk beskrivelse av selvskading – forenklet inndeling

- Den ene typen skjer som en slags renselse for eksempel før personen legger seg for natten
- Den andre typen skjer impulsivt som reaksjon på en opplevd krenkelse eller en retraumatisering i løpet av dagen
- Ungdommer og unge voksne ser ofte på selvskadingen som kontrollforsøk. Den kommer som forsvar mot en intens ubehagsfølelse, eksempelvis følelse av "ekkelhet"
- Selvskading som straff mot en selv, aggresjon mot en selv

## Følelse av skam (Skårderud)



- Skam-angst:

En iboende frykt for å bli avslørt eller brakt i vanære

Eksempelvis angst for at et tidligere overgrep eller mobbehistorier skal komme frem, eller angst for at det skal avsløres hvor "ekkel og frastøtende" han/hun egentlig er

- Skamreaksjon:

- Den akutte reaksjonen på å bli avslørt eller føle seg avslørt i forhold til den andre eller seg selv

Skyld handler om en skade påført andre, mens skam handler om en feil ved selvet



# Følelse av skam

- Mennesker som opplever skam, forventer å bli møtt med forakt
- Forakt er noe vi forbinder med en vurdering av at en handling eller et menneske er svakt, dårlig eller uverdigg på en eller annen måte
- Selvhat
- Selvsabotasje er atferd og tenking som utfordrer en beslutning om endring. Det kan skyldes tidligere negative erfaringer, sterke følelsesmessige reaksjoner eller dårlig selvtillit. Hver gang en person unngår eller avbryter et forsøk på å slutte å skade seg, sementeres disse negative overbevisningene. Resultatet blir ikke bare at selvskading fortsetter, men at et stadig mer negativistisk livssyn fundamenteres

# Psykoterapi

- Baserateproblemet: Ingen studier har vist at en psykoterapeutisk behandling er bedre enn en annen i å redusere gjennomførte selvmord hos pasienter med tidligere suicidal atferd
- Flere behandlingstilnærminger har vist effekt på Ikke-fatal suicidal atferd (selvmordsforsøk/selvskading) sammenliknet med annen behandling/behandling som vanlig



# Fellestrekk ved effektive behandlinger som har som mål å forebygge gjentatt selvskading/selvmondsforsøk

- Behandlingen lar seg lett oversette til klinisk arbeid
- Behandlingen har reduksjon av suicidal atferd som et sentralt og primært mål for behandlingen
- Motivasjon og samarbeid om behandlingen er et spesifikt mål i behandlingen – ikke noe man tar for gitt er til stede
- Fokus på å identifisere spesifikke problemområder og lære relaterte ferdigheter
- Vektlegger og synliggjør hva som forventes av pasienten
- Lav terskel for tilgang på effektiv krisehjelp
  - Husk akutt ambulant team

## Fellestrekk fortsatt

- En erkjennelse av at personer med ulike psykiske problemer ofte systematisk feiltolker andre menneskers intensjoner og/eller ikke har ferdigheter til å regulere det sosiale samspillet. Resultatet blir en krise der symptomer blir et forsøk på løsning
- Korrigerende emosjonell erfaring; pasienten blir møtt på en måte som medfører at de negative forventningene fra tidligere relasjoner ikke blir bekreftet (eventuelt bare å holde ut selvskadingen, signalisere at vi forstår og at det er håp)
- Hvis en lykkes i å gi korrigerende emosjonell erfaring, vil det kunne føre til at pasienten forstår hvordan tidligere samspill noen ganger medfører "feiltolkninger". Det kan etter hvert gjøre personen mer åpen å undersøke andre tidlige opplevelser og hvordan de påvirker nåtidige forhold

# Psykoteraier for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelser

- Kognitiv atferdsterapi og beslektede terapier
  - Dialektisk atferdsterapi (DBT)

## Psykodynamisk orienterte terapier

- Mentaliseringsbasert terapi (MBT)
- Overføringsfokusert terapi (TFP)

Kollegastøtte meget viktig!

Å jobbe i team



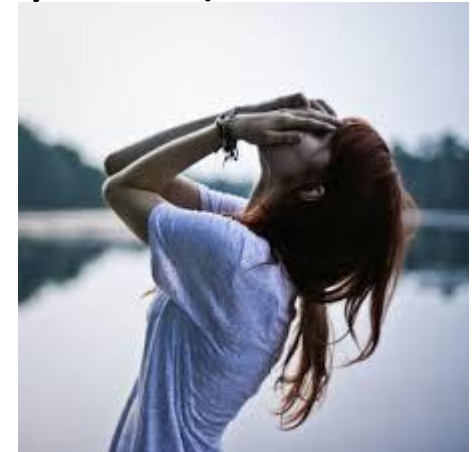
# Joel Paris

## Half in love with death (2007)

- Den indre verden hos den kronisk suicidale personen består i stor grad av smerte, tomhet og håpløshet – suicidalitet er et forsøk å mestre denne tilstanden/disse følelsene
- Kronisk suicidalitet er mer knyttet opp til personlighetsforstyrrelser enn til depresjonstilstander
- Metoder som vanligvis er anbefalt til å håndtere suicidalitet er ineffektive og «counterproductive» hos den kronisk suicidale personen
- Effektive terapier krever at terapeuten tåler og tolererer kronisk suicidalitet mens en jobber mot mer sunne mestringsstrategier

# Bruk av helsetjenester

- Personer med BPD (ustabil personlighetsforstyrrelse) representerer
  - Ca 10 % av polikliniske konsultasjoner
  - Opp til 20 % av døgnpasienter
- Svært mange har mottatt poliklinisk behandling (97 %)
  - Ofte hatt mange behandlere
  - Ofte hatt innleggelse i døgnpost (opp mot  $\frac{3}{4}$ )



# Langtidsoppfølging av pasienter med BPD (Paris 2003)



- Prognosen ser ut til å være bedre enn tidligere antatt
- Mange lykkes med å komme tilbake i arbeidslivet
- Selv om de ikke alltid etablerer en langvarig intim relasjon, kan de lykkes med å etablere en stabil vennekrets og berøringspunkter med lokalsamfunnet som gir en viktig følelse av tilhørighet
- En stor andel av BPD pasienter har god symptomatisk bedring men lav psykososial fungering
- Behandlingsmodeller bør inkludere sosial og arbeidsmessig funksjonsbedring



## Selvmord ved ustabil pers. forst. Oppfølgingsstudier viser at...

- 3-10 % er døde ved selvmord etter 10-20 år
- Størst risiko de første 4-5 års observasjonstid
- Gjennomsnittsalder ved selvmord – 30 år
- Risikoen øker blant annet ved
  - Samtidig alvorlig depresjon (x2)
  - Samtidig rusmisbruk (x2)
  - ”Erketyperiske” BPF-tilstander

# Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern om kronisk suicidalitet

- Pasienter med kronisk suicidalitet bør utredes nøye, inkludert diagnostikk av grunnlidelsen og av evt. komorbide tilstander. I tillegg bør alvorlighetsgrad og utløsende faktor kartlegges i detalj
- Det bør legges stor vekt på utarbeidelse av en langsiktig individuell plan. Raske og krisebaserte endringer i denne bør unngås



## Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern om kronisk suicidalitet - fortsatt

- Pasienten bør ha en fast behandler som er ansvarlig for den psykoterapeutiske behandlingen. Der det er nødvendig med andre tiltak, bør disse ha som hovedhensikt å støtte opp under den pågående behandlingen. Involverte behandlere og behandlingsinstanser bør samarbeide for å unngå at disse pasientene blir kasterballe mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner
- Innleggelser i døgnenheter bør unngås. Er innleggelse nødvendig i en akutt situasjon, bør varigheten av oppholdet begrenses

# Utfordringer

- Hovedutfordringen i behandling av pasienter med kronisk suicidalitet, er at selvmordsrisikoen er forhøyet på lang sikt, samtidig som pasientenes grunnleggende problemer også er av langvarig natur
- Disse pasientene legges ofte inn i døgneheter på grunn av akutt selvmordsrisiko, samtidig som det er konsensus i fagmiljøet nasjonalt og internasjonalt om at innleggelse i døgnet i mange tilfeller er lite hensiktsmessig for denne pasientgruppen

# Utfordringer

- På bakgrunn av forventet varighet av problemene og faren for at endringer i behandlingsplan, inkludert bruk av ulike akutte tiltak kan redusere prognosen på sikt, er det nødvendig for pasient, pårørende og involverte helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for suicidal atferd for denne gruppen sammenliknet med pasienter med mer tidsavgrenset suicidalitet. Det er viktig at både pasient, pårørende og involvert helsepersonell er kjent med denne risikoen.



# Utfordringer



- Ha «is i magen»
- Kontakte akutt ambulant team, lage avtaler
- Ved innleggelse helst frivillig § 2-1
- «Holde ut å være suicidal uten å prøve å ta livet sitt»

# Innleggelse på grunn av suicidalitet

- Hva kan sykehusopphold gjøre med pasientens grunnleggende problemer?
- Hvilke alternativer finnes?
- «Må» av sikkerhets hensyn?



# Indikasjoner for innleggelse ved ustabil pers. forstyr./kronisk suicidalitet

- Komorbiditet med selvstendig indikasjon
  - Psykotisk episode
  - Svært alvorlig affektiv episode
- Selvskading/suicidalitet
  - Meget alvorlig selvmordsforsøk (intensjon/letalitet)
  - Akutt suicidal
  - Alvorlig selvskading «ute av kontroll»



# Sengepostens utfordringer

- Fasilitere snarlig utskrivelse
- Dempe sterke negative affekter
- Unngå regresjon
- Unngå splitting
- Unngå krisemaksimering
- Legge til rette for poliklinisk behandling



# Å jobbe med kronisk suicidalitet/selvskading

- Ofte vil hjelpere kjenne på avmakt, sinne, hjelpeløshet
- Risiko at man blir kynisk
- Risiko at man reagerer med sinne og avvisning
- Risiko at man bygger opp et forsvar og stenger pasientens lidelse ute
- Risiko for å bli utbrent (tegn til dette overses ofte)
- Resultatet kan både bli at pasientene møtes med for strenge sanksjoner når de trenger en mer fleksibel tilpasning , eller at de møtes for utydelig når de krever tydelighet
- For å motvirke at slike følelser bygger seg opp:
  - Veiledning eller andre metoder for å ta opp uterapeutiske prosesser, være et team rundt pasienten



# Samarbeid med alle instanser er viktig

- Holde ut, være til stede over tid
- Delta på ansvarsgruppemøter
- Har pasienten kriseplan/individuell plan?
  - Er pårørende involvert?
- Være orientert om planer, endringer i planer
- hjelpe pasienten å ta ansvar

# Kronisk suicidalitet og medikamentell behandling

- Usedvanlig stor sprik mellom praksis og evidensgrunnlag. Denne spriken er trolig størst ved behandling av BPD/UPF
- Blir ofte startet i forbindelse med en krise (med eller uten innleggelse)
- Man får ofte respons (gjennom placeboeffekt eller som følge av det naturlige forløp)
- Medikasjonen fortsettes fordi man gjerne vil forhindre fremtidige kriser
- Når nye kriser likevel inntreffer, er det en tendens til legge til et medikament fra en annen klasse
- Mange BPD pasienter kan oppleves som krevende og det er vanskelig å ikke gi etter for ønske om medikamenter

## Medikamenter hyppig i bruk ved BPD

- Antipsykotika 10 % (realitetsbrist, paranoide symptomer, dissosiasjon, impulsivitet)
  - Antidepressiva 61 % (angst, depresjon, impulsivitet)
  - Stemningsstabilisator 27 % (stemningssvingninger, impulsivitet)
  - Anxiolytika 35 % (angst)
  - Kombinasjoner av ulike psykofarmaka er vanlig
  - Ofte i tillegg medikamenter for en eller flere mindre somatiske plager
- (Bender et al, 2001, Zanarini et al, 2003)



## Medikamentell behandling ved BPD

- BPD pasienter har tendens til lav etterlevelse av medikamentell behandling
- Flere av de vanligst brukte medikamentene har alvorlige bivirkninger (eks vektøkning)
- Ingen medikamenter har BPD som godkjent terapeutisk indikasjon
- Det er meget svak evidens for å potensere et medikaments virkning med et annet
- Medikamentell behandling av BPD fører ikke til remisjon av tilstanden
- Medikamentell behandling kan/bør vurderes i behandlingen av komorbide tilstander

## BPD har utstrakt komorbiditet med:

- Depresjon
  - Bipolar lidelse (blir ikke sjelden forvekslet med)
  - Angst
  - Spiseforstyrrelser, særlig bulimi
  - PTSD
  - Rusmisbrukslidelser
- 
- Omfanget av komorbiditet er så stort at det er sjelden å se pasienter med "bare" eller "ren" BPD

# Forholdsregler

- Oppstart av medikamentell behandling skal alltid skje under tett oppfølging av behandlende lege
- Informere pasient og pårørende om mulighetene for bivirkninger
  - Ved antidepressiv behandling (SSRI) om at selvmordstanker kan øke i styrke
- Instruer og informer om forholdsregler ved forverring
- Revurdering av medikament og dose ved terapivikt
- Årvåkenhet ift bivirkninger



# Aktuelle målsymptomer for medikamentell behandling

- Emosjonell instabilitet
  - Depressive symptomer
  - Angst
  - Impulsivitet
  - Aggressivitet
  - Fientlighet
  - Psykotiske symptomer
  - Selvskading/suicidalitet
- 
- Global fungering, livskvalitet



## Paris Joel: Noen anbefalinger ”Half in Love with Death”, 2007

- Medikamenter fra flere klasser kan se ut til å gi symptomlette i forhold til impulsivitet, men ikke i forhold til affektlabilitet
- Derfor velge et medikament med minst mulig bivirkninger (eks SSRI)
- Liten forskjell i virkningen av medikamenter fra ulike klasser
- Derfor burde et medikament være nok. Helst unngå polifarmasi
- Har pasienten ennå ikke fått tilbud om brukbart psykoterapiopplegg, bør dette forsøkes

# Behandling lønner seg!



# Kilder/litteratur

- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern 2008
- Undervisningsmateriale fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging, UiO (Erlend M, Mehlum L, Walby F. A)
- Helmikstøl Ø, Larsen K: Hva er galt med selvmord? (Tidsskrift norsk psykologforening, mars 2015)
- Paris J: Half in Love with Death. Routledge 2007
- Rasmussen M. L: Hva er det med unge, flinke menn? (Tidsskrift norsk psykologforening, mars 2014)
- Skårderud F: Sterk svak. Aschehoug 2013
- Walby F.A, Ness E: Selvskading på legevakt (Tidsskrift norsk legeforening 2009)
- Øverland, S: Selvskading. Fagbokforlaget 2006