



Selvskadende adfærd Personlighedsforstyrrelser

Livsmød 17.4.2013

Bent Kawa

overlæge

Ungdomspsykiatrisk afsnit

Roskilde



Forekomst: ??

Måske 1 ud af 10 teenagers langt flest piger



Selvskadende adfærd

- Som regel ikke suicidale
- Ofte i forbindelse med stress eller belastninger
- Fra overfladiske snitsår til meget alvorlige sår som giver permanente ar



Selvskadende adfærd

- Indikerer at de i deres udvikling ikke fik lært at håndtere overvældende følelser eller stress
- En form for "coping"
- Bruges til at forblive rolige, have kontrol eller blot at føle noget

Selvskade-syndrom

Næsten konstante tanker om at skade sig selv



Manglende evne til at modstå impulser



Stigende spænding forud for selvmutilerende adfærd



Lettelse/gratifikation efter selvmutilerende adfærd



Smertetærskel stiger
og selvmutilerende adfærd forbindes
med egentlig lyst

Hvorfor får selvskadende adfærd en til at føle sig bedre

- Reducerer fysiologisk og psykologisk spænding øjeblikkeligt
- Nogle mennesker har aldrig lært at håndtere/ cope svære situationer
- Neurotransmittere
(Serotonin)

Selvmordsforsøg/ selvskadende adfærd

- Maladaptiv coping – en måde at holde sig i live på
- Selv om de senere forsøger at begå selvmord, vil det ofte være med en metode som er forskellig fra deres foretrukne metode til at skade sig selv

Behandling

- Ikke tilladt – farligt, hæmmende, destruktivt, vanedannende
- Lære andre måder at "cope" på
 - a) afledning eller bryde mønstret: dans, male, yoga, fysisk aktivitet, udtrykke sig selv
 - b) udløsende faktorer – her og nu
- Afdække evt årsager

Behandling akut

- Behandle deres skade, uden restriktioner, straf eller ironi
- Hvis de er i ro, så anbefale eller henvise til hjælp – men ikke lange psykologiske udredninger i den fase (smede medens jernet er koldt)



Professionel hjælp

- Hvis man som behandler har det dårligt med selvskadende adfærd : chokeres, vrede, frygt, afsky – videre henvise. Men gøre opmærksom på at det bunder hos en selv.
- Deres adfærd er som regel en reaktion på en følelsesmæssig konflikt og sædvanligvis ikke med hensigt på at frustrere behandlere



krisekort

■ F. eks.

Tag et varmt bad

Ring til Hanne (telefon 12345670)

Ring til modtagelsen (telefon 35456202)

Musik (Eric Clapton)

Løb en tur

Spis en plade chokolade



Selvskade/behandlingsmål

- Symbolisering/evne til mentalisering
- Kommunikere følelser og tanker på alderssvarende vis



Forebyggelse af recidiv

- hvad kan udløse selvskadende adfærd?
(situationer, oplevelser, tanker,
mennesker, musik, lugte etc)
- hvad gør du i stedet for?
- opdateret krisekort med plan



Personlighedsforstyrrelser

- *Diagnostik*
- *Behandling*

Personlighedsforstyrrelser

- Disse tilstande omfatter dybtliggende og vedvarende adfærdsmønstre, som manifesterer sig ved en stiv og mangelfuld tilpasning til en bred vifte af personlige og sociale situationer. De er enten ekstreme eller væsentlige afvigelser fra den måde en person i den givne kultur opfatter, tænker, føler og især forholder sig til andre på. Disse adfærdsmønstre tenderer til at blive fastlåste og inddrage mange facetter af den sociale og psykologiske adfærd.

Specifikke personlighedsforstyrrelser

- * Paranoid personlighedsstruktur.
- * Skizoid personlighedsstruktur.
- * Dyssocial personlighedsstruktur (tidligere psykopati eller karakterafvigelse).
- * Emotionel (følelsesmæssig) ustabil personlighedsstruktur.
 - ❶ Impulsiv type
 - ❷ Borderline type
- * Histrionisk (teatralisk) personlighedsstruktur (tidligere hysterisk personlighedsforstyrrelse)
- * Tvangspræget personlighedsstruktur.
- * Evasiv (ængstelig) personlighedsstruktur.
- * Dependent (afhængig) personlighedsstruktur.
- * Andre specifikke personlighedsforstyrrelser (bl.a. passiv-aggressiv og narcissistisk personlighedsforstyrrelser).



Primitive forsvar

- Splitting
- Primitiv idealisering/ devaulering
- Projektion/ projektiv identifikation
- Benægten
- Acting-out
- Clinging
- Avoidance



Primitive forsvar

- "one day"

"Her & Nu"

- "if not"



PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

Du er ufri

Borderline personlighedsforstyrrelse

* Personen gør sig voldsomme anstrengelser for at undgå at blive svigtet - det være sig reelt eller på fantasiplan.

Det kræves, at mindst 5 punkter skal opfyldes, før diagnosen må stilles

- * Personen har et mønster med intense og ustabile relationer til andre mennesker, karakteriseret af skiftevis overdreven idealisering eller devaluering.
- * Identitetsforstyrrelser. Der er et udtalt og vedvarende ustabil selvopfattelse og selvbillede.
- * Personen er impulsiv på mindst to områder, som potentielt er selvdestruktivt (f.eks. sex, spiritus eller stoffer, mad, penge m.m).
- * Tilbagevendende selvmordsforsøg eller selvmordstrusler eller selvskadende handlinger.
- * Stemningsmæssige ustabile (f.eks. intens vredladne, irritable eller angste - ofte varer det kun timer og sjældent mere end et par dage).
- * Kronisk oplevelse af tomhed.
- * Uforudsigelige intense vredesudbrud eller problemer med at kontrollere vreden (f.eks. voldsomt temperament, konstant vrede, hyppige fysiske konflikter).
- * Forbigående stress udløst af vrangforestillinger eller alvorlige svigt i opfattelsen af virkeligheden.

Forekomsten i befolkningen af borderline personlighedsforstyrrelser regnes til ca. 2%. Der er meget stor dominans af kvinder, som udgør ca. 75% af tilstandene.

Schizoide personlighedsforstyrrelse

Diagnostiske karakteristika

- * Ingen ydre glæde ved aktiviteter.
- * Emotionel kølighed, fjernhed og manglende stemningsudsving.
- * Nedsat evne til at udtrykke følelser (glæde eller vrede).
- * Virker indifferent overfor ros eller kritik.
- * Ringe seksuel interesse.
- * Foretrækker generelt soloaktiviteter.
- * Udtalt optagethed af sig selv og deres fantasiverden.
- * Manglende interesse for venskab og fortrolighed.
- * Manglende fornemmelse for sociale former.

Differentialdiagnose: Lettere autistiske tilstande og især Asperger's syndrom (se i øvrigt kapitel 7), kan ligne de skizoide tilstande. Men disse tilstande frembyder en mere alvorlig forstyrrelse i den sociale interaktion og iøjnefaldende stereotype adfærdsmønstre og interesser.

De evasive eller tvangsprægede personlighedsforstyrrelser præget af hæmning og tilbagetrækkethed har også en del lighedspunkter med den skizoide

Avoidant Personality Disorder

Gennemgående mønster af social ubehag, frygt for negativ evaluering og ængstelse

kendetegnet ved mindst 4 af følgende:

- * Bliver let såret ved kritik eller mishag.
- * Har ingen tætte venner eller fortrolige (eller kun én enkelt) udover 1. leds pårørende.
- * Er modstander af at blive involveret med andre, hvis ikke de er sikre på at blive accepteret.
- * Undgår sociale eller beskæftigelsesmæssige aktiviteter, som involverer væsentlig interpersonelle kontakter, f.eks. Afviser en forfremmelse, som vil øge de sociale krav.
- * Er tilbageholdende i sociale situationer, fordi de er bange for at sige noget upassende eller dumt, eller være ude af stand til at svare på et spørgsmål.
- * Frygter at komme til at rødme, græde eller vise angst foran andre mennesker.
- * Overdriver de mulige besværligheder, fysiske farer eller mulige risici ved at gøre noget almindeligt, men for dem usædvanligt f.eks. aflyser sociale planer, fordi de forventer at blive udvattet af besværet med at komme derhen.

Borderline Personlighedsforstyrrelse

Del-objekt Relationsenheden

Gode/belønnende del- enhed

Del-objekt-repræsentation

- * Et maternelt del-objekt, som tilbyder belønning for regressiv og klyngende adfærd

Affekt

- * Føler sig godt tilpas, bliver taget af, bliver holdt af, bliver "madet", fællesskab

Del-selv-repræsentation

- * Oplever sig som det gode, passive barn

Onde/aggressive del- enhed

Del-objekt-repræsentation

- * Et maternelt del-objekt, som trækker sig, er vred og kritisk overfor tiltag i retning af separation-individuation

Affekt

- * Forladthedsdepression: raseri, suicidal depression, panik, håbløshed. Hjælpe-løshed, tomhed, skyld

Del-selv-repræsentation

- * Oplever sig som utilstrækkelig, slem, grim, umulig etc.

Skizoid Personlighedsforstyrrelse

Del-objekt Relationsenheden

Defensive (herre-slave) del-enhed

Del-objekt-repræsentation

- * Et maternel del-objekt som er manipulerende, tager over, er herre og kun ønsker at bruge og ikke relatere

Affekt

- * I fængsel, men i kontakt, er synlig, ikke fremmedgjort

Del-selv-repræsentation

- * Oplever sig dependent, slave for objektet og et offer

Aggressive (eksil) del-enhed

Del-objekt-repræsentation

- * Et maternelt del-objekt, som er sadistisk, farligt, devaluerende, depriverende og svigtende

Affekt

- * Forladthedsdepression: depression, vrede, ensomhed, fortvivelse og frygt for kosmisk ensomhed

Del-selv-repræsentation

- * Oplever sig fremmedgjort, i eksil, isoleret men selvstændig til selvtilstrækkelig

Personlighedstyper

Extrovert

Extrovert style

Talkative and open

Show emotions

Act before thinking

Like to be with people

Introvert

Introvert style

Quiet, thoughtful

Keep emotions private

Think before acting

Like to spend time alone



Mulige behandlingsmetoder

- Psykofarmakologisk
 - SSRI, Antipsykotika
- Støttende psykoterapi
- Dialectical behavior therapy
- Psykodynamisk psykoterapi

Psykoterapi af Borderline

- **Supportiv**

Rockland

- **Psykoanalytisk orienteret**

Winnicot, Adler, Täkhä

Kernberg, Masterson; Fonaghy; Bateman

- **Behaviouristisk/ adfærdsterapeutisk**

(Dialektisk adf.ter / Cognitiv adf.ter)

M.M.Linehan



Terapeutisk alliance

En reel gensidig enighed mellem patienten og terapeuten om at arbejde sammen i forbindelse med at hjælpe patienten til at fungere bedre gennem bedre forståelse og kontrol af sig selv.

Konfrontation

At man på en empatisk, men fast og vedholdende måde demonstrerer de benægtende selvdestruktive aspekter af patientens forsvarsprægede adfærd.

Eksempler på roller mellem patient og terapeut

- Uønsket depriveret barn
- Defekt, værdiløst barn
- Truet, misbrugt offer
- Kontrolleret, sammenbidt barn
- Angribende, vrede barn
- Fraværende, negligerende forældre
- Foragtende forældre
- Sadistisk angriber, forfølger
- Kontrollerende forældre
- Styret og underkastende sig



Rammen

- Skabe tryghed
- Lytte
- Faglig
- Troværdig
- Realistisk



De 3 kommunikationskanaler

- Det verbale indhold af det patienten fortæller
- Patientens non-verbale kommunikation
- Terapeutens modoverføring

- 
- Forståelsesmodel - ikke forklaringsmodel
 - Diagnosen - passer den

Interventionsteknik

Borderline

- * Grænsesætning

- * Realitetstestning

- * Klarifikation

Tydeliggøre konsekvenser af maladaptive tanker, følelser og handlinger

- * Konfrontation

Stille spørgsmål ved berettigelsen af de maladaptive tanker, følelser eller handlinger

- * Tolkning

"Her og nu"

Det skizoide dilemma

Terapeutisk alliance:



Sikkerhed og neutralitet

Tolke det skizoide dilemma:



For tæt/for fjern

Kompromis

Selv turde ændre

Skizoid og Aavoidant personlighedsforstyrrelse

Kommunikation og behandling

Konklusion

- * Målet det samme: Terapeutisk alliance
- * Skabelonen er den samme (grænsesætning, realitetstestning, klarifikation, konfrontation, tolkning her & nu)
- * Men bevidst tilpasset kommunikation alt efter om vedkommende er introvert eller ekstrovert personlighedsforstyrret
- * Ved introvert inkorporere det ”skizoide dilemma”



Prognosis

- Negative therapeutic reaction
- Severely restricted object relations
 - Antisocial features
 - Pervasive aggression
 - Secondary gain
 - Low intelligence
 - No love life -- attractiveness
 - No work or shifting

Interventionsteknik

Borderline

- * Grænsesætning

- * Realitetstestning

- * Klarifikation

Tydeliggøre konsekvenser af maladaptive tanker, følelser og handlinger

- * Konfrontation

Stille spørgsmål ved berettigelsen af de maladaptive tanker, følelser eller handlinger

- * Tolkning

"Her og nu"

Det skizoide dilemma

Terapeutisk alliance:

☐

Sikkerhed og neutralitet

Tolke det skizoide dilemma:

☐

For tæt/for fjern

Kompromis

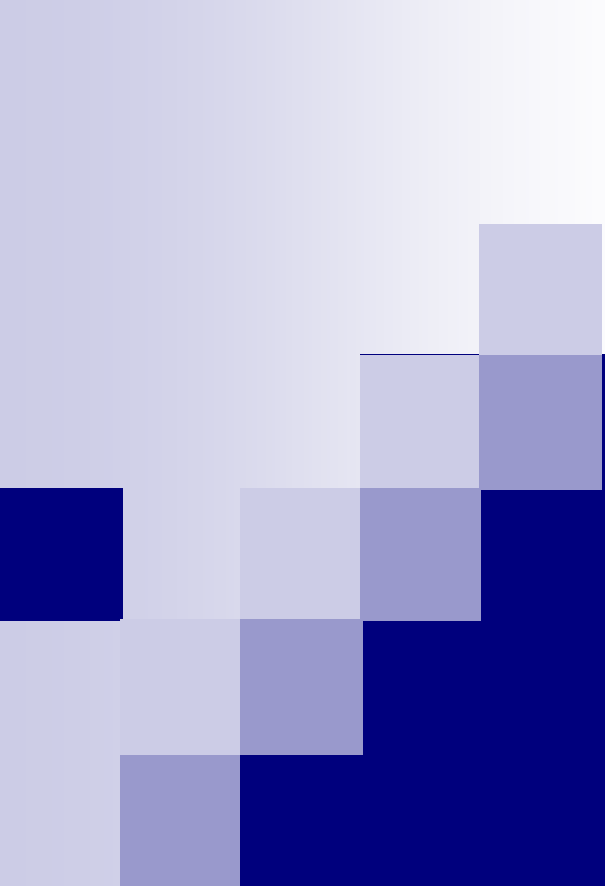
Selv turde ændre

Skizoid og Avoidant personlighedsforstyrrelse

Kommunikation og behandling

Konklusion

- * Målet det samme: Terapeutisk alliance
- * Skabelonen er den samme (grænsesætning, realitetstestning, klarifikation, konfrontation, tolkning her & nu)
- * Men bevidst tilpasset kommunikation alt efter om vedkommende er introvert eller ekstrovert personlighedsforstyrret
- * Ved introvert inkorporere det ”skizoide dilemma”



Selv mord og selvmordsforsøg

Selv mord - børn og unge I

- Sjældent før 15 års alderen
- 15-19 årige : 3/100.000 piger og 8/100.000 drenge
- modsat alle andre aldersgrupper har der ikke været et fald de seneste år
- unge over 15 år vil i tiltagende grad udsende signaler om selvmordstanker og selvmordstrusler

Selv mord - børn og unge II

- Ca 25 % har inden selvmordet modtaget behandling for deres psykiske tilstand
- blandt de psykiske sygdomme er affektive lidelser den hyppigste årsag og tiltager klart med alderen. Adfærdsforstyrrelser er en anden hyppig årsag
- Unge over 15 år som begår selvmord er ofte påvirkede af alkohol, stoffer eller medicin - det er de yngre ikke

Selvmondsforsøg I

- Antallet som helhed er faldende
- Fyens amt 2003:
82/100000 piger 14-19 år
19/100000 drenge
- Dog er der i gruppen 15-19 årige piger gennem 90erne set en klar stigning, både i antal af personer der forsøger selvmord og i antal selvmordsforsøg per person

Selvmondsforsøg II

- Metoderne: Medicin, dernæst snit- og stiklæsioner som regel i håndled.
- Specielt 15-19 årige piger brugte svage smertestillende tabletter (paracetamol) og snit i håndled
- depressioner, debuterende skizofreni, personlighedsforstyrrelser



Særligt udsatte grupper

- Psykisk syge
- mennesker der tidligere har forsøgt selvmord
- Alvorligt fysisk syge
- Mennesker der har været udsat for tab
- Ældre mænd
- Unge piger

DE VIGTIGSTE RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD

- Detaljerede planer for selvmord
- Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling inden for de seneste uger
- Tidligere selvmordsforsøg
- Aktuell psykisk lidelse, herunder misbrug
- Nyligt tab af nærtstående, specielt ved selvmord i familien
- Nydiagnosticeret alvorlig fysisk sygdom
- Enlig civilstand



AFDÆK FØLGENDE FORHOLD VED SELMORDSFORSØG

- Livsbegivenheder forud for selvmordsforsøget
- Motiver til selvmordsforsøget
- Belastende livsomstændigheder
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk
- Tidligere selvmordsforsøg
- Intention om at begå selvmord
- Personlige ressourcer
- Behandlingsbehov

Tegn på akut selvmordsfare:

- Gør aktive forsøg på at komme til at foretage selvmordshandlinger
- Fremsætter fortsatte tanker og ønsker om selvmord og er ude af stand til at tage overbevisende afstand fra disse
- Har for nylig foretaget selvmordsforsøg eller har påtrængende selvmordstanker
- Virker stærkt psykisk ustabil og udviser fx svingende sindstilstand med affektudbrud eller apati – eller virker garderet og dækkende
- Præget af stærk håbløshedsfølelse
- Har depressive vrangforestillinger
- Har overfor pårørende givet udtryk for at ville dø
- Personalet fornemmer at patienten har stærke selvmordsimpulser, selv om vedkommende benægter det

Spørgsmål ved selvmordsforsøg:

- Hvad har du gjort konkret?
- Handlede du efter en pludselig indskydelse eller var det planlagt?
- Havde du overvejet hvor farligt selvmordsforsøget var?
- Havde du undersøgt hvor farlige pillerne var?
- Ønskede du at dø eller ville du blot væk fra det hele?
- Var du påvirket af alkohol eller af stoffer?
- Tilkaldte du selv hjælp?
- Hvordan blev du fundet? Hvem fandt dig?
- Havde du gjort noget for ikke at blive fundet?
- Havde du skrevet afskedsbrev? Til hvem?
- Hvordan ser du nu på hvad du gjorde? Er du glad for at du overlevede?
- Hvordan vil du selv forklare dit selvmordsforsøg?
-

Spørgsmål ved selvmordstanker:

- Har du haft selvmordstanker? Har du det stadig?
- Har du tænkt på døden eller vil du blot væk fra det hele?
- Er det noget du ofte har tænkt på? Hvor ofte? Gennem længere tid?
- Har du selvmordsplaner?
- Har du forberedt selvmord? Hvordan ville du begå selvmord?
- Har du overvejet hvor farlig den selvmordsmetode er?
- Inddrag evt. pårørende