



Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt

Sammendrag

Bakgrunn. Pasienter som skader seg selv, blir ofte oppfattet som vanskelige å behandle. Empiri for nytten av akutte kliniske intervensjoner i legevaktsammenheng finnes ikke. Allmennleger må likevel kunne tilby intervensjoner rettet mot emosjonelle behov hos pasienter med selvskading. I denne artikkelen beskriver vi hvordan en slik intervensjon kan gjennomføres.

Materiale og metode. Basert på klinisk erfaring fra Psykiatrisk legevakt i Oslo og elementer fra behandlingsformen dialektisk atferdsterapi presenteres en fempunktsmodell for hvordan slike pasienter kan behandles i en legevaktsammenheng.

Resultater. Hensikten med modellen er å bringe pasienten ut av den akutte krisen og å legge til rette for videre behandling. Utredning, validering eller bekreftelse, problemløsning, det å unngå unødig innleggelse og vekt på kontinuering av etablert behandling er de sentrale momentene i den foreslåtte intervensjonen og kan gjennomføres på om lag 60–90 minutter.

Fortolkning. Modellens fem punkter kan være egnet til bruk ved opplæring av allmennleger i legevaktarbeid med pasienter som skader seg selv. Vi har positive erfaringer fra egen bruk av denne tilnærmingen, men det er nødvendig med systematiske studier for å avklare behandlingsmodellens effekt.

Fredrik A. Walby

Psykiatrisk legevakt
Psykiatrisk divisjon
Oslo universitetssykehus, Ullevål
og
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
Universitetet i Oslo
og
Psykiatrisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus

Ewa Ness

ewa.ness@uus.no
Psykiatrisk legevakt
Psykiatrisk divisjon
Oslo universitetssykehus, Ullevål
0407 Oslo
og
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
Universitetet i Oslo

I legevaktsammenheng er pasienter med selv-påførte skader en velkjent pasientgruppe. Det er vanlig å oppleve dette som en gruppe det er vanskelig å behandle utover den rent medisinske eller kirurgiske intervensjonen. Det kan skyldes flere forhold. Ofte kan det være vanskelig å skille selvskade fra selvmordsforsk. Dette reflekteres i at ICD-10 ikke skiller mellom selvskade med og selvskade uten suicidal intensjon, men klassifiserer begge under kategorien villet egenskade (1). Klinisk er det imidlertid viktig at legen skiller mellom selvskading og alvorlige selvmordsforsøk fordi behandlingen er forskjellig. I denne artikkelen settes søkelyset utelukkende på selvskading uten suicidal intensjon.

En del pasienter som oppsøker legevakten for medisinsk eller kirurgisk hjelp etter selv-påført skade, ønsker ikke å snakke mer med helsepersonell, fordi de etter selvskadingen har det bedre emosjonelt. Der det ikke foreligger åpenbare symptomer på selvmordsfare, er det lite man kan gjøre annet enn å akseptere pasientens valg. For andre pasienter kan kontakt med helsevesenet etter selvskade være et egnet tidspunkt også for mer emosjonsrettet hjelp. Det er vår erfaring at mange pasienter i denne gruppen har god hjelp av akutt psykoterapi i en legevaktssetting. Ambisjonen med en slik intervensjon er primært å få pasienten ut av den aktuelle krisen, sekundært å motivere pasienten for mer langsiktig behandling.

Hensikten med denne artikkelen er å gi en kortfattet beskrivelse av en modell for hvorledes allmennlegen kan møte disse pasientene i en vaktsituasjon. Forutsetninger for å kunne lykkes med bruk av denne tilnærmingen er tilstrekkelig tid, erfaring med pasienter i psy-

kiske krisetilstander og nok også en viss personlig egnethet for å stå i vanskelige situasjoner. Tilnærmingen har vi funnet nyttig ved Psykiatrisk legevakt i Oslo som er en seksjon ved Oslo Kommunale Legevakt drevet av Psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus. Psykiatrisk legevakt holder åpent på kvelder og i helger, og mottar dels pasienter som henvender seg selv, dels pasienter som trenger psykiatrisk tilsyn identifisert ved de øvrige seksjonene ved legevakten.

Materiale og metode

Ved ikke-systematiske litteratursøk i Medline og PsychInfo, samt gjennomgang av ulike praksisveiledere (2, 3) om selvmordsforebygging og behandling av selvskade, har vi ikke funnet kunnskapsbaserte intervensjoner for selvskading i en legevaktsammenheng. Basert på klinisk erfaring og elementer fra dialektisk atferdsterapi beskrives en modell for en praktisk intervensjon.

Selvskadingens funksjon

Selvskading er et symptom som har ulike funksjoner for ulike pasienter (3). Å skade seg selv for å takle vanskelige følelser er den klart hyppigst forekommende motivasjonen for selvskading (4). Pasienten påfører egen kropp fysisk smerte: risp, kutt, stikk eller smerte på annen måte for å avlede psykisk smerte. Motivasjonen kan også være å takle psykisk nummenhet eller følelsesmessig tomhet, straffe seg selv eller påvirke andre (4). To andre typer selvskading bør nevnes. En sjelden, men farlig form er den psykotisk betingede selvskadingen der pasienter kan forsøke å skjære av seg kroppsdelar eller på annen måte påføre seg selv meget alvorlige, til dels groteske skader basert på psykotiske forestil-

Hovedbudskap

- Pasienter som skader seg selv bør tilbys hjelp for å dempe den akutte krisen
- Systematiske studier av akutt intervensjon i legevaktsammenheng mangler
- Vi beskriver en intervensjon basert på klinisk erfaring og elementer fra dialektisk atferdsterapi
- Intervensjonen består av utredning, validering/bekreftelse, problemløsning, innsats for å unngå unødig innleggelse samt kontinuering av etablert behandling

linger og/eller som et resultat av befalende stemmer. Selvskading ses også hos pasienter med psykisk utviklingshemning. Vi vil i det følgende utelukkende diskutere tilnærminger ved den vanligste typen selvskade, den som omhandler regulering av følelser.

Undersøk funksjon, frekvens og utløsende hendelse

For å kunne behandle en pasient som skader seg selv, er det nødvendig å finne ut hvilken funksjon selvskadingen har for pasienten, hvilken frekvens handlingen har og deretter hva som utløste den aktuelle selvskadingen. Alle selvskadehandlinger av denne typen utløses av en stressor, ofte en interpersonlig konflikt, et nederlag eller en krenkelse. Også psykologiske symptomer som nummenhet/dissosiasjon eller uro kan fungere som stressor. Det er lett å hoppe over denne kartleggingen, enten ut fra et ønske om å spare tid eller som resultat av pasientens begrensede evne til å kommunisere omkring dette eller fordi man føler seg maktesløs overfor denne type pasienter. En klar forståelse av hva som har skjedd, og hvorfor det skjedde på det gitte tidspunktet, gir både et godt grunnlag for å bekrefte eller validere fortvilelsen, og for å diskutere alternative mestringsstrategier. Konkret kan man spørre: «Hva skjedde rett før du skadet deg selv?», «hvor ofte gjør du det?», «på hvilken måte gjør du det?» og «når skadet du deg selv første gang?» En aktiv og passe pågående holdning hos legen er viktig både for å vise at man er interessert og for å formidle til pasienten at det er nødvendig med aktivt samarbeid fra hennes eller hans side for å bli bedre.

Valider pasientens følelser og situasjon

Selvskading, særlig gjentatt selvskade, ses ofte, men ikke utelukkende i kombinasjon

med ustabile personlighetstrekk eller ustabil personlighetsforstyrrelse (5, 6). Prognosen ved ustabil personlighetsforstyrrelse generelt har vært ansett som dårlig, men de siste årene har det kommet flere randomiserte behandlingsstudier som viser positiv effekt på reduksjon av selvskadende handlinger, og forløpsstudier som viser at prognosen er bedre enn hva man tidligere har antatt (7). Den best dokumenterte behandlingsformen for ustabil personlighetsforstyrrelse er dialektisk atferdsterapi, ofte omtalt ved den engelske forkortelsen DBT (8–10). Blant de positive effektene er nettopp reduksjon i frekvensen av selvskading. Disse funnene er ikke direkte overførbare til behandling av selvskadere på legevakt. Men så lenge det dessverre ikke finnes dokumentasjon for nytten av enkeltstående intervensjoner for selvskade i en legevaktsammenheng, mener vi det er en fornuftig tilnærming å benytte sentrale elementer fra dialektisk atferdsterapi. Et helt sentralt prinsipp i dialektisk atferdsterapi er å validere, det vil si å bekrefte eller gyldiggjøre pasientens opplevelse på en aktiv og troverdig måte. Pasienter med gjentatt selvskade har ofte mye skamfølelse og ikke sjelden negative erfaringer med tidligere forsøk på å søke hjelp. Fordømmelse, avmakt eller sinne hos legen tjener nettopp til å øke pasientens følelse av maktesløshet. Validering innebærer å bekrefte pasientens opplevelser og følelser på en aktiv måte underveis i samtalen. Validering skiller seg her fra vanlig psykoterapi ved at man ved psykoterapi vanligvis er mer lyttende og utforskende og mindre aktivt støttende. Poenget er å vise at man forstår pasientens fortvilelse og problemer samtidig som man ikke forsterker pasientens tanke om at selvskading er den eneste eller beste måten å takle dette på. For eksempel kan man si: «Det må være grusomt å ha det slik. Jeg vil gjerne hjelpe

deg nå, men jeg kan ikke gjøre det uten din hjelp.»

Problemløsning

Pasienter med selvskading har som regel et ustabil stemningsleie. Det å diskutere dette åpent med pasienten virker ofte validerende. Det kan også øke pasientens evne til å holde ut de vanskeligste øyeblikkene. Likeså er diskusjon av aktuelle problemer og alternative måter å løse disse på kort sikt viktig. Man forsøker å få pasientene ut av den følelsesstyrte modus de befinner seg i, ved å stimulere til aktiv problemløsning. Man kan konkret spørre: «Hva kan du gjøre for å få det bedre nå?», «hva har du erfaring for at hjelper deg?» Det å kontakte en venn, skrive ned følelsene eller å avlede seg selv ved aktivitet er eksempler på tiltak som kan være nyttige. Det er viktig at legen eksplisitt forsterker pasientens egne forslag til tiltak. Medikamentelt kan man ha nytte av å tilby noe for å bedre søvn eller for å hjelpe pasienten til å holde ut indre uro, for eksempel alimemazin eller klorprotiksen (11). Bruk av benzodiazepiner bør unngås med tanke på tilvenningsfare, særlig fordi mange av disse pasientene har vedvarende plager. På Psykiatrisk legevakt i Oslo brukes ikke benzodiazepiner.

Unngå unødig innleggelse

Selvskading hvor motivasjonen er å takle eller redusere emosjonell smerte er et symptom på manglende evne til å regulere emosjoner og er i seg selv ingen indikasjon for innleggelse i psykiatrisk avdeling. Innleggelse kan forverre prognosen (7) og er dessuten dårlig resursutnyttelse. Også her mangler det gode studier, men det har i lang tid vært internasjonal konsensus blant eksperter om at man bør forsøke å unngå innleggelse så langt det er mulig (11, 12). Kun der pasienten har komorbide tilstander som i seg selv krever døgntil behandling (akutte psykosser, alvorlige depresjoner), ved selvskading på psykotisk grunnlag, eller der faren for snarlig ny og alvorlig selvskading er stor, finnes det klar indikasjon for sykehusinnleggelse. Selvskading er et symptom som må behandles sammen med grunnlidelsen, og det er uhensiktsmessig å forsterke pasientens eventuelle håp om at innleggelse vil medføre annet enn en kortvarig pause fra problemene. Samtidig vil man av og til oppleve at man ikke greier å finne andre løsninger, f.eks. når pasienter fremsetter vedvarende selvmordstrusler.

Henvis – henvis tilbake

Det er viktig å styrke pasientens tro på at det er mulig å få hjelp til å slutte med selvskading og å bygge et bedre liv gjennom behandling over tid. Pasienter som skader seg selv, bør motiveres til aktiv deltakelse i egen behandling hos en fast behandler. Som regel bør denne foregå poliklinisk i annenlinjetjenesten i samarbeid med fastlegen.



Pasienter som skader seg selv uten suicidal intensjon, bør tilbys hjelp på legevakt for å dempe den akutte krisen. Illustrasjonsfoto Science Photo Library/GV-Press/NordicPhotos

Mange pasienter vil allerede være i et behandlingsopplegg når man møter dem på legevakten. På Oslo skadelegevakt har man registrert ca. 350 pasienter med villet egen-skade per år, og ca. 75 % av disse pasientene har et pågående behandlingsopplegg (Martine Enger, personlig meddelelse). Det er viktig å kartlegge hvilket behandlingsopplegg pasienten allerede er i, og å støtte opp om dette. Generelt bør man unngå å gjøre endringer i pasientens behandlingsopplegg i legevaktssammenheng. Hos pasienter med ustabile personlighetstrekk og selvskading er dette helt sentralt. Det er likevel viktig at den faste behandleren får vite hva som har skjedd på legevakten, gjerne via epikrise/kopi av journalnotat.

Pasienter som ikke er i et behandlingsopplegg eller som har falt ut av behandling, bør motiveres til å starte behandling. Informasjon om behandlingsmuligheter sammen med validering av pasientens følelser og problemer er nyttig for å øke behandlingsmotivasjonen. Både legevaktlege og fastlege vil her spille en viktig rolle for å understøtte pasientens motivasjon for behandling samt fungere som døråpner til spesialisthelsetjenesten.

Avsluttende kommentarer

Det skisserte behandlingsopplegget krever evne til å møte disse pasientene følelsesmessig balansert opp mot evnen til å aktivisere og ansvarliggjøre pasienten og å sette grenser for krav om innleggelse og/eller benzodiazepiner.

Jo fortere behandlingsalliansen etableres, desto fortere kan den utløsende hendelsen identifiseres og bearbeides. Mange av disse pasientene klarer å øke sin emosjonelle kontroll i løpet av en slik samtale og er i stand til å dra hjem. Ved Psykiatrisk legevakt i Oslo har vi god erfaring med først å ha en samtale på ca. 45 minutter. Deretter tar vi en pause på ca. en halv time. Hensikten er å se om den første delen av samtalen har hatt effekt, slik at pasienten har samlet seg og økt sin følelsesmessige kontroll. Når man gjenopptar samtalen, ser man raskt dette ved å observere kroppsspråk og mimikk. Man bør spørre pasienten direkte om hun har det bedre, verre eller om tilstanden er uforandret. Denne pause-teknikken er også nyttig for å løse opp i sam-

taler som går i stå og hvor det er vanskelig å få engasjert pasienten. En vellykket konsultasjon der pasienten samler seg, takker for konsultasjonen og reiser hjem, gir mestringsopplevelse både for pasienten og for legen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. International statistical classification of diseases and related health Problems. ICD-10. 2. utg. Genève: WHO, 2005.
2. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: the short term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical guideline 16. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004. www.nice.org.uk/Guidance/CG16 [27.2.2009].
3. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. IK-2743. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
4. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 226–39.
5. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 296–301.
6. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL et al. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 37: 363–75.
7. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 1–3.
8. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al. 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* 2006; 63: 757–66.
9. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Rapport nr. 24/2006. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senteret for helsetjenesten, 2006. www.kunnskaps-senteret.no/Publikasjoner/534.cms [23.1.2009].
10. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–4.
11. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline personality disorder: treatment and management. NICE Clinical Guideline 78. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG78FullGuideline.pdf [27.2.2009].
12. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvsmord_kor_36439a.pdf [27.2.2009].

Manuskriptet ble mottatt 25.10. 2008 og godkjent 26.2. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.