

**Low Arousal / Studio3**

**Forståelse av  
og synspunkter  
på håndtering av  
alvorlig selvskadende  
atferd**

**Andrew McDonnell, PhD og  
Regine Anker, Studio3 UK**

**Oversatt og bearbeidet av  
Trude Stenhammer, Studio3 Norge / SOR  
trudesor@gmail.com**

## Bakgrunn

Det følgende er basert på et svært selektivt utvalg av akademisk litteratur, i tillegg til klinisk observasjon og behandling, som omhandler alvorlig selvskadende atferd. Vi ønsker å belyse noen problemstillinger knyttet til forståelse og behandling av slik atferd.

I dag finnes ingen universal teori som på en signifikant måte forklarer og definerer årsakene til alvorlig selvskadende atferd.

Forskere er bare i begynnelsen av å forstå tidlig forekomst av alvorlig selvskadende atferd. Behavioristiske modeller tar utgangspunkt i at atferden muligens blir forsterket av eksterne kilder; det kan være positiv forsterkning som f.eks. oppmerksomhet, negativ forsterkning som unngåelse av krav, eller at alvorlig selvskadende atferd produserer intern forsterkning som for eksempel sansestimulering eller smerte (Hammock et al, 1995).

## Innledning

Forskning har vist at sannsynligheten for at individer med alvorlig grad av utviklingshemning viser alvorlig selvskadende atferd og stereotyp atferd er signifikant høyere enn hos individer med mild / moderat utviklingshemning (McClintock et al, 2003). Det synes å være en relasjon mellom alvorlig selvskadende atferd og stereotyp atferd. Klinisk kan reduksjon av en type atferd lede til økning i andre typer atferd.

Personer med vansker knyttet til reseptiv og ekspressiv kommunikasjon har en signifikant høyere sannsynlighet for å selvskade (McClintock et al, 2003; Bird et al, 1989). Det er dessuten rapportert høyere

forekomst av alvorlig selvskadende atferd for personer med diagnoser innenfor Autisme Spektrum Diagnoser.

Alvorlig selvskadende atferd kan vekke sterke emosjonelle reaksjoner blant personalet (Oliver, 1993). Behandling av denne type atferd er høyt prioritert av tjenestene og fysiske tvangsmidler blir noen ganger brukt. Atferden har også vært prøvd kontrollert med svært kontroversielle teknikker som f.eks. bruk av kontingente elektriske sjokk (Duker & Seys, 1996; Williams, Kirkpatrick-Sanchez & Crocker, 1994).

Det har vært forsøkt en rekke behavioristiske behandlingsmodeller, som inneholder sensoriske komponenter. Ved bruk av kontingent massasje er det rapportert noe suksess (Willis & LaVigna, 2002); håndleddsvekter (Haney et al, 1998) og til og med Transcutaneous electrical nerve stimulation TENs devices (Fisher et al, 1998). The Judge Rotenberg Centre i Boston USA, innrømmet nylig at de hadde brukt elektriske sjokk på ett stort antall elever med Autisme Spektrum Diagnoser og alvorlig selvskadende atferd.

Behandling av alvorlig selvskadende atferd er bare i startgropen. Metoder som er sosialt valide, effektive og trygge er en ønskelig målsetning. For å oppnå dette er både kriserespons og langsiktige atferdsendrende strategier påkrevd (Oliver, 1993).

Unngåelse av ekstreme intervensjonsmetoder er en del av kjernen i Low Arousal filosofien.

## Definisjon av selvskading:

Måling av alvorlig selvskadende atferd bør inneholde en klart definert alvorlighets-skala som inneholder atferdsbeskrivelser



Foto: Kaja Owren.

og skadedata. Dette vil være til stor hjelp i arbeidet med å utvikle risikoanalyse og en risikoplan. Studio3 foreslår følgende skala for beskrivelse av alvorlighetsgrad av selvskadende atferd:

- **Ingen:** Ingen åpenbare eksterne skader
- **Mindre:** Eksterne skader som rød hud, hoven, merker som er borte innen 24 timer
- **Moderat:** Eksterne skader som merker, hoven hud og kutt som eventuelt trenger førstehjelp
- **Alvorlig:** Eksterne skader som for eksempel brukne ben, vevsskader som krever umiddelbar medisinsk behandling, inklusive skader på øye, kuttskader som krever flere sting, etc.

Konsistent språk er sentralt og viktig når man beskriver frekvens av atferd. Alvorlig selvskadende atferdsfrekvens bør beskrives på denne måten:

- **Veldig høy frekvens:** minst hver time
- **Høy frekvens:** daglig
- **Medium frekvens:** ukentlig
- **Lav frekvens:** månedlig
- **Veldig lav frekvens:** hver 3 måned

Dersom en benytter seg av definisjonene slik de er nevnt her vil en person som har alvorlig selvskadende atferd fra moderat eller over, og atferden også viser seg høyfrekvent, regnes for å være til alvorlig skade for seg selv. Det er da helt nødvendig å lage en klar krisehåndteringsplan.

### **Behandling av alvorlig selvskadelig atferd. En «Best Practice» veileder:**

Dersom en person viser moderat/alvorlig selvskadende atferd anbefaler vi retningslinjer som er utarbeidet av Studio3. Disse kan være til nytte for alle omsorgspersoner.

Gitt den åpenbare kompleksiteten i alvorlig selvskadende atferd er tverrfaglig tilnærming til behandling en nødvendighet. Følgende tilnærming representerer en systematisk strategi for håndtering av intens episodisk selvskadende atferd:

#### **FASE 1: Medisinsk utredning**

Det hender at mennesker med utviklingshemning ikke får de medisinske utredningene de trenger (Hatton, Elliott & Emerson, 2002). Vår erfaring er at intense episoder med alvorlig selvskadende atferd ofte har årsaker knyttet til fysisk smerte. Royal College of Psychiatrist, (2007) har identifisert flere medisinske faktorer som kan kreve utredning ved alvorlig selvskadende atferd: Det gjelder: Cerebrovaskulær -og epilepsirelaterte hendelser,

øreverk og tannverk, synsproblemer, magetarm-relaterte smerter for eksempel reflukssykdom, kolikk, gastriske vanskeligheter som *Helicobacter Pylori*, magesår, forstoppelse, urinveis infeksjoner, prostata, bein og leddmerter, svulster, sår og frakturer. Vi har også observert at dehydrering kan være et problem og at en rekke individer ser ut til å kreve økt væskeinntak for å styre sin atferd på kort sikt.

Når det gjelder nylig oppstått moderat til alvorlig selvskadende atferd bør følgende kategoriene sees som veiledende:

- Ved smerter kan systematisk bruk av reseptfrie smertestillende medikamenter på systematisk grunnlag i to til tre uker opprette en link til smerte. I noen tilfeller kan en systematisk test av høyere doser smertestillende prøves i samråd med lege. Det er viktig å merke seg at reduksjon av hyppigheten og intensiteten av alvorlig selvskadende atferd, etter administrering av smertelindring, ikke kan identifisere den spesifikke årsaken til smertene.
- En MRI-skanning for vevsskade: Dette fungerer som en baseline for å fastslå om det er overflateskade på cortex, og bør gjentas minst hvert annet år.
- Pulsmåling: Fysiologisk opphisselse er knyttet til alvorlig selvskadende atferd. Måling av fysiologisk opphisselse ved hjelp av en enkel pulsklokke anbefales spesielt for personer vurdert til å være i høyrisikozonen. For enkelte personer kan heving av fysiologisk opphisselse være en risikoindikator på at en episode av moderat eller alvorlig selvskadende atferd er i emning.

## **FASE 2: En funksjonell analyse**

En grundig funksjonell vurdering bør gjennomføres. Dette inkluderer en undersøkelse av miljømessige faktorer, inkludert samhandling med omsorgspersoner. Alvorlig selvskadende atferd kan tjene en kommunikativ funksjon som inkluderer flukt fra krav og forespørsler. Personer i krise bør ha mekanismer og mulighet til å unngå situasjoner de finner plagsomme. En sensorisk profil bør også være en del av en god funksjonell analyse. Sensoriske triggerer er ofte med på å opprettholde alvorlig selvskadende atferd. Lukter, smaker, lyder og særlig bevegelser bør undersøkes nøye. Vår erfaring er at personer kan prøve å unngå sensoriske stimuli som de finner ubehagelig. Positive sensoriske erfaringer kan ofte brukes til å distrahere personer med alvorlig selvskadende atferd.

## **FASE 3: Et rolig, Low Arousal, miljø:**

Medisinske og funksjonelle vurderinger som beskrevet ovenfor kan kreve betydelig innsats over tid. Behandling av alvorlig selvskadende atferd krever ofte mer umiddelbare handlinger.

- Etablering av Studio3 miljøer krever plassering av personen i et mer stimuleringsfattig miljø. Unngå støyete steder med mange mennesker.
- Snozelen rom kan være nyttige og trygge områder for enkelte personer. Det er veldig viktig at personen har godt tilsyn i disse rommene.
- Enkelte personer trenger ofte mer fysisk plass rundt seg og avstand mellom seg og andre mennesker: God planlegging av

aktiviteter utenfor hjemmet blir derfor sentralt.

- Personen bør ikke isoleres fra andre, men tidvis vil en rekke mennesker ha nytte av endringer i sin rutine, som f.eks. å spise måltider på egen hånd i stedet for sammen med andre, og å unngå fellesrom i perioder.

#### **FASE 4: Reaktiv strategier**

Som klinikere har vi funnet at reduksjonen av krav og å unngå ikke foretrukne aktiviteter for en periode på 2–3 uker kan føre til reduksjoner i alvorlig selvskadende atferd. Studio3's tilnærming omfatter ofte etablering av rolige miljøer som reduserer eksterne triggerer (spesielt støy). Reaktive strategier som reduserer fysiologisk opphisselse kan f.eks. være bruk av fysisk trening for å stabilisere hjerterytmen.

Stereotyp atferd øker ofte i sammenheng med alvorlig selvskadende atferd. Når denne type atferd ikke gis oppmerksomhet synes det å ha en reduserende effekt. Bruk av foretrukne gjenstander eller sensorisk belønnende stimuli bør økes. Hovedfokus må være reduksjon av intensiteten av alvorlig selvskadende atferd. Personale bør ikke være bekymret for å forsterke slik atferd på kort sikt, spesielt hvis bruken av dem distraherer personen fra selvskadningen.

#### **FASE 5: Fysisk inngripen**

I ekstreme tilfeller kan alvorlig selvskadende atferd kreve en form for fysiske inngripen. Dette utgjør åpenbare etiske og praktiske spørsmål for tjenesteyterne. For eksempel kan det å holde en person bli positivt forsterkende i seg selv. I noen

tilfeller kan enkelte bokstavelig talt miste kontroll over kroppen sin og oppleve seg fastlåst i repeterende og ødeleggende selvskadende atferd.

Enkelte individer kan trenge intermitterende holding, holding som avbrytes med jevne mellomrom. I disse tilfellene bør holdingen ikke vare lengre enn et par minutter. NB! Dette må alltid være siste utvei, og bare når det er alvorlig fare for liv og helse! Husk at det må sendes enkeltmelding/ fattes vedtak iht. lovverket som regulerer bruk av tvang og makt. Avbruddskriterier må være klare for alt personale. Teknikker som tillater at personen kan bevege seg, til tross for at vedkommende holdes under kontroll, er langt å foretrekke, noe vi viser på våre Low Arousal kurs.

Om mulig er det hensiktsmessig å oppfordre personen som blir holdt til å gå, fordi det er vanskelig å utføre alvorlig selvskadende atferd og å gå samtidig.

Mekaniske tvangsmidler som armsplinter og hjelmer kan bli brukt i ekstreme situasjoner der personens selvskadning er vurdert som veldig alvorlig. Beskyttende hjelmer ser ut til å redusere ytre skader på kraniet. Vi har imidlertid også erfaring med at personer kan skalle ennå hardere etter at hjelm er tatt i bruk. Måling av intensiteten i denne type selvskadning er svært viktig for å fastslå de fysiske konsekvensene.

Hvis holding (enten mekanisk eller fysisk) er vedtatt brukt regelmessig må det foreligge en plan for hvordan man kan redusere bruken av tvang i fremtiden, en såkalt reaktiv plan. ●●●

## Referanser:

- Bird, F., Dores, P.A., Moniz, D., & Robinson, J. (1989).** Reducing severe aggressive and self injurious behaviours with functional communication training. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 37-48.
- Duker, P & Seys, D.M. (1996).** Long term use of electrical aversion treatment with self injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 293-301
- Fisher, W.W., Bowman, L.G., Thompson, R.H. & Contrucci, S.A. (1998)** Reductions in self injury reduced by Transcutaneous electrical nerve stimulation. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31, 493-496
- Hanley, G.P, Piazza, P.C. Keeney, K.M. ., Bakely-Smith, A.B. & Worsdell, A.F. (1998).** Effects of wrist weights on self injurious and adaptive behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 307-310.
- Hatton, C., Elliott, J. & Emerson, E. (2002)** 'Key Highlights' Of Research Evidence On The Health Of People With Learning Disabilities. Institute for Health Research, Lancaster University (commissioned by the Valuing People Support Team, Department of Health).
- Iwata, B.A., Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E., & Richman, G.S. (1982).** Toward a functional analysis of self injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 1-20.
- Lerman, D.C & Iwata, B.A. (1995).** Prevalence of extinction bursts attenuation during treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 93-94.
- LaVigna, G & Willis, T. (2002)** Counter intuitive strategies in crisis management within a non aversive framework. In D Allen (Ed). *Ethical approaches to physical interventions: Responding to challenging behaviour in people with intellectual disabilities*. Plymouth: BILD.
- McClintock, K Hall, S. Oliver, C. (2003)** Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a metaanalytic study. *Journal of Intellectual Disability Research* 47 (6), 405–416.
- Oliver, C. (1993).** Self injurious behaviour: From response to strategy. In C Kiernan (Ed.), *Challenging behaviour and learning disabilities: Research to practice? Implications of research on the challenging behaviour of people with learning disabilities*. Clevedon: BILD Publications.
- Williams, D.E., Kirkpatrick-Sanchez, S & Crocker, W.T. (1994).** Long term follow up of treatment for severe self injury. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 487-501
- Wolf, M.M. (1978).** Social validity: The case for subjective measurement or How applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11 203-214.