

Psykologisk Ressource Center

Signaturkonference

Autisme og Selvmordsadfærd

25. november 2024

Psykolog Kirsten Callesen
Psykologisk Ressource Center

www.psyk-ressource.dk

Mail: kca@psyk-ressource.dk

Hvor kan man søge om hjælp

- www.Livslinien.dk , tlf. 70 20 12 01, åbent ml. 11.00-05.00
- [PsykiatriFonden](#) - 39 25 25 25 Tilbyder personlig og anonym information og hjælp
- [Sct. Nikolai Tjenesten](#) - 70 12 01 10 Åben for personlig eller telefonisk anonym samtale
- [Ung På Linie](#) - 70 12 10 00 Hjælper unge med at sætte ord på svære tanker og følelser (URK)
- [Børns Vilkårs Børnetelefon](#) - 116 111 Børn og unge kan ringe til børnetelefonen mandag til fredag 9-02 og lør-søn 11-02. [Børns Vilkårs Forældretelefon](#) - 3555 5557 Forældre kan ringe mandag-torsdag, fredag 9-17, tirsdag, onsdag 9-21, lørdag lukket og søndag 15-21
- [LMS](#), Foreningen spiseforstyrrelser & selvskade – 70 10 18 18. Rådgivningen er åben for henvendelser mandag fra kl. 9.00 - 19.00 og tirsdag og torsdag fra kl. 16.00 - 19.00
- Rådgivningen [Børn, unge og sorg](#) - 70 20 99 03 Unge mellem 16 og 28 år (og forældre og kærester) kan ringe og få råd i forbindelse med alvorlig fysisk sygdom, selvmord eller ulykke, åben hver dag kl.17-21
- [Depressionslinien](#) - 33 12 47 47 Åben mandag-fredag 19-21
- [Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse](#) - et samarbejde mellem regionsfunktioner i Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center København og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg.
- NEFOS, <https://www.nefos.dk/> Netværket for selvmordsramte, tlf. 63 12 12 26 ml. kl. 10.00-13.00

Autisme og selvmordsadfærd - øget opmærksomhed?



- Der er et stigende antal personer, som er berørte af autisme og selvmordsadfærd, et stigende antal pårørende, og flere fagpersoner, hvor autisme og selvmordsadfærd er en del af deres arbejdsliv
- Øget fokus på/viden om autisme gennem medier og interesseorganisationer – og de komorbide tilstande
- Flere sendiagnosticerede (mange opdages pga. belastningssymptomer)
- Øgede henvendelser til interesseorganisationer og specialiserede enheder ift. selvmordsadfærd ved ASF

Forskellighed som grundvilkår?

Anderledes hjerner - medfødte tilstande og styresystemer

Autisme (forstå det sociale samspil, sanse sensitiv, systemizer, særlige interesser)

ADHD/ADD (opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet i krop/hjerne, at være impulsiv)

Ordblindhed/talblindhed (læse, skrive og forstå tal og tekster)

Sproglige vanskeligheder (koblingen af mundtlig sprog og betydning)

Tics og Tourette (pludselig og hurtige ufrivillige bevægelser eller lyde)



Psykelige sårbarhed – ikke medfødte tilstande

Angst (verden føles farlig, føler stærkt ubehag, man er overvældet i krop og tanker)

Depression (negativt syn på én selv, på andre/omverdenen og på fremtiden)

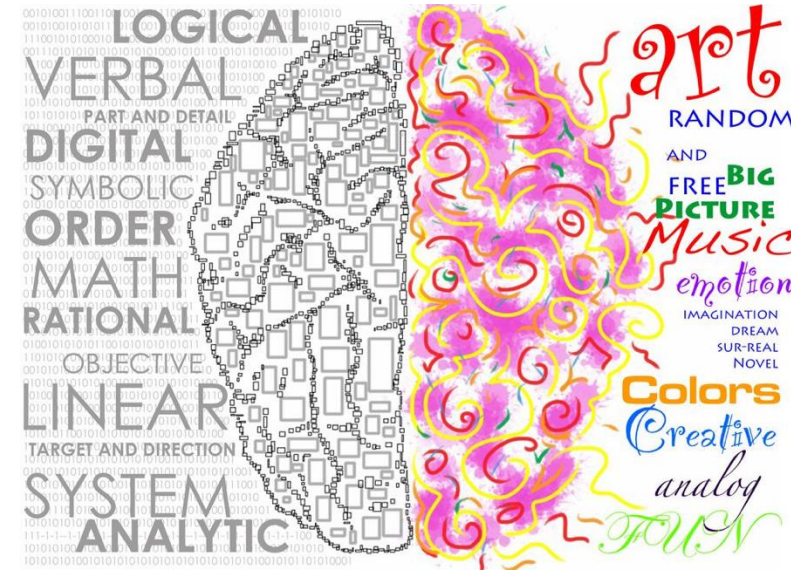
OCD (tvangstanker som giver ubehag, og tvangshandlinger man skal udføre)

Begrebet Neurodiversitet



Alle har en ***forskellig*** neurokognitiv tilgang til livet!

Forskellig – ikke forkert!



Der findes ikke en “normal” måde at tænke, bearbejde, føle, handle eller **kommunikere** på, fordi alles hjerner er forskellige fra hinanden og hver person bruger sin hjerne på forskellig vis.

Neurodiversitet forstås som alle menneskers hjerner og sind er forskellige fra hinanden – en uendelig variation af neurokognitive funktioner!

Selvmondsadfærd:

Man kan beskrive begrebet som en sammenfattende betegnelse for selvmordstanker, selvmordstrusler, selvmordsforsøg og gennemførte selvmord.

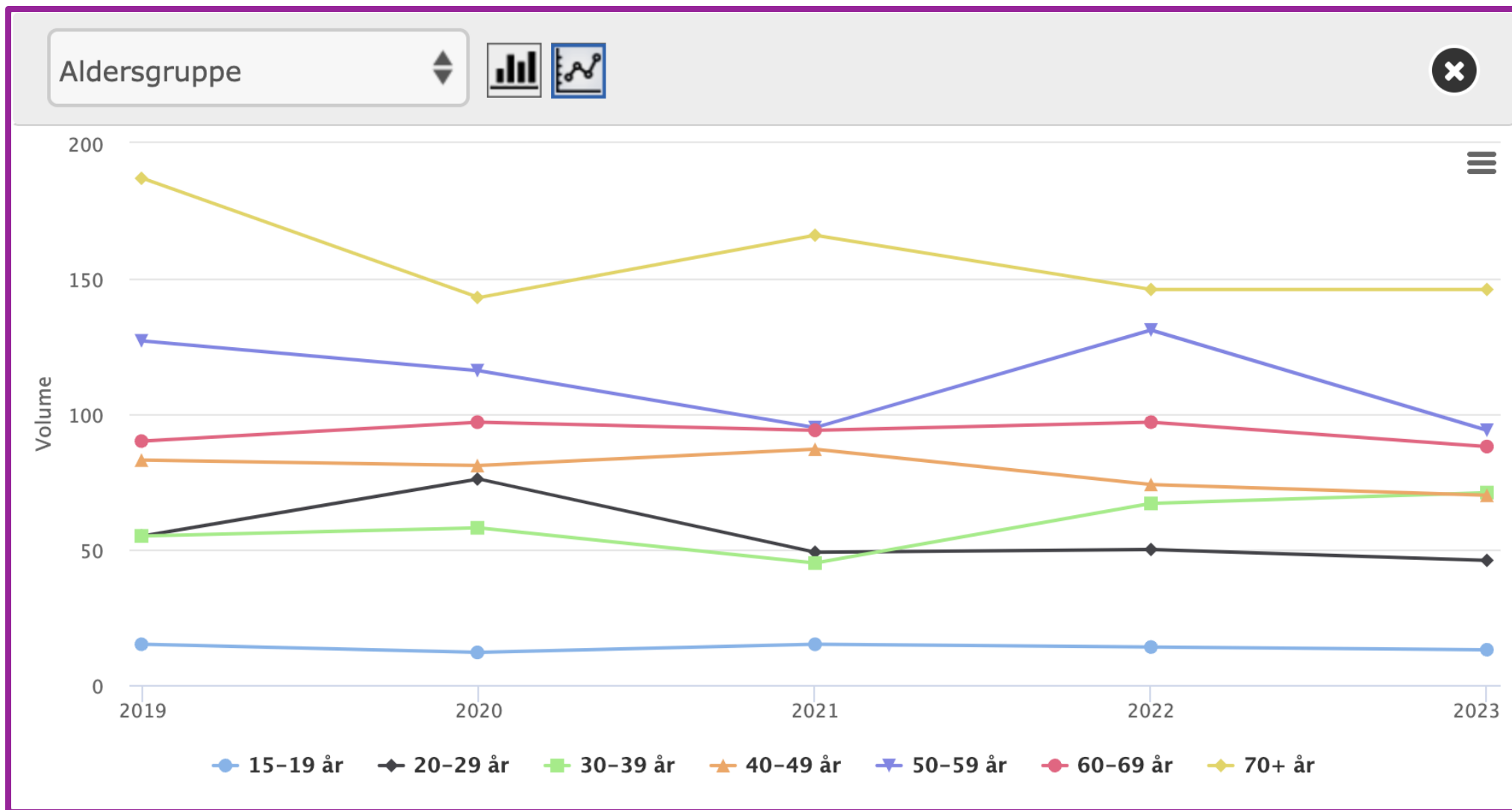


”Men hvordan skal verden lære at rumme os, hvis vi ikke føler, at vi har mulighed for til at give udtryk for, hvem vi er? I de hudløst ærlige og stærke fortællinger fra virkeligheden får man mulighed for at forstå det, som man ikke kan se. Læs om OCD, skizofreni, skizoaffektiv, psykoser, bipolaritet, spiseforstyrrelser, anoreksi, bulimi, ADD, ADHD, depression, selvskade, selvmordsforsøg, selvmordstanker, autisme, stress, dissociation, amnesi og angst.

Få indblik i hvordan man navigerer og finder vej rundt i en hverdag med medicin, indlæggelser, kampe og håb. Formålet med bøgerne er, at minoriteters stemmer bliver hørt. Fordi tabuer får os til at lukke os inde og holde os skjult. Tabuer gør relationer utrygge. Disse bøger kan åbne op for dialog, dybere forståelse og accept”.

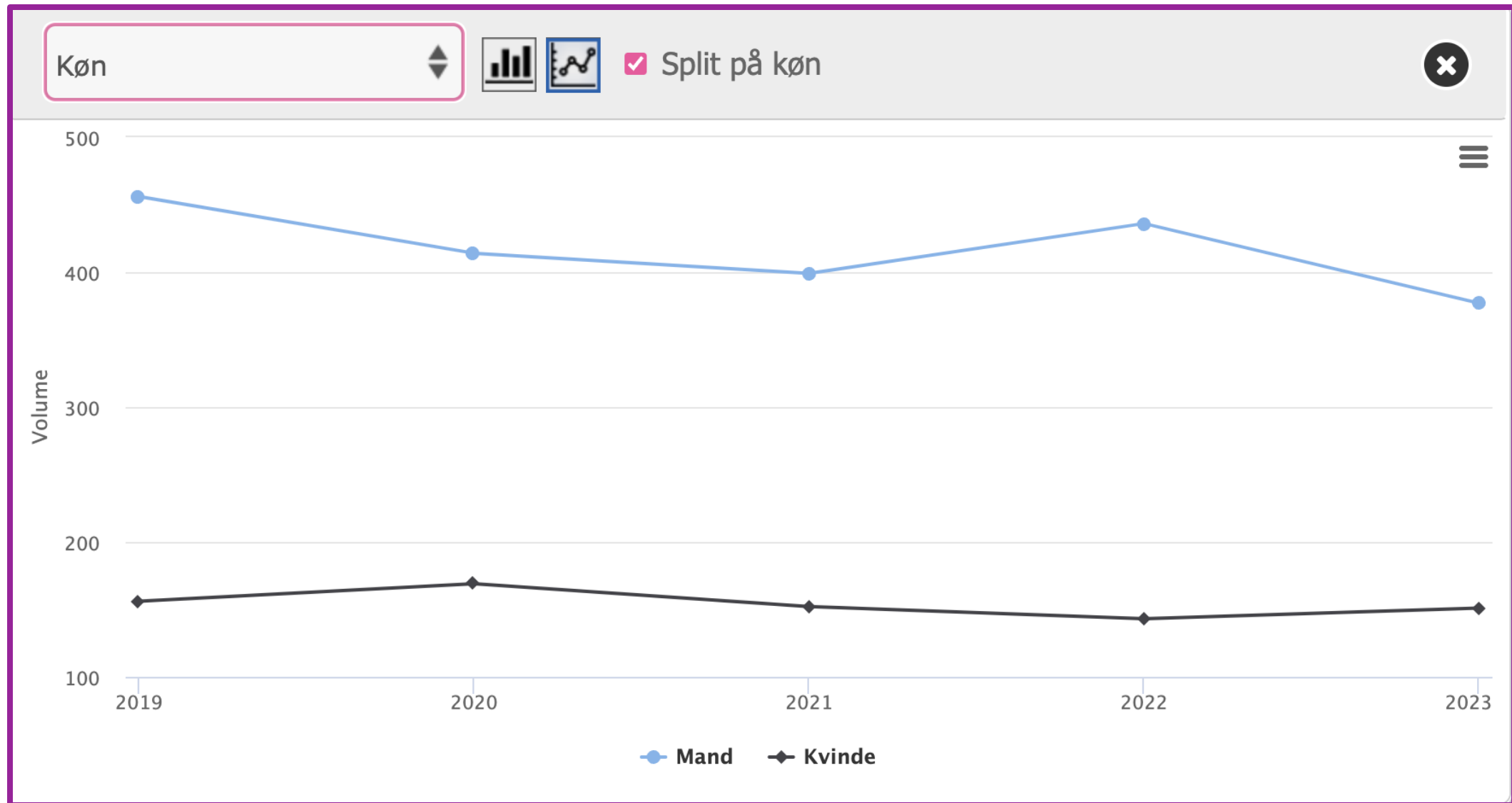
- Ca. 600 selvmord ~ 1 % af alle dødsfald i DK om året
- Ca. 10.000 selvmordsforsøg årligt i DK – udført af ca. 6.500 personer
- 10-40 % gentager selvmordsforsøget
- Ca. 10 % ender med at begå selvmord i løbet af 5-10 år
- De fleste selvmord begås ved første forsøg
- Selvmord er tre gange så hyppig hos mænd som hos kvinder, men kvinder forsøger ti gange hyppigere selvmord end mænd
- Ca. 90% af dem der dør ved selvmord, har en psykisk sygdom
- Mere end 50 % dem, der dør ved selvmord, har en depression, men de færreste er i antidepressiv behandling ved dødsfaldet
- Unge, som skader sig selv flere gange, og ikke får passende hjælp, har en betydelig øget risiko for senere selvmord
- Selvskadende adfærd og selvmordsforsøg er et tiltagende problem blandt unge, særligt blandt unge piger.

Aldersfordeling i selvmord i DK, år 2019-2023

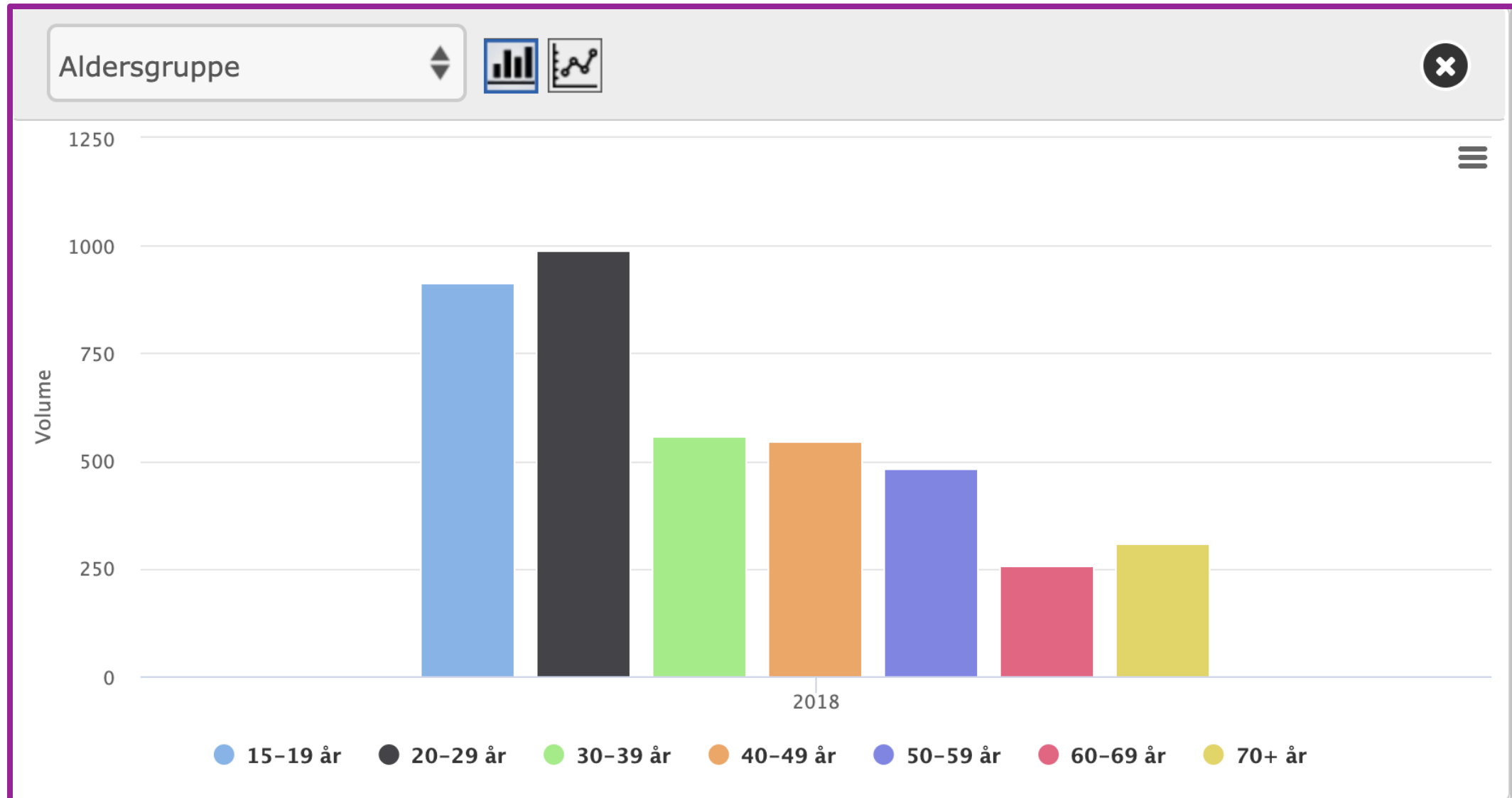


<http://statistik.selvmoedforskning.dk>

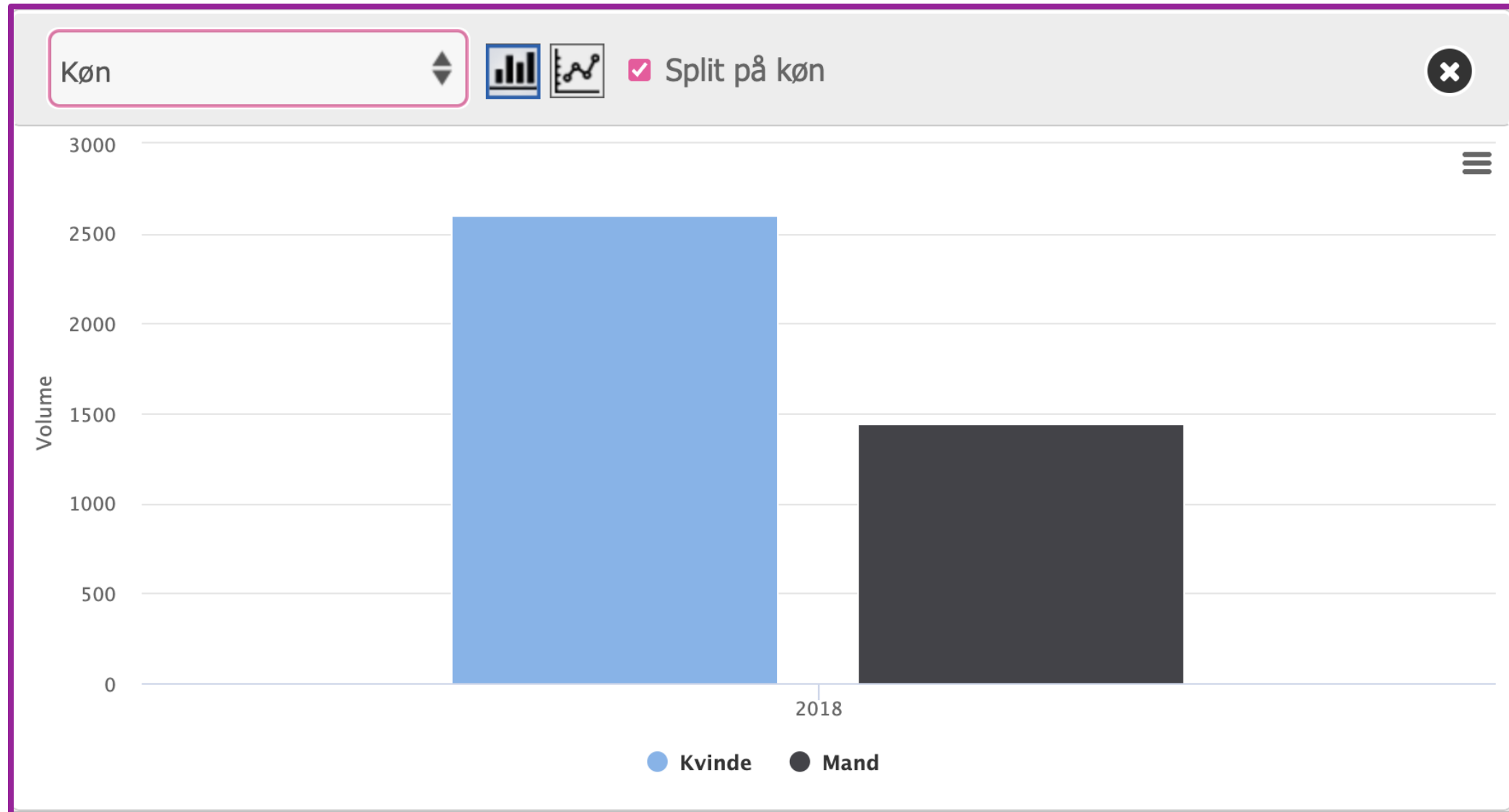
Kønsfordeling i selvmord i DK, år 2019-2023



Aldersfordeling selvmordsforsøg 2018



Kønsfordeling selvmordsforsøg 2018



Undersøgelser: ASF og selvmordsadfærd

Generelt: Begrænset forskning på området, dog øget bevidsthed i de senere år

Seneste store systematiske review over forskningsartikler publiceret i perioden 2018-2024 viser store udsving i studiers resultater (Claire Brown m.fl. *Current Developmental Disorders Reports* (2024) 11:225–256)

- Selvmordstanker: 34,2%
- Selvmordsforsøg: 24,3%
- ASF generelt associeret med 2-10 gange højere risiko for selvmordsadfærd end i øvrig befolkning
- Indikation på, at ASF-kvinder i højere risiko end ASF-mænd
- Aspergere i højere risiko end øvrige ASF
(Hirvikoskiet al., 2016)

- Tidligere selvmordsforsøg – alvorlig risikofaktor, risikoen for at gentage et selvmordsforsøg er størst inden for det første år
- Voldsomt forøget risiko for selvmord i fasen efter udskrivning fra psykiatrisk indlæggelse
- Personlighedsmæssige faktorer, bl.a. rigiditet, rumination, nedsatte problemløsningsstrategier, perfektionisme, håbløshed, ængstelighed, impulsivitet (O'Connor & Nock, 2014)
- Depression - depressive lidelser er skyld i over halvdelen af selvmord (Hedley et al., 2017; Hedley & Uljarevic, 2018, Ghaziuddin, 2013)
- Øvrige psykiatriske diagnoser
- Misbrug
- Alvorlig fysisk sygdom
- Oplevede dødsfald; nær ven, en ægtefælle eller et barn
- Socialt udsatte: Arbejdsløse, fattige, ensomme og ældre uden nær kontakt med familie

Generelle risikofaktorer for selvskade

FAQ om selvskade v. Bo Møhl og Lotte Rubæk

- Opvækstmiljø: Traumer, invalidering, omsorgssvigt
- Følelsesmæssig dysregulering: Alexithymi, ringe mentalisering
- Familieforhold: Skilsmitter, økonomisk trængt
- Relationer til jævnaldrende: Mobning, kende andre selvskadende
- Mistrivsel: Fysiske og psykiske tegn, indirekte selvskade
- Selvbillede: Lavt selvværd, negativt *body image*, perfektionisme
- Psykisk: Psykiske lidelser, tilknytningsforstyrrelser, misbrug
- Køn og seksualitet: Usikker kønsidentitet, ikke-heteroseksuel

Selvskade – hvorfor er det virksomt

- Følelsesregulering
- At påvirke andre (70 %)
- Selvstraf (60%)
- At skabe eller komme ud af dissociativ tilstand
- At få et *kick* eller *sensation* (endorfiner)
- At undgå selvmord (10%)
- At mærke sine grænser ift andre og dermed mærke sig selv (10%)
- Bruges til at håndtere svære seksuelle følelser

Depression som mulige årsager til selvmordsadfærd

- Den andel af befolkningen, som til enhver tid har depression, er omkring 3-5 %
- Forekomsten af depressioner er øget de sidste årtier, specielt de lettere og moderate. Man regner med, at 15-25 % af alle kvinder og 7-12 % af alle mænd får en depression i løbet af livet (Sundhed.dk, 2024)
- Mere end 50% af voksne med ASF får depression i et livsperspektiv = Bekymrende højt tal i forhold til selvmordsrisiko! (Hedley & Uljarevic, 2018; Lai & Baron-Cohen, 2015)
- OBS! Mange med ASF har selvmordstanker uden at have selvmordsplaner eller depression:
- 66 % af voksne i et engelsk behandlingstilbud rapporterer selvmordstanker, 30-35% rapporterer selvmordsplaner, -forsøg eller depressive symptomer (Cassidy et al., 2014)

Årsager til depression og selvmordsadfærd ved ASF

- Egentlig autismediagnose eller selvrapporterede autistiske træk
- Høj grad af afmagtstilstand uden konkret hjælp til at komme videre
- Ekstrem forpinthed – følelsesmæssig smerte
- Udfordringer med social kommunikation (Culpinet al, 2018)
- Kamouflagestrategier
- Lavt selvværd
- Håbløshed i forbindelse med erkendelse af diagnoserelaterede vanskeligheder og begrænsninger
- Sociale vanskeligheder, herunder isolation, afvisninger og mobning
- Ringe socialt netværk
- Jo højere funktionsniveau og jo større social motivation med gentagne sociale nederlag, desto højere risiko for depression og selvmordsadfærd - særligt Aspergere og kvinder med ASF (Lai & Baron-Cohen, 2015)

Hvilke tanker fylder hos autister

- Fejlvurdering af, at andre vil være bedre stillet uden dem
- Magter ikke at tænke over smerten/konsekvenserne som andre påføres ved selvmord
- Tankemæssig fastlåsthed og vanskeligheder med at skifte fokus fra et emne: Særlig optagethed og detaljeret undersøgelse af metoder til selvmord
- Konkret og sort/hvid-tænkning: Absolutte konklusioner "hvis jeg ikke kan være glad, kan jeg lige så godt dø" eller "hvis jeg ikke kan opnå X, er der ingen mening med livet" (Lai & Baron-Cohen, 2015)

Beskyttende faktorer mod selvmordsadfærd

Generelt (fra sundhed.dk, 2024):

- Et stærkt følelsesmæssigt engagement overfor personer, ideer eller sager
- Etiske, moralske eller religiøse skrupler ved det at begå selvmord
- Gode mestringsstrategier/ tro på egen problemløsningsevne
- Ansvar over for børn
- Tanker, håb og planer for fremtiden
- Personen søger og ønsker hjælp
- Behandling for den psykiske lidelse (fx depression)

Beskyttende faktorer mod selvmordsadfærd

Obs! ved ASF:

- Meningsfyldt liv
- Social støtte i form af nogen at dele tanker og følelser med samt deltagelse i sociale aktiviteter kan være vigtigt for trivsel og udvikling, men har ikke nødvendigvis signifikant betydning for selvmordsadfærd
- KONKRET hjælp til at få løst hverdagsopgaver (fx indkøb, planlægning, overblik) har stor forebyggende betydning for depression og dermed selvmordsadfærd.

Overvejelser ved selvmordsadfærd for ASF

- Indsigt i og forståelse for sin egen autismeprofil
- Vanskeligheder med kommunikation – hjælp med at formidle/oversætte mellem behandlere og ASF
- Selvmordsadfærd som latent belastningssymptom – for nogle = et livsvilkår
- Selvmordsadfærd som særinteresse
 - Lave aftaler om taletid og om indhold og metoder
 - Hjælp med at ændre fokus for eller begrænse særinteressen
- Intentionen bag adfærden – er konsekvenserne forudset?
- Nuancer sort/hvid tænkning: Ingen perfekte løsninger men forskellige mere eller mindre attraktive alternativer
- Særinteresser: Stadig lystfyldte eller mistet lyst/pinagtig udførelse?
- Egne vanskeligheder i familien
- Systemstress: Ressourcer i netværket

Personlig beretning

Salixas – blog af Louise Egelund Jensen

- Stærk personlig fortælling om at leve med autisme og latente selvmordstanker
- Minder os om, at alle har personlige perspektiver:
 - Som er meningsgivende for personen selv
 - Som rummer vigtig viden for at kunne hjælpe
 - Som skal mødes respektfuldt, nænsomt og nysgerrigt

"Jeg er ikke bange for at dø"

Tuesday, 5 December 2017 12:00

Intro til blogindlæg.

Jeg har brug for, at sige et par ord om mit blogindlæg "Jeg er ikke bange for at dø", inden du læser det. Det har jeg fordi blogindlægget handler om et meget svært og meget tungt emne;

"Jeg ville gerne have kunnet tale med nogen om mine jævnlige selvmordstanker. Uden at de flippede ud. For det faktum, at jeg havde tankerne, var ikke det samme som at jeg ville gøre alvor ud af dem."

"Mine selvmordstanker var faktisk i de senere år en stor trøst for mig. Det lyder måske lidt vanvittigt. [...]
For mig er selvmordstanker ikke altid et tegn på, at jeg har et ønske om at dø, men mere en strategi til at klare et til tider meget svært liv."

<https://salixas.com/blog-/Entries/2017/12/jeg-er-ikke-bange-for-at-d-1.html>

Hvordan kan vi støtte kontakt til lægen/psykiatrien?

- Når man kommer til læge, stilles nedenstående spørgsmål ofte. Det kan derfor være godt at have talt om/overvejet svar på forhånd:
- Har personen aktuelt selvmordstanker? Evt. hvilke?
- Har personen aktuelt selvmordsplaner? Evt. hvilke?
- Fremstår personen forpint og i væsentlig grad præget af håbløshed og sortsyn og ude af stand til at angive årsager til fortsat at leve?
- Er det vanskeligt for personen på troværdig vis at tage afstand fra selvmordshandlinger?
- Har personen tidligere forsøgt selvmord?
- Er der personer i familien, der er døde af selvmord?
- Er personen præget af impulsivitet?
- Er der for nylig sket væsentlig ændringer i patientens livsomstændigheder eller psykiske tilstand?
- Har pårørende udtrykt bekymring for, at patienten vil forsøge selvmord? (sundhed.dk, fagperson)

Psykiatrisk selvmordsrisikovurdering - hvad indebærer det?



Risikoniveau	Definition	Eksempler (ikke udtømmende)
Risikoniveau 1: ingen øget risiko	Ingen øget risiko i forhold til baggrundsbefolkningen	Passive dødsønsker kan forekomme men ingen aktive tanker eller planer og patienten har gode copingstrategier.
Risikoniveau 2: øget risiko	Øget risiko men patienten kan indgå troværdige aftaler	Passive og aktive selvmordstanker kan forekomme, evt. med mere konkrete planer / metodeovervejelser eller impulser. Patienten kan også for nyligt have foretaget selvmordsforsøg. <i>Men patienten kan under alle omstændigheder på troværdig vis tage afstand fra (nye) selvmordshandlinger.</i>
Risikoniveau 3: akut øget risiko	Patienten kan ikke på troværdigvis tage afstand fra alvorlige selvmordshandlinger indenfor de næstkommende døgn	Meget konkrete planer, evt. med kraftig intentionsgrad. Udtalt risiko for yderligere forværring af selvmordstanker ved evt. øgede belastninger. Overhængende fare for alvorlig selvmordsadfærd indenfor de nærmeste døgn.

(Vurdering af selvmordsrisiko, fællespsykiatrisk retningslinje)

1. Akut hjælp og strategier her og nu, fx sikkerhedsplan / Min Plan (– søg læge/psykiatrisk skadestue, hvis alvorlige symptomer)
2. Etablér netværkssamarbejde – borger, pårørende, skole/arbejdsplads, rådgiver, bostøtte, mentor, støttekontaktperson, psykolog, psykiatri
3. Opklare og lave strategier for bagvedliggende/udløsende udfordringer
4. Skabe relevante, tilstrækkelige og autismespecialiseret støtte i hverdagen - rutine, struktur og forudsigelighed! Meningsfuldhed.
5. Giv psykoedukation på sammenhængen mellem autisme, stress og belastninger
6. Søg specialiseret behandling, hvis den autismefaglige tilgang ikke sænker symptomerne tilstrækkeligt – fx behov for medicin/terapi

Sikkerhedsplan

Fysisk sikkerhed

- Er der i mine omgivelser tilgængelige, dødelige midler, jeg skal bortskaffe eller blokere adgang til?

Advarselstegn

- Hvordan ved jeg, at jeg skal huske at bruge min sikkerhedsplan?

Hjælpeметoder

- Hvad kan jeg så gøre?
 - Alene
 - aktiviteter der er adfærdsmæssigt aktiverende, emotionelt stimulerende, kognitivt engagerende
 - Sammen med andre
 - samvær uden at tale om problemer
 - Hvem kan være en hjælp, hvis det ikke virker?
 - private (navn og tlf.nr.)
 - professionelle (navn og tlf.nr.)

Hindringer

- Hvad kunne få mig til ikke at bruge den plan, vi har talt om?
- Hvordan kunne forhindringen overvindes?

Overbevisning

- Hvor meget tror jeg på at kunne bruge planen på en skala fra 0-100%

Opbevaring

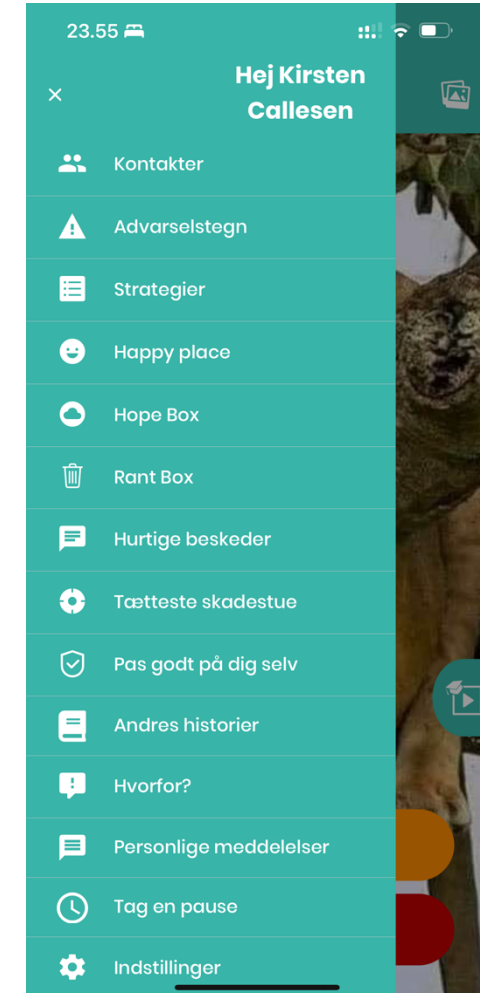
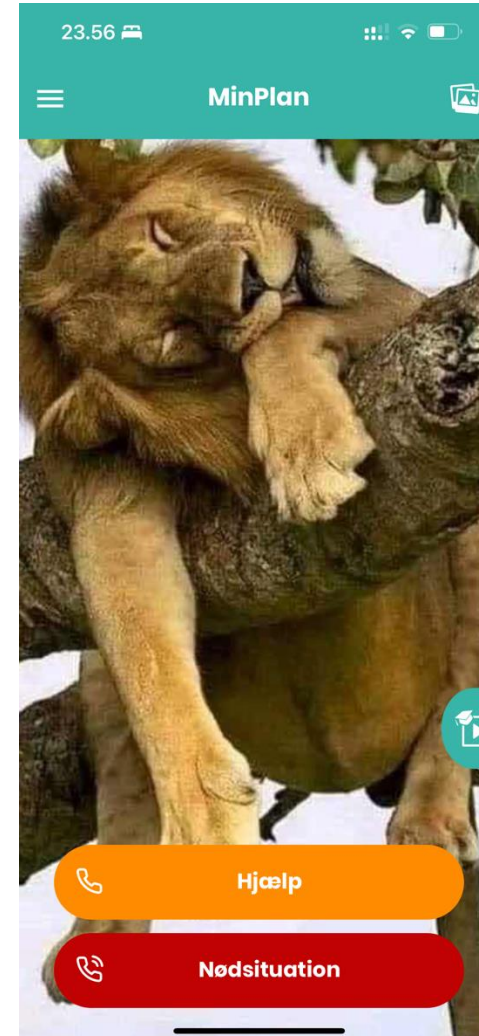
- Hvor vil jeg have denne plan?
- Er der nogen, jeg vil vise den til?

Kontaktperson

- Navn på min behandler

Sikkerhedsplan ved selvmordsadfærd

PSYKOLOGISK
RESSOURCE CENTER



Min sikkerhedsplan

Hvornår skal jeg bruge min sikkerhedsplan:

Hvad skal jeg gøre nu og her i situationen:

Hvad skal jeg sige til den, jeg er sammen med:

Hvem skal jeg kontakte, hvis jeg har brug for hjælp, eller brug for at tale det igennem:

Hvordan skal jeg kontakte min sikkerhedsplansperson:

Hvad skal jeg sige eller skrive til min sikkerhedsplansperson:

APP: Min Plan



MINPLAN		
	Symptomer Hvad er tegn på krise?	>
	Strategier og løsninger Hvad er mine planer?	>
	Netværk Hvem kan jeg kontakte?	>
	Nærmeste psyk. skadestue Find vej	>
	Livslinien Hjælp og vejledning	>
	LMS Hjælp og vejledning	>
	Om MINPLAN Værd at vide	>

< Tilbage selvmordstanker Rediger

Jeg oplever at:

- Tanker om at alt er nytteløst
- jeg får lyst til at skære i mig selv
- jeg kan ikke komme ud af sengen
- jeg græder og ved ikke hvorfor

Mine strategier

selvmordstanker >

Slet

< Tilbage Faresignaler

- Manglende appetit eller søvnløshed
- Aggressiv adfærd
- Misbrug
- Ensomhed
- Udtalt mindreværds kompleks
- Udsagn som: 'jeg vil ikke mere', eller 'jeg ønsker ikke at leve længere'.

Derudover skal man være ekstra opmærksom på mennesker, der netop har:

- Modtaget en fysisk eller psykisk sygdomsdiagnose
- Gennemgået en skilsmisse
- Mistet en ægtefælle eller et andet nært menneske
- Mistet et arbejde eller status på anden

APP: Min Plan

[< Tilbage](#) [Rediger strategi](#) [Gem](#)

Titel: selvmordstanker

Det hjælper at:

- tage et langt og varmt bad
- tage kædevest på
- strikke
- afleder tanker med en gåtur
- ringe til Else eller Inge
- drik varmt eller koldt
- lyt playliste
- se kattevideoer

[Rediger alarm](#) >

[Tilknyt / fjern personer til strategi](#) >

[Rediger billeder til strategi](#) >

[Rediger musik til strategi](#) >

[< Tilbage](#) [selvmordstanker](#) [Rediger](#)

Det hjælper at:

- tage et langt og varmt bad
- tage kædevest på
- strikke
- afleder tanker med en gåtur
- ringe til Else eller Inge
- drik varmt eller koldt
- lyt playliste
- se kattevideoer

Lyt til musik:

Don't worry be happy >

Se billeder:

 >

 >

 >

Slet

Vigtigste indsats er altid tilstrækkelig indsigt i,
erkendelse af og støtte til den grundlæggende ASF
i dagligdagen!

