

Høringsuttalelse fra Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst – NOU 2010: 3 ”Drap i Norge i perioden 2004-2009”

Vedlegg I :

16.1.7 Råd for å forebygge ”kasteballeffekten” og råd vedrørende personer med personlighetsforstyrrelser

Med personlighetsforstyrrelser forstås her de alvorlige personlighetsforstyrrelsene; spesielt dyssosial og ustabil.

Med rusutløst psykose forstås her psykose utløst av alkohol – og/eller stoffmisbruk.

Med diagnostisk utredning menes en fullstendig utredning av symptomlidelser, personlighetsforstyrrelser og ruslidelser.

Pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser som har hyppige, kortvarige innleggelse i psykiatriske akuttavdelinger vil i stor grad rammes av manglende plasser i institusjon, manglende oppfylte kriterier for tilbakeholdelse mot pasientens vilje i institusjon, være kjennetegnet av manglende innsikt i og motivasjon for å inngå en langvarig behandlingskontrakt for å endre atferd. Pasientenes problemer og symptomatologi er ofte av en slik art at en utskriving eller overføring til annen behandler eller behandlingsenhet etter kort tid blir eneste mulige løsning, eventuelt en utskriving uten oppfølging. Pasientens atferd og symptomer vedvarer, og nye psykotiske dekompeniseringer inntreffer med ujevne mellomrom.

Ved behandling av rusmisbrukere ser man at jo senere rusmisbruket starter, jo mindre personlighetsproblemer og jo mer normale sosiale relasjoner misbrukeren har, jo bedre er prognosen. Er den premorbide personligheten dyssosial og pasienten er avhengig av både stoff og alkohol, er prognosen dårligere.

Personlighetsstruktur er viktig som disponerende faktor både for stoffmisbruk og alkoholmisbruk. Videre vil gjentatt rusmiddelmisbruk kunne gi hjerneorganiske endringer, som igjen øker hjernens sårbarhet i forhold til f.eks. psykotiske gjennombrudd. Likeledes kan spesielt narkotiske stoffer påvirke personligheten når de misbrukes over tid, ved at pasientene blir mer sløve og likeglade og arbeid og sosiale funksjoner forsømmes.

Pasientene som har både alvorlige personlighetsforstyrrelser (PF) og et rusmiddelmisbruk, er vanskelige å behandle. Dels grunnet personlighetspatologien i seg selv, dels fordi personlighetspatologien medfører en økt sårbarhet for andre symptomlidelser inkludert

rusmiddelmisbruk og dels fordi personlighetspatologien hindrer pasientene i å tåle å stå i et rusbehandlingsopplegg med samarbeid, frivillighet, ansvarliggjøring, kontraktsinngåelse, konsekvenser av brudd på kontrakt etc. Mange av disse pasientene vil behøve behandling og oppfølging over år, og ytre forhold bør legges til rette for pasientene i form av hjelp til sosial tilrettelegging. Behandlingsopplegget må sikre at man holder kontakt med pasientene også etter utskriving, og ved hjelp til tilrettelegging rundt skole og arbeid. Dette arbeidet vil vanskeligjøres om pasienten har en dyssosial PF. Vellykket behandling krever en motivasjon og en vilje til endring som mangler hos pasienter med overvekt av dyssosiale trekk. Det er en utfordrende og omfattende oppgave for det behandlingspersonellet som skal forestå utredning, behandling og oppfølging. Behandlingsoppgavene er krevende, og fordrer kvalifisert personell. Diagnostisering bør utføres av kvalifisert spesialist, og utredning og diagnostisering bør følges av individuelt tilpasset behandling av den enkelte. En fullstendig somatisk utredning av disse pasientene er også viktig, da organiske lidelser ofte foreligger som resultat av bl.a. et langvarig rusmiddelmisbruk. Tilbudet som allerede forefinnes i psykiatriske DPS og psykiatriske sykehusavdelinger, vil være viktige for denne pasientgruppen, og en samordning av behandling av pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser og samtidig rusmiddelmisbruk bør organiseres i det psykiske helsevern. Pasientgruppen krever mye kompetanse og fagressurser, og det vil være et naturlig faglig valg med egne behandlingsavdelinger som ivaretar døgnopphold, dagopphold og poliklinisk oppfølging. Dette vil medføre utvikling og opprettelse av behandlingsopplegg som det pr idag er ressurser og delvis kompetanse til, men uten at en overordnet samordning foreligger. Det vil trolig medføre noen merkostnader å samordne et slikt behandlingstilbud i de forskjellige helseforetak, men utredningens, behandlingens og oppfølgingens kvalitet av den enkelte pasient vurderes å kunne heves betraktelig ved en slik samordning.

16.2.8 Behandling av personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse

Undersøkelser har vist at der er omtrent fire ganger så mange menn som kvinner som lider av dyssosial personlighetsforstyrrelse (PF). I fengselspopulasjoner er denne forekomsten betydelig høyere enn i normalpopulasjonen. Den har høyest forekomst i alderen 25 til 45 år, og det er påvist at den dyssosiale atferden gradvis brenner ut etter fylte 40 år, mens den selvopptatte komponenten vedvarer hele livet. Pasienter med dyssosial PF har ofte også andre alvorlige PF, som påvirker både sykdomsforløpet og lidelsestrykket for den enkelte. I

perioder hvor deres aktivitet blir begrenset, kan disse pasientene få betydelig angst og depresjon. De tåler slike symptomer dårlig, og blir da ofte sterkt medikamentkrevende, f.eks. i fengsel. Et viktig differensialdiagnostisk spørsmål er forholdet mellom dyssosial PF og rusmisbruk, da spesielt stoffmisbruk. Dette skyldes at stoffmisbruk i seg selv blir ansett som en dyssosial aktivitet, og at misbruket trekker med seg annen dyssosial atferd som hensynsløshet og kriminalitet. Gjennom tvilling- og adopsjonsstudier har man dokumentert en betydelig arvelig komponent av de dyssosiale trekkene, samtidig som man finner en høy forekomst av brutte, ustabile og voldelige hjem hos de som utvikler dyssosial PF.

Pasienter med dyssosial PF vekker regelmessig sterke negative følelser ikke bare blant vanlig befolkning, men også hos behandlere, da de setter seg ut over de normer andre tar for gitt, uten at de angrer eller ber om unnskyldning. Den avvisningen pasienter med dyssosial atferd da opplever, forsterker den dyssosiale atferden. Bedre og mer spesifikk behandling enn det behandlingstilbudet som tilbys ved allmennpsykiatriske behandlingssenheter i dag, både polikliniske og døgnavdelinger, er nødvendig for denne pasientgruppen. Utfordringen er at det ikke finnes noen effektiv behandling for dyssosial PF pr i dag, og ofte er pasientene lite motivert dersom behandling ikke byr på et eller flere goder, eller gjør at pasienten unngår noe ubehagelig som f. eks fengsel. Der det foreligger kriminalitet i noe omfang vurderes et behandlingssystem med en hierarkisk oppbygging av straff/belønning å kunne være det beste. Forsøk på å behandle denne diagnosegruppen sammen med andre diagnosegrupper i miljøterapi har gitt dårlige resultater. Behandling i egne lukkede avdelinger med et atferdsterapeutisk opplegg har vist å kunne gi noe fremgang. Man har også sett at pasienter med dyssosial PF gradvis har etablert tilknytning til en avdeling ved at de har kunnet komme og gå over lang tid, og hvor det så over tid er kommet en personlighetsmodning med reduksjon av dyssosial atferd.

Prognosen for pasienter med dyssosial atferd er relativt dårlig, med komplikasjoner som stoffmisbruk, kriminalitet og voldsom død. Etter fylte 40 år blir prognosen bedre, parallelt med at den dyssosiale atferden brenner noe ut.

Behandlingen må sikre diagnostisk utredning av kvalifiserte spesialister med adekvat kompetanse. Behandlingen bør fokusere på det man kan gjøre noe med, som deler av den dyssosiale atferden. Grunnleggende personlighetstrekk og genetisk disposisjon vil vedvare, men deres innvirkning på det diagnostiske bildet kan modifiseres til mer hensiktsmessig atferd. Et behandlingstilbud for dyssosial PF med komorbide lidelser (andre alvorlige personlighetsforstyrrelser og rusmiddelmisbruk) bør ikke være et ansvar for 1., 2. og 3. linjen generelt, men bør legges til spesialavdelinger som administrerer både døgnbehandling og

poliklinisk behandling og oppfølging, og har en bemanning som sikrer nødvendig spesialistkompetanse på utredning, behandling og oppfølging. Opprettelsen av slike spesialavdelinger vil være kostbart, men ønsker man et behandlingstilbud som over år vil kunne ha en effekt på den dyssosiale atferden inkludert komorbiditet med de komplikasjoner dette gir for den enkelte pasient og for omgivelsene, anses en slik prioritering for nødvendig. Om mulig, bør behandlingstilbudene videreutvikles/opprettes innen hvert helseforetak.