

**Vold blant inneliggende pasienter i en landsdekkende
spesialavdeling i psykisk helsevern for ungdom**

Per Olav Næss og Inge-Arne Teigset

Vold blant inneliggende pasienter i en landsdekkende spesialavdeling i psykisk helsevern for ungdom

Vold blant pasienter med psykotiske lidelser i psykisk helsevern for ungdom er mangelfullt undersøkt. Som den første i Norge gir den foreliggende undersøkelsen en systematisk gjennomgang av vold i en psykioseavdeling for ungdom

Vold utført av personer med kjent psykisk lidelse er et tema som vekker sterke følelser og debatt, både i alminnelige medier og i ulike faglige sammenhenger, ofte med fortettet intensitet etter konkrete hendelser. Undersøkelser av vold innenfor psykisk helsevern har som oftest tatt utgangspunkt i voksne pasienter. Tre viktige forhold er blitt fastslått: (1) Sammenhengen mellom mental sykdom og vold er generelt lav. (2) Pasienter med psykisk lidelse er ansvarlig for en lav andel av den totale volden i samfunnet. (3) Høy forekomst av vold finnes bare hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom og aktive psykotiske symptomer (Hiday, 1997; Link & Stueve, 1995). Relatert til punkt tre har voldelige psykiatriske pasienter forhøyet paranoid beredskap (Wittington, 1994). Særlig er «Threat/control override» (fornemmelsen av at andre kontrollerer tankene dine, truer med å skade deg, sender tanker inn i hodet ditt, forfølger deg eller forgifter deg) – i kombinasjon med andre psykotiske symptomer – sterkt forbundet med voldelig adferd (Link, Stueve & Phelan, 1998).

Selv om psykiatrisk sykdom altså i seg selv bare er en moderat risikofaktor for vold (Monahan, 1992; Whittington, 1994), konkluderte Hodgins (1992) med at mental sykdom i et livstidsperspektiv økte sannsynligheten for voldelig adferd. Hiday (2006) rapporterer på grunnlag av en litteraturgjennomgang at den relative risikoen for voldsutøvelse blant menn med alvorlig psykisk lidelse er tre til syv ganger høyere enn blant menn i den alminnelige befolkningen.

Samtidig forekomst av rusmisbruk hos personer med psykisk sykdom øker sannsynligheten for vold (Swartz et al., 1998). Tilsvarende øker samtidig forekomst av psykopati hos personer med psykisk lidelse sannsynligheten for vold (Hildebrand, De Ruiter & Nijman, 2004; Douglas, Ogloff, Nicholls & Grant, 1999).

*Ved en landsdekkende spesialavdeling for ungdomspsykiatriske pasienter forekom
ikke vold hyppigere blant psykotiske enn blant ikke-psykotiske ungdommer*

Hos psykiatrisk hospitaliserte ungdommer finner man forekomst av vold og aggresjon hos mellom en tredjedel og halvparten (Field, 2002). Fehon, Grillo & Lipschitz (2001a) fant høy forekomst av både voldserfaringer og voldsutøvelse blant 130 innlagte ungdommer. Ungdommene hadde alle typer psykiske problemer og høy forekomst av symptomer som depresjon, impulsivitet,

stoffbruk, posttraumatisk stresslidelse og dissosiasjon hos begge kjønn. En antagelse er at ungdommer med slike symptomer mangler affektreguleringsferdigheter og derfor tyr til voldelig adferd når de blir utsatt for stress eller skal mestre kompliserte sosiale situasjoner (Fehon et al., 2001a). I en amerikansk prospektiv studie av innlagte ungdommer på en generell ungdomspsykiatri-avdeling var 33 % av ungdommene involvert i voldelige episoder (Ryan, Hart, Messick, Aaron & Burnette, 2004). Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Undersøkelsen viste også at vold forekom sjeldnere blant psykotiske ungdommer enn blant ikke-psykotiske ungdommer. Clare, Baley & Clark (2000) sammenlignet to ungdomspsykiatriske pasientgrupper i England, en fra åpen og en fra lukket avdeling. Ingen individuelle psykopatologiske variabler, inkludert psykotiske symptomer, skilte mellom de voldelige og de ikke-voldelige ungdommene. Det gjorde derimot fysisk og emosjonell mishandling under oppveksten, tidlig kontakt med sosial- og helsevesen og tidlig kriminell adferd. Stiffman, Dore & Cunningham (1996) fant i en longitudinell studie fra USA at mer enn 50 % av ungdommer med traumatisk bakgrunn selv var blitt voldsutøvere. Videre fant de at en kombinasjon av personlige variabler (kjønn og stoffbruk) og livshendelser (mishandling, seksuelle overgrep, traumatiske hendelser, manglende skolegang og arbeidsløshet) forklarer omtrent en tredel av variasjonen i voldelig adferd hos ungdommer. Inamdar, Lewis, Siomopoulos, Shanok & Lamela (1982) påviste høyere forekomst av voldelig adferd hos psykotiske ungdommer (66,7 %) enn hos voksne med psykoser (8 %).

Vurdering av risiko for vold utøvd av pasienter har blitt aktualisert gjennom utvikling av spesifikke instrumenter i løpet av de siste 20 årene (Hare & Hart, 1993; Hart & Hare, 1996; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Douglas & Webster, 1999).

Et lite antall pasienter sto for et svært høyt antall både mer og mindre alvorlige voldsepisoder. Allerede etter andre eller tredje voldelige utagering så man et adferdsmønster som peker mot systematisk bruk av vold

Det foreligger ingen norske undersøkelser om voldsadferd hos inneliggende ungdommer med psykotiske symptomer eller lidelser. Denne undersøkelsen gir derfor unik informasjon om norske forhold som kan brukes til sammenligning med funn gjort i andre land med hensyn på forekomst av vold, sammenheng mellom psykisk lidelse og vold, sammenheng mellom situasjonsvariabler og vold, om det er forskjeller mellom kjønnene i voldsutøvelse, om det er noen sammenheng mellom tidligere voldsutøvelse og vold i avdelingen, og om det er noen sammenheng mellom å ha vært utsatt for vold/overgrep før innleggelse og voldsutøvelse i avdelingen.

Metode

Materiale

Dette er en retrospektiv undersøkelse basert på samtlige pasientjournaler og skademeldingsskjemaer av den totale populasjonen pasienter innlagt mellom 1988 og 1998 ved en landsdekkende ungdomspsykiatrisk spesialavdeling.

Psykoseavdelingen ved Ungdomspsykiatrisk klinikk på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i Oslo ble etablert i 1988 som en spesialavdeling med seks plasser for diagnostisering og behandling av psykotiske tilstander i ungdomsalderen (12 til 18 år). Avdelingen mottok pasienter fra hele landet. Fordi det ungdomspsykiatriske utrednings- og behandlingstilbudet er ulikt utviklet i landets fylker og regioner, fungerte avdelingen delvis som en andrelinje- og delvis som en tredjelinje-tjeneste. Fellestrekket for ungdommene som ble mottatt til innleggelse, var dårlig funksjon og manglende lokale tilbud – både for diagnostikk og behandling.

Den foreliggende undersøkelsen representerer pasientmaterialet fra avdelingens første ti år; 1. august 1988–1. juni 1998. De fire første årene, fra 1988 til 1992, ble alle pasienter rutinemessig diagnostisert før innleggelsen etter en omfattende forvernsprosedyre, og pasienter med schizofrenispektrumtilstander utgjorde da flertallet av pasientene. Fra 1992 ble rutinen lagt om, slik at de diagnostiske prosedyrene ble gjennomført i første fase av selve innleggelsen. Dette førte til større diagnostisk spredning i pasientgruppen i siste halvdel av tidsperioden enn i første halvdel.

Noen bakgrunnsopplysninger og ICD-10-diagnosene for pasientgruppen fremgår av tabell 1. Hos pasientene med schizofrenispekterlidelser (N=36) fantes foruten schizofreni også tilfeller av schizotyp lidelse, schizoaffektiv psykose og paranoid psykose. Av 21 pasienter med akutt polymorf psykose hadde halvparten organiske eller utviklingsmessige grunnlidelser.

Tabell 1. Demografiske data og diagnostiske funn for alle innlagte pasienter ved psykoseavdelingen på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri 1988–98.

	Jenter N=41	Gutter N=48
Alder ved innleggelse (år)		
Gjennomsnitt (SD) og spredning	15,7 (1,2) 13,0–17,5	15,6 (1,3) 11,5–18,0
Avvikende familieforhold n (%)	24 (59 %)	33 (69 %)
Utviklingsmessig avvik n (%)	22 (54 %)	33 (69 %)

Tabell 1. Demografiske data og diagnostiske funn for alle innlagte pasienter ved psykoseavdelingen på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri 1988–98.

Vist voldelig atferd før innleggelsen			
n (%)	14 (34 %)		24 (50 %)
Oppholdets lengde (måneder)			
Gjennomsnitt (SD)	6,1 (5,0)		7,2 (6,9)
Median (Spredning)	5,0 (0–20)		7,0 (0–31)
ICD-10-diagnose n (%)			
Schizofrenispektrum			
Akutt polymorf psykose	12 (29 %)		24 (50 %)
Bipolar lidelse	11 (27 %)		10 (21 %)
Dissosiativ lidelse	0 (0 %)		2 (4 %)
Personlighetsforstyrrelse	7 (17 %)		0 (0 %)
Gjennomgripende	8 (20 %)		7 (15 %)
utviklingsforstyrrelse	2 (5 %)		1 (2 %)
Lettere psykisk lidelse	1 (2 %)		4 (8 %)
Rusmisbruk	1		2

Avdelingens utredningsprosedyrer omfattet grundig psykiatrisk diagnostikk etter det kriteriebaserte diagnosesystemet DSM-III (senere DSM-III-R) samt nevropsykiatriske, kognitive og projektive tester. Behandlingsopplegget ble organisert etter psykoedukative prinsipper, med tett og omfattende samarbeid med ungdommenes familie og eksterne behandlere (Rund, Borchgrevink, Fjell & Hallert, 1991; Borchgrevink & Fjell, 1992).

Registrering

Høsten 1998 ble alt tilgjengelig materiale vedrørende alle pasienter som hadde vært innlagt i 10-årsperioden, gjennomgått. All registrering er gjort av førsteforfatter på grunnlag av dette materialet. Det er ikke gjort uavhengig reliabilitetstesting av registreringene.

Alle klientene ble rediagnostisert i henhold til ICD-10. I tillegg til diagnoser registrerte vi psykiatriske enkeltsymptomer ved innleggelsestidspunktet.

Avvikende familieforhold ble registrert. Disse omhandlet identifiserte konflikter mellom familiemedlemmer, skilsmisser, nye familiekonstellasjoner og lengre fravær av en forelder. Videre registrerte vi eventuell traumatisk livshistorie, særlig om pasienten hadde vært utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep.

Motorisk, språklig, emosjonell eller sosial forsinket utvikling hos pasienten ble registrert som utviklingsmessige avvik. Vi noterte også opplysninger om voldelig atferd forut for innleggelse.

I tråd med avdelingens behandlingsfilosofi ble tilløp til uro, konfrontasjoner og trusler forsøkt dempet før episoden eskalerte. Av og til eskalerte likevel adferden, og de ansatte måtte sette inn fysiske adferdsregulerende tiltak som fysisk stopping, skjerming på eget rom eller – om nødvendig – overføring til isolat.

Vaktrapportene beskrev alle hendelser, inklusive forløp til episoden, hvem som var til stede, hvilke tiltak som var forsøkt, forståelse av årsak med mer. Isolering ble journalført i isolasjonsprotokoller og voldelige episoder ble registrert på skademeldingsskjema.

På grunnlag av vaktrapportenes beskrivelse av omstendighetene rundt voldsepisodene ble de inndelt i to kategorier:

- **Reaktiv:** Umiddelbart forut for voldsepisoden ble pasientens adferd grensesatt fra personalets side.
- **Nøytral:** Voldsepisoden oppsto i en situasjon hvor ingen umiddelbar utløsende faktor kunne identifiseres.

Skademeldinger ble systematisk ført i hele perioden. Det var en klar terskel i avdelingen før voldelige episoder ble rapportert på skademeldingsskjema. Skademeldingsskjema ble først fylt ut når volds – eller utageringsepisoden nådde en grad av intensitet og omfang som gjorde at pasienten måtte stoppes fysisk eller skjermes, eller personalet ble truet eller påført skade. Dette innebærer at skademeldingsskjemaene registrerer alle alvorlige voldsepisoder, de vi er interessert i å undersøke.

Ut fra skademeldingsskjemaenes beskrivelse av voldsepisodene ble alvorlighetsgraden inndelt i to kategorier:

- **Alvorlig episode:** Voldsepisoden innebar alvorlige trusler om død eller skade, potensielt farlige gjenstander ble kastet mot en annen person, en annen person ble med vilje påført påvisbar fysisk skade, eller pasienten tok kvelertak på en annen person.
- **Mindre alvorlig episode:** Verbal utskjelling eller slag/spark/angrep uten påvisbar somatisk skade.

Prosjektet er godkjent av Datatilsynet og Sosial- og helsedirektoratet.

Resultater

Et lite mindretall utøver det meste av volden. De som begår mange voldsepisoder, har vært utsatt for voldelige og/eller seksuelle overgrep i oppveksten. Et enda mindre mindretall begår alvorlig vold: 68 % av de alvorlige voldsepisodene ble utøvd av bare tre av pasientene. De fleste av voldsepisodene er ikke av høy alvorlighetsgrad. Bare to psykiatriske enkeltsymptomer er knyttet til voldsutøvelse. Ingen sammenheng ble funnet mellom vold og kjønn, verken i frekvens eller alvorlighetsgrad. Heller ikke ble det funnet noen sammenheng med vold før innleggelse. Forekomsten av vold er den samme som i internasjonale studier.

Det ble fylt ut i alt 164 skademeldingsskjemaer i undersøkelsesperioden. Som det fremgår av tabell 2, var alvorlig voldelig adferd fordelt omtrent som forventet blant guttene: likelig mellom gruppen ikke-psykotiske pasienter og gruppen med psykose diagnose. Blant jentene var derimot både alvorlige og mindre alvorlige voldsepisoder overrepresentert i gruppen med dissosiativ lidelse.

Tabell 2. Samtlige (164) utageringsepisoder blant innlagte pasienter ved psykoseavdelingen på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri 1988–98, fordelt på diagnose, alvorlighetsgrad og kjønn.

Diagnose ved innleggelsen (ICD-10)	Alvorlige episoder		Mindre alvorlige episoder	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Schizofrenispektrum	9	5	32	12
Akutt polymorf psykose	1	0	8	1
Bipolar lidelse	2	-	3	-
Dissosiativ lidelse	-	14	-	44
Personlighetsforstyrrelse	8	1	12	0
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	0	3	0	6
Lettere psykisk lidelse	0	1	0	2
Totalt	20	24	55	65

(strek (-) betyr at ingen av henholdsvis guttene/jentene i den totale pasientpopulasjonen hadde denne diagnosen)

102 (62 %) av voldsepisodene var umiddelbart foranlediget av grensesetting fra personalets side. Ingen umiddelbar utløsende årsak var synlig ved 57 (35 %) av episodene, imidlertid hadde pasienten ofte en tid før disse episodene uttrykt et ønske eller behov som ikke var blitt imøtekommet.

I alt 44 episoder (27 % av alle episodene) ble kategorisert som alvorlige voldsepisoder. Disse ble utøvet av 17 forskjellige pasienter, ni gutter og åtte jenter. 14 av disse pasientene utøvet bare en alvorlig voldsepisode hver. De resterende 30 alvorlige voldsepisodene ble utøvet av tre av ungdommene – en gutt og to jenter. Ingen signifikante kjønnsforskjeller i alvorlighetsgrad i voldsepisodene kan påvises.

Tabell 3. Samtlige (27) innlagte pasienter som utøvde vold ved psykoseavdelingen på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri 1988–98, fordelt på kjønn og diagnose.

Diagnose ved innleggelse	Gutter	Jenter
Schizofrenispektrum	6	4
Akutt polymorf psykose	2	1
Bipolar lidelse	1	–
Dissosiativ lidelse	–	4
Personlighetsforstyrrelse	6	1
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	0	1
Lettere psykisk lidelse	0	1
Totalt	15	12

(strek (–) betyr at ingen av henholdsvis guttene/jentene i den totale pasientpopulasjonen hadde denne diagnosen)

Av de fem pasientene med flest utageringsepisoder (henholdsvis 12, 17, 18, 19 og 29 episoder) var fire jenter og en gutt. Disse fem pasientene – som til sammen utgjorde 6 % av alle de innlagte pasientene og 19 % av de som hadde vært involvert i utageringsepisoder under oppholdet – var ansvarlig for 95 (58 %) av de registrerte 164 voldsepisodene. Av disse fem pasientene hadde gutten og en jente diagnoser innenfor schizofrenispekteret, mens de øvrige tre var jenter med en dissosiativ lidelse. Typisk for alle fem pasientene var at de hadde en traumatisk livshistorie med voldsoffererfaring, i tillegg hadde tre av de fire jentene opplevd seksuelle overgrep under oppveksten.

I løpet av innleggelsestiden hadde i alt 27 av de 89 (30 %) vist voldelig adferd som hadde resultert i utfylling av skademeldingsskjema, 15 (31 %) av de 48 guttene og 12 (29 %) av de 41 jentene (ikke signifikant). Blant de 27 hadde 16 vært involvert i en til fire voldsepisoder (ni gutter og syv jenter), mens 11 pasienter hadde vært involvert i mer enn fire episoder (seks gutter og fem jenter).

Det var høyere forekomst av voldelig adferd før enn under innleggelsen. Av de 89 pasientene hadde 38 (24 gutter og 14 jenter) vist voldelig adferd før innleggelsen, mens 27 ble registret med vold

under oppholdet. Det var ingen systematisk sammenheng mellom å ha utøvd vold før innleggelsen og voldsutøvelse i avdelingen.

Bare to psykiatriske enkeltsymptomer registrert ved innleggelsen var knyttet til voldsutøvelse under oppholdet, nemlig depressive og paranoide symptomer. Depressive symptomer var en klar risikofaktor for voldsepisoder under oppholdet ($khi\ kvadrat = 13,2; p < 0,001$). *Odds Ratio* (OR) for registrerte voldsepisoder var 5,8 hos de med depressive symptomer ved innleggelsen (95 % *konfidensintervall* = 2,2–15,6). Paranoide symptomer var også en risikofaktor for vold i avdelingen ($khi\ kvadrat = 7,7; p = 0,005$). OR for registrerte voldsepisoder hos de med paranoide symptomer var 3,9 (95 % *konfidensintervall* = 1,4–10,3).

Det ble ikke funnet noen sammenheng med voldsutøvelse i avdelingen for de øvrige undersøkte områdene: avvikende familieforhold (unntatt å ha vært utsatt for voldelige og/eller seksuelle overgrep), utviklingsmessige avvik eller symptomer før innleggelse. Heller ikke ble det funnet noen sammenheng med voldsutøvelse for de øvrige registrerte demografiske kategoriene: alder ved innleggelse, lengde på opphold i avdelingen og når i løpet av oppholdet i avdelingen. Det er ikke mulig å utlede meningsfull informasjon om eventuell sammenheng mellom voldsepisoder og rusmisbruk siden bare tre av personene i den totale populasjonen var rusmisbrukere.

Diskusjon

Det er ikke funnet noen sammenheng mellom voldsutøvelse før institusjonsopphold og voldsutøvelse under oppholdet, i skarp kontrast til funn fra voksenpsykiatrien. Grensesetting fra personalets side er den transaksjonelle faktoren som er sterkest knyttet til utvikling av voldsepisoder; bedre kunnskap hos behandlingspersonalet om formidling av korreksjon og grensesetting vil kunne forebygge mange utageringsepisoder. Å ha vært utsatt for fysisk og emosjonell mishandling under oppveksten er en viktig forklaringsvariabel særlig for frekvens av voldsutøvelse i avdelingen. Meget få personer utøver alvorlig og hyppig vold, allerede etter andre eller tredje voldsepisode ses et atferdsmønster som varsler hyppige og alvorlige voldsepisoder i fremtiden.

Den manglende sammenhengen med tidligere voldsutøvelse står i skarp kontrast til hva man finner blant voksenpsykiatriske pasienter i både internasjonale og norske undersøkelser, hvor den beste enkeltprediktor for voldsutøvelse er tidligere utøvd vold (Blomhoff, Seim, Friis, 1990; Hart & Hare, 1996; Klassen & O'Connor, 1994; Hartvig, Alfarnes, Skjønberg, Moger & Østberg, 2006;

Fehon, Grillo, & Lipschitz, 2001b). Det er rimelig å anta at årsaken ligger i at faste adferdsmønstre i svakere grad er etablert hos ungdom. Forut for innleggelse vil, på grunn av lav alder og fysisk underlegenhet, færre ungdommer ha utøvd vold, og/eller volden de har utøvd har ikke vært opplevd som alvorlig. Volden som registreres som «tidligere utøvd» blant voksne, er med andre ord den volden som forekommer i ungdomsfasen av livet, den fasen av livet våre pasienter befinner seg i. Voldsadferden til de fleste ungdommene i denne undersøkelsen virker å være nærmere knyttet til transaksjonelle forhold (det som skjer rundt personen i forkant og i øyeblikket) enn hos voksne, hvor vold i sterkere grad synes knyttet til personlighet og etablerte reaksjonsmønstre.

I en tilsvarende amerikansk undersøkelse understrekes hva konteksten og transaksjonelle forhold betyr for utvikling av voldsepisoder (Ryan et al., 2004). Borchgrevink & Fjell (1992) fant at det absolutt mest betydningsfulle transaksjonelle forholdet var verbal korreksjon fra personalet, men at også fysisk korreksjon fra personalet, forutgående provokasjon fra medpasienter og forutgående annen frustrasjon hadde betydning. Betydningen av disse forholdene gis støtte av funnene i denne undersøkelsen, hvor 61 % av voldsepisodene synes å ha sin direkte årsak i grensesetting. Økt bevissthet og kunnskap om formidling av korreksjon og grensesetting og håndtering av pasienters frustrasjon kan hjelpe behandlingspersonalet å opptre på måter som demper spenningsnivået, og derved forebygge en del utageringsepisoder.

Andelen voldsutøvere er den samme i denne undersøkelsen (30 %) som i utenlandske undersøkelser (Field, 2002; Ryan et al., 2004). Som ved flere andre undersøkelser om voldsutøvelse blant ungdom, generelt og i ungdomspsykiatrien, er det ingen kjønnsforskjell i voldsutøvelse. Alvorlig voldsutøvelse er likelig fordelt mellom kjønnene, mens jentene noe hyppigere er ansvarlig for de mindre alvorlige episodene (Fehon et al., 2001a; Inamdar et al., 1982; Whelan, 2004; Fehon et al., 2001b).

Flere undersøkelser viser at fysisk og emosjonell mishandling under oppveksten er viktige forklaringsvariabler både for utvikling av alvorlig psykisk lidelse og for voldsutøvelse (Fehon et al., 2001a; Stiffman et al., 1996; Clare et al., 2000). I vår undersøkelse hadde 2/3 av pasientene en oppvekst preget av avvikende familieforhold (se tabell 1). Typisk for de fem (6 %) pasientene som sto for 95 (58 %) av registrerte voldsepisoder, var en oppvekst preget av traumer, vold og overgrep (seksuelle og andre). Funnene i denne undersøkelsen støtter dermed opp om funn i internasjonale undersøkelser, at ungdommer med voldelige erfaringer lettere svarer med vold når de kommer opp i emosjonelt frustrerende og uoversiktlige situasjoner (Fehon et al., 2001b). En oppfølgende

undersøkelse av de som har utøvd vold, og spesielt av de få som har utøvd mye vold, ville være interessant i seg selv, men ville også kunne avklare om denne tendensen til lettere å svare med vold forsvinner eller vedvarer.

Forekomsten av voldelige episoder er høyere blant ungdommene i denne undersøkelsen enn hva som typisk finnes i undersøkelser av voksne pasienter. Dette samsvarer godt med internasjonale funn (Inamdar et al., 1982; Mellesdal, 2003). Likevel, i og med at de fleste undersøkelser av vold blant voksne psykiatriske pasienter tar utgangspunkt i allmennpsykiatrien, mens pasientgrunnlaget i denne undersøkelsen er Norges sykeste ungdommer, virker det rimelig å spekulere på om voldsforekomsten i en norsk allmennpsykiatrisk inneliggende ungdomspopulasjon ville være lavere.

Undersøkelsen viser at bare noen meget få personer utøver den meget alvorlige volden og utøver vold hyppig. Hadde fem av de 89 pasientene vært tatt ut av avdelingen, ville 58 % av voldsepisodene og 68 % av de alvorlige voldsepisodene blitt borte. Dette taler for at psykiatriske ungdomsavdelinger bør rette et særlig behandlingsfokus mot gjentatt voldelig utagering ved avdelingen. Et atferdsmønster som varsler hyppige og alvorlige voldsepisoder i fremtiden ses allerede etter andre eller tredje voldsepisode. Tett oppfølging og fokusert behandling overfor denne lille gruppen vil kunne halvere både antallet voldsepisoder og de alvorlige voldsepisodene. Tvangsmiddelbruk knyttet til voldelig utagering vil samtidig reduseres tilsvarende.

Depressive og paranoide symptomer var de eneste enkeltstående psykiatriske symptomer ved innleggelsestidspunktet som hang sammen med vold og utagering i avdelingen i denne undersøkelsen. Begge funnene stemmer godt overens med internasjonale funn. TCO-symptomer forekom sjelden, og det kan ikke trekkes noen konklusjon vedrørende sammenheng med vold annet enn at TCO-symptomer ikke trenger å være til stede for at sammenhengen mellom paranoide symptomer og vold skal tre frem.

Konklusjon

I denne undersøkelsen av vold i en landsdekkende spesialavdeling for ungdomspsykiatriske pasienter forekom ikke vold hyppigere blant psykotiske enn blant ikke-psykotiske ungdommer. Heller ikke ble det funnet noen systematisk sammenheng mellom å ha utøvd vold før innleggelsen og voldsutøvelse i avdelingen, men typisk for de ungdommene som utøver mye vold i avdelingen, er at de har blitt utsatt for vold og overgrep i løpet av oppveksten.

I all hovedsak finnes voldsutøvelsen å være situasjons- og kontekstavhengig, der særlig verbal og/eller fysisk grensesetting fra personalet har betydning. Økt kunnskap hos behandlingspersonalet om formidling av korreksjon og grensesetting vil kunne forebygge en del utageringsepisoder.

Et svært lavt antall pasienter står for et svært høyt antall både mer og mindre alvorlige voldsepisoder. Allerede etter andre eller tredje voldelige utagering ses et adferdsmønster som peker mot systematisk bruk av vold. Et særlig behandlingsfokus synes å være nødvendig på de få pasientene som har mer enn to–tre voldelige utageringer.

Inge-Arne Teigset

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Oslo Universitetssykehus HF – Ullevål, Psykiatrisk divisjon Gaustad, bygning 7

0407 Oslo

Tlf. 22 02 92 44

E-post inge-arne.teigset@kompetanse-senteret.no

Referanser

- Blomhoff, S., Seim, S., & Friis, S. (1990). Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital & Community Psychiatry, 41*, 771–775.
- Borchgrevink, T.S., & Fjell, A. (1992). *Psykooseprosjektet. Et psykoedukativt behandlingstilbud til psykotisk ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Clare, P., Baley, S., & Clark, A. (2000). Relationship between psychotic disorders in adolescence and criminal violent behaviour; a retrospective examination. *British Journal of Psychiatry, 177*, 275–279.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R., Nicholls, T.L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67* (6), 917–930.
- Douglas, K.S., & Webster, C.D. (1999). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. I: Roesch, R., Hart, S.D., & Ogloff, J.R.P. (red.), *Psychology and law: The*

- state of the discipline. *Perspectives in law & psychology, Vol. 10.* (ss. 175–239). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Fehon, D.C., Grillo, C.M., & Lipschitz, D.S. (2001a). Correlates of Community Violence Exposure in Hospitalized Adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 42* (4), 283–290.
- Fehon, D.C., Grillo, C.M., & Lipschitz, D.S. (2001b). Gender Differences in Violence Exposure and Violence Risk among Adolescent Inpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease, 189* (8), 532–540.
- Field, T. (2002). Violence and Touch Deprivation in Adolescents. *Adolescence, 37* (148), 735–749.
- Hare, R.D., & Hart, S.D. (1993). Psychopathy, mental disorder, and crime. I: Hodgins, S. (red.), *Mental disorder and crime* (ss. 104–115). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Hart, S.D., & Hare, R.D. (1996). Psychopathy and risk assessment. *Current Opinion in Psychiatry, 9*, 380–383.
- Hartvig, P., Alfarnes, S.A., Skjønberg, M., Moger, T.A., & Østberg, B. (2006). Brief Checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities; A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*, 243–248.
- Hiday, V.A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law & Psychiatry, 20* (4), 399–417.
- Hiday, V.A. (2006). Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls. *International Journal of Law & Psychiatry, 29* (4), 316–331.
- Hildebrand, M., De Ruiter, C., & Nijman, H. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence, 19* (1), 13–29.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 49* (6), 476–483.
- Inamdar, S.C., Lewis, D.O., Siomopoulos, G., Shanok, S.S., & Lamela M. (1982). Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents. *American Journal of Psychiatry, 139* (7), 932–935.
- Klassen, D., & O'Connor, W.A. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. I: Monahan, J., & Steadman, H.J. (red), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (ss. 229–257). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.

- Link, B.G., & Stueve, A. (1995). Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behaviour. *Epidemiologic Reviews*, *17* (1), 172–181.
- Link, B.G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of «threat/control-override» symptoms. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *33*, Suppl 1, 55–60.
- Mellesdal, L. (2003). Aggression on a psychiatric acute ward; a three-year prospective study. *Psychological Reports*, *92*, 1229–1248.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behaviour. *American Psychologist*, *47*, 511–521.
- Rund, B.R., Borchgrevink, T.S., Fjell, A., & Hallert, M. (1991). Psykoseprosjektet ved SSBU: Et psykoedukativt behandlingstilbud for unge psykotiske pasienter, basert på «expressed emotion»-forskningen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *28*, 283–291.
- Ryan, E.P., Hart, V.S., Messick, D.L., Aaron, J., & Burnette, M. (2004). A prospective study of assault against staff by youths in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, *55* (6), 665–670.
- Stiffman, A.R., Dore, P., & Cunningham, R.M. (1996). Violent behavior in adolescents and young adults: A person and environment model. *Journal of Child and Family Studies*, *5* (4), 487–501.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, *155* (2), 226–231.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). Assessing risk of violence to others. I: Webster, C.D., & Jackson, M.A. (red.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. (ss. 251–277). New York, NY, US: Guilford Press.
- Whelan, D.A. (2004). Reducing Assault Among Hospitalized Youths, Letter to the Editor. *Psychiatric Services*, *55*, 1317–1318.
- Whittington, R. (1994). Violence in psychiatric hospitals. I: Wykes, T. (red.), *Violence and health care Professionals* (ss. 23–43). London: Chapman & Hall.