

Behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse i fengsel

Innføring av psykodynamiske kasusformuleringer har ført til bedre behandling, viser erfaringer fra en Fengselspsykiatrisk poliklinikk.

TEKST

Ani Elise Pilavian Vik

PUBLISERT 28. april 2023

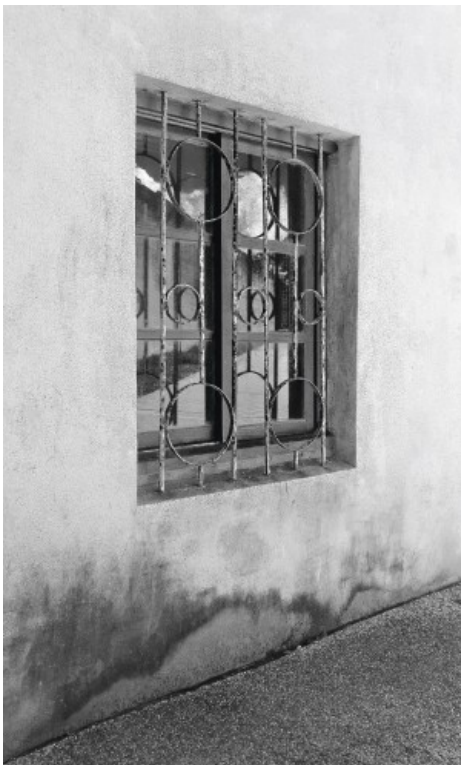
EMNER

dyssosial personlighetsforstyrrelse

DPF

domfelte

psykodynamiske kasusformuleringer



BEHANDLING I FENGSEL Under soning kan innsatte få tilgang på prososiale mestringserfaringer.

Foto: Malcolm Koo / Wikimedia Commons

Innsatte i fengsel har høyere forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen ellers (Cramer, 2014; Fazel & Seewald, 2012). Tallene er høyest for personlighetsforstyrrelser, hvor 50 til 80 % av innsatte fyller kriteriene for en eller flere personlighetslidelser (Teigland, 2021). Innsatte med dyssosial personlighetsforstyrrelse (DPF) er den største

gruppen, og det er få forskjeller i forekomst av DPF for kvinnelige og mannlige domfelte (Cramer, 2014). DPF er koblet til mer alvorlig kriminalitet, voldskriminalitet og høyere risiko for tilbakefall til kriminalitet (Wormith et al., 2007). Pasienter med DPF kjennetegnes av manglende evne til empati, lav terskel for aggressiv atferd, eksternalisering av ansvar og svak evne til å lære av straff (World Health Organization [WHO], 1992). Hvorvidt DPF kan behandles, har vært et kontroversielt spørsmål (for eksempel Salekin, 2002). For personlighetsforstyrrelser generelt har det siste tiåret vært preget av mer behandlingsoptimisme, i takt med at forskning og klinikk har utviklet bedre forståelse og mer treffsikre behandlingstiltak (se f.eks. Teigland, 2021). Trenden gjelder også for DPF (for eksempel Bernstein et al., 2021) og sammenfaller med min kliniske erfaring fra Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP) ved Oslo universitetssykehus. For to år siden implementerte vi psykodynamiske kasusformuleringer (McWilliams, 1999) som rammeverk for behandling av pasienter med personlighetspatologi. Tilnærmingen egner seg særlig for arbeid med alvorlig personlighetsproblematikk fordi den har en helhetlig tenkning om pasientens plager og symptomer (McWilliams, 1999; McWilliams, 2018). Hypoteser om pasientens personlighetsmessige organisering formuleres i tråd med en dimensjonal tenkning som passer godt sammen med nyere forståelser av personlighetspatologi (Livesley, 2007; WHO, 2018). I poliklinikkens prosess med implementering av metoden har vi hatt månedlig videoveiledning fra dr. Nancy McWilliams. Fagmiljøet har erfart at utviklingsarbeidet har bedret forståelsen av pasientenes problematikk og har ført til økt kvalitet på behandlingen vi tilbyr.

«Det er få forskjeller i forekomst av dyssosial personlighetsforstyrrelse for kvinnelige og mannlige domfelte»

Her vil jeg forsøke å gi et klinikknært innblikk i hvordan man kan jobbe med alvorlige personlighetsforstyrrelser i fengsel. Utgangspunktet er et toårig terapiforløp med en ung kvinne. Blant domfelte er det som nevnt få kjønnsforskjeller i forekomsten av dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det betyr ikke at kjønnsperspektivet i forståelse og behandling er uvesentlig. Likevel er hovedfokuset i presentasjonen av forløpet hvordan man kan jobbe med dyssosial personlighetsproblematikk uavhengig av kjønn.

Thea

Thea var i begynnelsen av 20-årene da jeg traff henne. Hun er domfelt til mer enn tre års fengsel for flere tilfeller av alvorlige seksuallovbrudd mot voksne personer. Handlingene hadde ikke et seksuelt motiv. Hun har en bakgrunn preget av traumeutsettelse i form av seksuelle overgrep, fysisk mishandling og neglekt. Som barn var hun i stort omfang eksponert for rus, vold, pornografi og voksnes seksuelle handlinger. Hun forteller at det viktigste som barn var å prøve å beskytte den yngre

søsteren fra overgrep og vold. Hun oppgir at motivet for handlingene hun er dømt for, var et ønske om å beskytte mulige ofre, og gjengjeldelse for det hun opplevde som barn. Thea har fra 10–11-årsalderen misbrukt cannabis og alkohol og etter hvert amfetamin og benzodiazepiner. Hun har vært i flere voldelige parforhold og har vært utsatt for vold og voldtekter i rusmiljøet. Hun har også utøvd grov vold, blant annet i forbindelse med pengeinnkreving. Hun beskriver en gjennomgående opplevelse av å være nummen og frakoblet, som motvirkes av følelser som sinne, raseri og sadisme. Andre følelser forbinder hun med svakhet, og hun oppgir dem som fremmede og utålelige. Hun beskriver humørsvingninger og spenninger som mildner ved utageringer. Selvfølelsen beskrives som lav, og hun opplever ingen virkelig følelsesmessig forbindelse til andre mennesker. Hun har hatt mange og kortvarige kontakter med hjelpeapparatet. Hun anslår at hun har vært i kontakt med over tyve ulike behandlere, men ingen forløp har vart mer enn noen måneder. De fleste kontaktene har vært avsluttet på Theas initiativ. Hun har vært vurdert med ruslidelser, spiseforstyrrelser, personlighetslidelser, bipolar lidelse, PTSD og ADHD. Alvorlig dissosiasjon er beskrevet i journal fra 11–12 års alder, og senere selvskadingsatferd som førte til flere kortvarige akuttinnleggelser. Ved oppstart av behandlingen har hun sonet ett år av dommen. Thea har ifølge Kriminalomsorgen relativt god fungering: Hun jobber, er pliktoppfyllende og beskrives som en ledertype. Hun kan imidlertid miste besinnelsen verbalt og være dominerende overfor svakere medinnsatte. Hun oppsøker behandling for å få bekreftet at hun har ADHD og bipolar lidelse, og ønsker medisiner. Thea oppgir samtidig at hun ikke vet hva som feiler henne, og at hun ønsker å føle seg bedre.

Makt som overlevelse

I det første møtet forteller Thea på en oppstemt og hektisk måte om deler av bakgrunnen sin. Stemmen er skingrende, og hun ler høyt mens hun beskriver skrekksener fra barndommen, som da hun som femåring brakk nesa i en ulykke og ble mishandlet fordi hun begynte å gråte. Når jeg uttrykker opprørthet over det hun forteller, blir hun irritert og annonserer at dersom jeg er «en sånn sippete psykolog som begynner å grine og ikke tåler noe», så slutter hun å komme. Samtidig er hun

**«... å snu barndommens
maktesløshet til en myte om seg
selv som en med kontroll og
makt til å dominere»**

idealiserende overfor meg, mens hun devaluerer og latterliggjør andre i hjelpeapparatet. Etter timen sitter jeg igjen med en grunntone hvor jeg både er skremt av Thea og liker henne. Jeg bekymrer meg for å bli en i rekken av behandlere hun har avsatt, og lurere på hvordan jeg skal skaffe nok frihetsgrader til å få gjort et terapeutisk arbeid med en pasient som tilsynelatende ikke tåler uttrykk for medfølelse.

Jeg tok saken med til veiledning, hvor vi sammen med veileder Nancy McWilliams utviklet en kasusformulering med foreløpige hypoteser. Vi antok at Theas liv hadde blitt organisert rundt å snu barndommens maktesløshet til en myte om seg selv som en med kontroll og makt til å dominere. Styrken på det omnipotente forsvaret tydet på at posisjonen hadde bidratt til å skape mening, å bevare en selvfølelse og å håndtere potensielt tilintetgjørende angst. Slik ble det forståelig at hun reagerte med sterkt forsvar i møte med signaler som kunne rokke ved grunnoppfatningene. Den nesten maniske fremtoningen forsto vi som et vern mot overveldende sorg over barndommen; å holde seg oppe og i bevegelse var et effektivt forsvar mot psykisk smerte. En del av hypotesen ble også at det å trenge andre var forbundet med fare for å gjøre seg sårbar. Samtidig hadde hun søkt meg med en uklar bestilling: et ønske om å føle seg bedre. I Theas *undertekst* (Killingmo & Gullestad, 2005) til meg lå det kanskje et spørsmål om hvorvidt jeg var «mektig nok» til å tåle henne og bakgrunnen som både offer og overgriper. Vi forsto det slik som at Thea sto i et dilemma hvor hun ønsket og ikke ønsket å knytte seg til terapeuten, og at et mål for tilnærmingen var å gjøre det mulig for Thea å utforske det å trenge et annet menneske. Våre tanker om tilnærming var at den burde baseres mer på respekt enn på empati, for at Thea skulle kjenne seg akseptert og forstått.

I neste time delte jeg hypotesen om makttemaet med Thea. Responsen var preget av overraskelse, men hun uttrykte at jeg hadde forstått hvem hun var. Hun bekreftet at hun hatet medfølelse og sa at hun likte at jeg hadde skjont det så tidlig. I samme time tok jeg opp at jeg hadde lagt merke til at mange tidligere relasjoner i livet hennes var brutt, og at det stort sett hadde skjedd på hennes initiativ. Vi laget deretter en avtale om hvordan vi skulle forebygge brudd i vår kontakt.

Mot en depressiv posisjon

I månedene som fulgte, møtte Thea til hver time. Samtidig fortsatte hun å snakke om traumatiske livshendelser, egen voldsbruk og hverdagslige tema på en vekselvis hektisk og avflatet måte. Når jeg spurte om hvilke følelser hun var i kontakt med, var svaret enten at hun var *forbanna* eller ikke kjente noen ting. Jeg holdt meg til en usentimental måte å uttrykke meg på i møte med materialet Thea brakte inn i terapirommet, men tillot meg etter hvert i større grad å vise med ansiktsuttrykk som var *ikke-komplementære* til hennes, at jeg kjente medfølelse, opprørhet og tristhet. Tilnærmingen matchet tilsynelatende, og hun viste ikke tegn til å kjenne seg angrepet eller overveldet. Etter flere måneder med mange slike repetisjoner opplevde jeg at Thea gradvis ble regulert ned, og at det ble mer kongruens mellom det hun berørte tematisk og det hun uttrykte følelsesmessig.

Som ledd i den diagnostiske avklaringen innhentet vi dokumentasjon på tidligere kontakt med hjelpeapparatet. Det kom et omfattende materiale tilbake, hvor det sentrale var at mange instanser har meldt bekymring for forholdene Thea hadde levd under, men at barneverntjenesten hadde gjort lite. I gjennomgangen av dokumentene fremsto Thea framkølet, men rapporterte å kjenne seg fysisk uvel, en reaksjon hun ikke

kjente igjen. I timene som fulgte, begynte det som til da hadde vært et idealisert narrativ rundt en av omsorgspersonene, å slå sprekker. På samme tid får Thea vite at en av personene som utsatte henne for vold og overgrep da hun var barn, er i en livssituasjon med en omsorgsrolle overfor mindreårige barn, og det bekymrer henne voldsomt. Ut fra det som kommer frem, vurderer jeg at meldeplikten til barneverntjenesten er utløst. Thea blir overrasket, men uttrykker lettelse over at jeg melder bekymring. I journalnotatet fra timen har jeg skrevet at Thea fremstår aktivert og overveldet ved at hun rødmer på halsen og i ansiktet, har knyttede never og spenner kjevene.

Dette blir imidlertid begynnelsen på en fase preget av stillstand, som utfordrer meg som terapeut på en annen måte. Det at Theas maniforme energi er fraværende og at hun stadig insisterer på at hun ikke kjenner eller vil kjenne på følelser, gjør at jeg plutselig kjenner meg matt og nedtrykt. Hun viser heller ingen tegn til anger for handlingene hun er dømt for. Jeg blir etter hvert utålmodig rundt temaet og adresserer det på en forsert måte som skaper irritasjon og motstand hos Thea.

Jeg tar på nytt opp saken i veiledning. Hypotesen nå er at Thea er i ferd med å bevege seg mot en mer depressiv posisjon. Gjennomgangen av journalene, det bristende bildet av den tidligere idealiserte omsorgspersonen og en begynnende terapeutisk tilknytning har brakt den faretruende sorgen over barndommen nærmere. I denne psykologisk utsatte posisjonen gjør vi oss tanker om at Thea trenger at jeg gir henne tid og støtte, respekterer forsvarerne hennes og selv holder ut det som er en dreining mot en mer depressiv, men også sunnere, psykologisk utvikling.

Etter måneder som oppleves som begivenhetsløse, kommer Thea en dag og forteller at hun har bestemt seg for å politianmelde det hun ble utsatt for som barn. Hun har samtidig konfrontert deler av familien med hvordan hun og søsteren ble sviktet da de var små, og har gitt beskjed om at hun ønsker avstand. Jeg merker meg og deler med Thea at disse grepene er en betydelig dreining mot å gi raseriet en adekvat og mer produktiv retning.

En vanskelig periode med politiavhør, venting og skuffelser følger. Thea utvikler en depressiv reaksjon, hvor hun blir sengeliggende og ikke møter til arbeid eller timene våre. Jeg samarbeider med kontaktbetjentene i fengselet om planer for å hjelpe henne tilbake i en struktur som er god for henne. Til forskjell fra tidligere opplever betjentene at Thea tar imot hjelpen og lar seg trøste. Etter et par uker er hun tilbake i aktiviteter og møter opp i terapi. Hun er først hektisk, men «lander» snart og setter ord på at hun er redd for å bli deprimert, og at det føles som et bunnløst hull har åpnet seg rundt henne. Jeg bruker tid på å validere og kontekstualisere reaksjonene som forståelige i møte med store belastninger. På samme måte som betjentene opplever jeg at Thea er til stede på en annen måte, og at hun også kan ta imot min trøst.

Denne opplevelsen av økt nærhet holder seg over noen uker. Der hun tidligere har avfeid å tematisere relasjonen vår, sier hun nå i en time at hun utenfor terapirommet

iblant kan *høre for seg* hva jeg ville ha sagt i ulike situasjoner, og at hun da hører «en mild og rådgivende stemme».

Uken etter møter hun imidlertid opp og har en utfordrende stil, hvor hun spontant forteller om brutal vold hun har utsatt andre for, og om hvor lite hun angrer. Jeg settes i noen grad ut av dette skiftet, men får i veiledning hjelp til å gjøre det forståelig at fremskritt kan følges av en regressiv reaksjon, hvor pasienten trenger å ta i bruk kjente strategier for å gjenfinne en psykologisk opplevelse av balanse. Det brå skiftet kan antagelig også forstås som en test, en påminnelse og et spørsmål til meg om jeg kan tåle også disse sidene hos henne. Til tross for at jeg psykologisk sett forstår det, vekker det ubehag i meg å forholde meg til disse destruktive og forstyrrede delene av Theas psykologi.

Tilknytning og løsrivelse

Noe som samtidig beveget seg rundt oss, var at Theas soning, og dermed vår kontakt, gikk mot slutten. Etter hvert som løslatelsen nærmer seg, opplever jeg Thea som stadig mer sarkastisk og uengasjert. Jeg forsøker å tematisere det som foregår, men avfeies. Samtidig kommer det bekymringsmeldinger om at Thea har gått ned i vekt, og hun tilkjennegir at spiseproblematikken fra ungdomstiden har blomstret opp igjen.

I veiledning adresserer vi den vanskelige avslutningsfasen. Fokuset er på hvor truende det er for Thea å miste de sunne relasjonene hun har etablert under soningen. I denne psykiske realiteten trenger hun antagelig det samme som tidlig i terapien for å ikke koble seg fra. Samtidig råder veilederen meg til å dele med Thea hvordan jeg forstår henne, og at jeg bryr meg om henne.

I de siste ukene opplever jeg at Thea *forholder seg* til meg og bruddet vi står overfor. Spisingen stabiliseres, og hun fungerer på jobb. I et journalnotat har jeg bemerket Theas økte kapasitet for selvobservasjon etter at hun både spøkefullt og alvorlig sier at «jeg lager litt helvete på avdelingen om dagen for å gjøre det lettere å dra herfra». Samtidig beveger hun seg på overflaten av de fleste temaene og er opptatt av praktiske forhold. Hun henvises til ruspoliklinikk for videre behandling siden vi begge ser rusmiddelbruk som den største risikofaktoren for tilbakefall til voldskriminalitet.

I en av de siste timene har Thea med en bærepose full av dokumenter som viser seg å være avhørsdokumentene fra anmeldelsen av det hun ble utsatt for som barn. Hun ber meg om å lese alt og sier samtidig at hun aldri vil snakke om det som står der igjen. Jeg leser de flere hundre sidene, som inneholder nøkterne beskrivelser av seksuelle overgrep, vold og omsorgssvikt i massivt omfang. Selv om en del er kjent for meg, gjør det samlede omfanget at jeg i enda større grad tar innover meg bakgrunnen Thea kommer fra og i noen grad har reist seg fra. Neste gang vi ser hverandre, forteller jeg henne hvor lei meg jeg er for det som skjedde med henne som barn, og for at ingen beskyttet henne, og jeg opplever at hun lytter oppmerksomt uten å koble seg fra.

I den avsluttende timen viste Thea usikkerhet overfor det som lå foran henne, og stilte eksistensielle, men produktive spørsmål som: Hvordan skal en som meg noen gang

kunne inngå i en sunn relasjon? Om vår relasjon sier hun:

Jeg har mange ganger vært sikker på at jeg har sagt for mye, og at du synes det er ekkelt, sjokkerende ..., for mye. Både det som har skjedd med meg, og det jeg har gjort mot andre. At jeg ikke kan se ordentlig på deg etterpå. Men du har alltid tatt meg imot gangen etter og smilt, virka glad for å se meg på en måte (...) Det er rart å tenke på at på disse åra har forholdet til deg blitt det mest stabile jeg har hatt i livet mitt.

Når det gjelder ofrene for den seksualiserte volden hun har utført, sier hun:

Jeg holder på det at de på en måte fortjente det (...) Men det som plager meg lite grann, det jeg ikke får til å gå opp helt, da ... det er det at jeg vet hvordan det er (å være et offer for seksualisert vold, min anmerkning), og at jeg har gjort det mot noen andre.

Som man ser av Theas refleksjon, er det ikke snakk om at hun har utviklet noen dypere innlevelsesevne overfor ofrene, men gjennom en økt selvmedfølelse for barnet hun var, har hun fått tilgang på en tvil, noen nyanser, noe hun ikke helt får til å gå opp.

Når vi tar avskjed, takker jeg Thea for tilliten hun har vist meg, og sier at jeg kommer til å savne og tenke på henne. Jeg sier at det er synd at praktiske forhold gjør at vi må avslutte kontakten, og at hadde det ikke vært for det, ville jeg ha jobbet med henne så lenge hun ønsket. I sin oppsummering av kontakten verken idealiserte eller devaluerte Thea meg, men ga det jeg opplevde som et realistisk bilde av opp- og nedturene vi hadde delt. Da hun hadde gått, satt jeg igjen med en følelse av at jeg hadde blitt et helt menneske for henne – en med feil og mangler, men også en som stadig hadde gått et stykke av veien sammen med henne.

Avsluttende betraktninger

Rammene for den terapeutiske prosessen som er beskrevet, er soning i fengsel, en setting hvor den innsatte har stabile livsbetingelser, er avskåret fra rus og kan få tilgang på prososiale mestringserfaringer. Etter min erfaring ligger muligheten for virksom behandling i nettopp rammene kombinert med psykoterapi over lengre tid.

**«... gjennom en økt
selvmedfølelse for barnet hun
var, har hun fått tilgang på en
tvil, noen nyanser»**

Når det gjelder Theas prosess, får hun til å forbli i et langvarig terapiforløp. Både rammene i fengsel og tenkningen fra kasusformuleringen om terapeutisk holdning, inntoning og intensitet, var sentrale for å komme dit. Å forbli i relasjonen ga Thea mulighet til å erfare brudd og reparasjoner, stabilitet og trygghet. I en slik relasjon ble

det mulig å utforske de ulike sidene av seg selv: det maktesløse og prisgitte barnet og den aggressive og sadistiske overgriperen, og å forsøke å nærme seg et mer integrert og aksepterende selv. Her lå muligheten til å forholde seg friere til det psykologiske forsvaret som til da hadde drevet henne. Når den tidligere utålelige offerposisjonen kunne rommes, var det ikke lenger livsnødvendig å holde på det omnipotente, utagerende eller dissosiative forsvaret. Følelsene kunne i økende grad få slippe til, tåles og reguleres. Uten tilgang på rusmidler måtte andre strategier utforskes, som det å ta imot trøst fra betjentene. Slik kunne hun oppleve å kjenne på nærhet til andre mennesker. I relasjonen til terapeuten opplevde Thea å forme en tilknytning og å begynne å bry seg om hva terapeuten tenkte og følte. Hun fikk også tilgang på en gryende selvmedfølelse med sine egne sårbare sider. Begge deler må antas å ha betydning for det å kunne begynne å forme en samvittighet og en empatisk kapasitet overfor andre.

Oppsummert var den psykoterapeutiske prosessen én av flere multisystemiske faktorer som bidro til endringen Thea oppnådde. En fellesnevner ved endringsfaktorene var at de knyttet seg til emosjonelt korrigerende erfaringer med å inngå i relasjoner på en måte som ikke var grenseløs, destruktiv eller forstilt. Slik ble Theas konsept om en makt- og styrkeposisjon utvidet ved at hun fikk erfare modeller som tålte, ansvarliggjorde og beveget henne fremover uten å være destruktive. Etter min erfaring er det kanskje det som er det mest kraftfulle verktøyet i behandling av mennesker preget av liv med skjevutvikling og alvorlige tilknytningsskader: Det er i en langvarig og sunn relasjon til et annet menneske at virkelig tilheling kan begynne å finne sted.

Merknad: Pasienten som omtales har godkjent teksten slik den er presentert her. Thea er ikke hennes egentlige navn. Artikkelen er basert på en spesialistoppgave.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 5, 2023, side 306-311

TEKST

Ani Elise Pilavian Vik

KONTAKT: anielisevik@gmail.com

+ Vis referanser

Bernstein, D., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., Vogel, V., Kersten, G., Lancel, M., Jonkers, P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N., Deenen, T. & Arntz, A. (2021). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(1), 88-102. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>

Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler (prosjektrapport 2014-1). Oslo: Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst.

Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>

Killingmo, B. & Gullestad, S. E. (2005). *Underteksten*. Universitetsforlaget.

Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 21(2), 199-224.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.199>

McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford Press.

McWilliams, N. (2018). *Psykoanalytisk diagnostikk*. Gyldendal.

Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)

Teigland, M. (2021). *Psykiske lidelser i fengsel*. Fagbokforlaget.

World Health Organization. (1992). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer, norsk utgave 1999*. Gyldendal.

World Health Organization. (2018). *The International Classification of Disease (ICD-11)*. Genève: World Health Organization.

Wormith, J., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T. J. & Morgan, R. D. (2007). The Rehabilitation and Reintegration of Offenders - The Current Landscape and Some Future Directions for Correctional Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 879-892.

<https://doi.org/10.1177/0093854807301552>