

Behandling av hva og for hvem?

Personlighetspsykiatri konferansen 2013

Antisosial personlighetsforstyrrelse

Utviklingslinjer og muligheter for
forebygging og behandling

Aleris

Behandling av antisosialitet

- Den ambisiøse klinikers våte drøm
- Behandleres verste mareritt

For hver ting man ser er det noe man ikke ser

Innfallsvinkel, metode og tolkning

- Antisosialitet er det en antisosialitetstest måler...
- Det er flere veier til Rom
- Måleområder, –nivåer og –miljøer

ICD-10

- Generelle kriterier for PF:
 - **Vedvarende** tilstander/atferdsmønstre
 - Uttrykker individets **typiske** måte å forholde seg til selv og andre på
 - Noen faktorer **viser seg tidlig** i livet
 - **Rigide** reaksjoner i personlige/sosiale relasjoner
 - Ekstreme/betydningsfulle **avvik** fra hvordan et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur sanser, tenker, føler, og i særlig grad *forholder seg til andre*
 - Stabile atferdsmønstre som **omfatter mange** atferdsmessige og psykologiske **funksjoner**
 - Ofte forbundet med varierende grader av **subjektivt ubehag** og **svikt i sosiale ferdigheter**

- P: *Stabile* trekk, *fleksible* tolkninger og *flere* handlingsalternativer
- PF: *Stabile* trekk, *rigide* tolkninger og *få* handlingsalternativer, *ubehag/svikt*

Er P og PF stabile størrelser?

- **Observasjonsperiode:** Jo lenger man observerer, jo mer endring/variasjon vil man oppdage
- **Observasjonskilde:** Selvrappotering viser seg å være mer stabil enn observatørers opplevelse
- **Variabel som undersøkes:** Atferd er mindre stabilt enn kognisjon, som er mindre stabil enn affekt (Pervin, 1994)

- Stabilitet og endring er to **komplementære forhold/prosesser**: Man trenger en viss stabilitet for å kunne studere endring, og konstans er ikke interessant uten noe som tjener som kontrast

Personlighet

- Personlighet som dynamisk prosess (psykodynamisk tradisjon; Westen, Gabbard & Ortigo, 2008)
- Personlighet som stabile trekk (femfaktormodellen; McCrae & Costa, 2008)
 - ekstroversjon,
 - omgjengelighet,
 - samvittighetsfullhet,
 - nevrotisme,
 - åpenhet

- Statiske og dynamiske perspektiver på personlighet (*state-trait distinction*; Allen & Potkay, 1981) representerer ulike målenivåer
- PF symptomer kan være rigide og aktive til samme tid

Konsekvens

- Rigiditeten i PF vies ofte mer oppmerksomhet enn forstyrrelsens interpersonlige dynamikk
- Det er en tid for å fokusere på rigiditet/trekk (enklere å predikere, beskyttelsesøyemed), og en tid for et mer situasjonsspesifikt fokus (vanskelig å predikere, lettere å forstå motiver, nyttig mht behandling)

- Hva må til for å endre en **personlighet**, og hva skal til for å endre en **personlighetsforstyrrelse**? Dette er ikke nødvendigvis det samme!
- Må man endre personlighet for å kurere personlighetsforstyrrelse?

- Det er viktig å ikke behandle PF symptomer som rent *statiske* variabler, da vi alltid er den vi er *i relasjon til noen/noe*
- Mennesket som *flokkdyr*

Eksempel

- Er det slik at psykopaten er en isolert, uberørt, antisosial organisme, eller er han eller hun snarere del av og påvirket av menneskelig interaksjon, slik som alle andre?
- Hvilken *hensikt* tjener frakoblethet (detachment) og kulde (callousness)?

Problems cannot be solved with the same
mind set that created them (Albert Einstein)



Dr. Ryan presents his controversial theory proposing that the cow is not flat.

Aleris

- Er psykopati og lidelse gjensidig utelukkende begreper?
- Er psykopati mer enn de kalde, grandiose, og hensynsløse trekkene vi vanligvis ser?
- Er psykopaten uten kapasitet for endring?

Variable	PCL:SV ≥ 13		PCL:SV ≥ 18		Controls	
	N	%	N	%	N	%
Norwegian ethnicity	14	87.50	9	81.82	31	88.57
Intimate relationship	8	50.00	6	54.55	9	25.71
Education						
Elementary school	1	6.25	1	9.09	0	0.00
Junior high school	7	43.75	5	45.45	0	0.00
High school	5	31.25	2	18.18	0	0.00
University/college	3	18.75	3	27.27	35	100.00
Psychiatric record	11	68.75	7	63.63	8	22.86
Medication	8	50.00	5	45.45	1	2.86
Diagnoses						
Psychotic problems	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Affective problems	9	56.25	6	54.55	8	22.86
Anxiety problems	6	37.50	4	36.36	2	5.71
Somatic problems	1	6.25	1	9.09	0	0.00
Substance abuse	7	43.75	5	45.45	1	2.86
ADHD	5	32.25	2	18.18	0	0.00
Avoidant PD	3	18.75	1	9.09	0	0.00
Dependent PD	1	6.25	1	9.09	0	0.00
Compulsive PD	5	32.25	5	45.45	0	0.00
Paranoid PD	6	37.50	6	54.55	0	0.00
Schizotypal PD	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Schizoid PD	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Histrionic PD	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Narcissistic PD	2	12.50	2	18.18	0	0.00
Borderline PD	4	25.00	4	36.36	0	0.00
Antisocial PD	13	81.25	8	72.73	0	0.00

PCL:SV Score	Axis I ^a	Axis II	Axis II criteria	ADHD	Substance abuse	GAF m/w	Difficulties	Impact
14	0	1	4	-	-	100	6	Huge
15	1 ^b	1	14	-	-	100	3	Catastrophic
16	7	2	23	Yes	Yes	20/30	5	Moderate
16	0	1	10	Yes	-	80/75	10	Big
16	6	1	12	Yes	Yes	80/90	3	Light
18	2	4	31	Yes	-	90	5	-
18	0	2	14	-	-	100	7	Extreme
18	1 ^b	1	8	-	Yes	100	5	Big
20	1	2	20	-	-	90/60	5	Extreme
20	2	3	34	-	Yes	72/75	7	Big
21	0	1	7	-	-	100	3	No
21	0	2	18	-	-	100	1	Light
22	8	7	50	Yes	-	75	7	Extreme
22	0	1	25	-	Yes	100	8	Big
23	3	5	45	-	Yes	30	11	Extreme
23	0	2	30	-	Yes	100	7	Moderate

	PCL: SV \geq 13	PCL: SV \geq 18
YSQ-SF scales		
Emotional deprivation	.001	.005
Abandonment/instability	.024	n.s.
Mistrust/abuse	.000	.000
Social isolation/alienation	.013	.009
Defectiveness/shame	.005	.011
Failure	.036	n.s.
Dependency/incompetence	.034	.039
Vulnerability to harm/illness	.000	.000
Enmeshment/undeveloped self	.001	.000
Subjugation of needs	n.s.	.035
Self-sacrifice	n.s.	n.s.
Emotional inhibition	.008	.023
Unrelenting standards/hypercriticalness	n.s.	n.s.
Entitlement/grandiosity	.044	.018
Insufficient self-control/self-discipline	n.s.	.016

PANAS scale/item	PCL: SV \geq 13	PCL: SV \geq 18
Positive emotions last week	n.s.	.021
Negative emotions last week	.034	n.s.
Negative emotions usually	.004	.016
Interested last week	n.s.	.011
Interested usually	.028	n.s.
In need usually	n.s.	.038
Excited usually	n.s.	n.s.
Upset usually	.020	n.s.
Hostile last week	.000	.001
Hostile usually	.002	.017
Enthusiastic last week	n.s.	.013
Irritable last week	.007	.011
Irritable usually	.001	.003
Alert last week	n.s.	.040
Ashamed last week	.001	.013
Ashamed usually	.006	.026

Study 1	Beasley (2004)
PCL-R*	38
Current offence	Serial killing.
Early relations	Extremely unstable early life. Alcoholic, cold and distant mother with multiple marriages. Fought with and often beaten by step-father. Foster home and juvenile detention center. Ran away from home at 13. Lived for several years with an older homosexual man and engaged in sexual relations with him.
Characteristics	Male. 32 years. Substance abuse.
<i>Part objects:</i>	Sexually promiscuous. Engaged in homosexual activity to make money from the men. Extremely manipulative. Professed to be mostly interested in what he could obtain of monetary value from his victims. Degradation of victims. Grandiose behavior. No remorse. After the second or third murder, he was beginning to “enjoy” what he was doing. Conceded to have no feelings for those he killed. He forcible shoved objects/debris into some victims’ mouths after death.
<i>Regulation:</i>	Little control over behavior.
<i>Feelings:</i>	Generalized anger and rage. A need to exact revenge on “all the people who have ruined my life”. Finds relish in the attention he gets from his murders. Stated motives: Anger, retaliation, revenge.
<i>Defense;</i>	Not reported.
Method	Standardized protocol interview. Detailed case material.

Study 5 **Leach & Meloy (1999)**

PCL-R* 34

Current offence Sexual homicides

Early relations Absent father. Sexual and physical abuse by mother, stepfather and neighbour. Witness to adult sex and violent pornography. Safe attachment to grandmother.

Characteristics Male. 22 years. Borderline/mild mental retardation. Diagnosable anxiety and depression *at various times*. Antisocial and schizoid personality disorder. Substance abuse. Eneuretic until age 16. Generally compares himself negatively to others.

Part objects: Pleasure derived from dominance over victims. A tendency toward both isolation and dependency on others. Capacity to represent others as whole objects.

Regulation: Characterizes the homicides as “an urge that I had to do”. Defensive against own affect, but when felt it is explosively expressed. Hypervigilant, searching the stimulus field for relevant details.

Feelings: A deeply felt sense of being injured and damaged. A lack of any real affectionate connection with others.

Defense: Defensive against own affect. Psychotic reality testing when sexual/aggressive imagery is evoked. Fantasies that have never changed (reflected in his crimes). Grandiose ideational compensation for very low self esteem.

Method Complete review of records; DSM-III-R^a; Rorschach^e; MCMI-III^f; WAIS-R^g; PPVT-R^h; B-GTⁱ; MMPI-II^b. PCL-R consensus rating.

Implikasjoner

- Antisosialitetens kategoritenkning står for fall
- Psykopati og A/DPF er det samme?
- Psykopater/A/DPF opplever psykisk lidelse
- Høyt- og lavtfungerende psykopater
- Psykoapter påvirkes av negative livshendelser
- Vi må måle mer enn “det tradisjonelle”
- Ikke kun fokusere på “feil og mangler”

Antisosial/dyssosial/psykopati

- Psykopati som en avvikende utviklingsprosess, som manifesteres som en forstyrrelse i personlighetsfungering
- Fra et behandlingsperspektiv er det mest nyttig med en konseptualisering på et hypotetisk kontinuum, fra mild til alvorlig
- Viktig for å forhindre en motoverførings reaksjon: Pasienten er en psykopat og kan derfor ikke behandles
 - J Reid Meloy (1998; 2002, s. 311)

Hva kan vi behandle?

- Komorbiditeten?
- Personlighetsforstyrrelsen?
- Viktig med høye ambisjoner for å komme i mål en gang...

Fravær av motivasjon?

- Er det mulig?
- Finnes det noe absolutt nullpunkt?
- I forhold til hva? (Generelt, eller knyttet opp mot en aktivitet? Endring?)
- Betyr manglende motivasjon egentlig “feil” eller en “annen” motivasjon?

Man må være litt smart

- Selv den mest behandlingsresistente seksualovergriper vil sette seg mål som å utvikle ”mer suksessfulle intime relasjoner”...

- Normalt at motivasjonen ikke alltid er på topp
- Vi vil gjerne ha forandring bare ting er som de er...
- Bort fra “type tenkning” til fokus på helhetlig situasjon
- Forandring, bedre for hvem? Egosyntone trekk

“Det dobbelte motivasjonsproblem”

- Hva når ansatte ikke er motiverte/ikke tør/ ikke tror det er noe som kan gjøres?
- Utbrenthet og traumatisering hos ansatte
- Krav: Evne til å regulere seg *i*, og nullstille seg *etter* ekstreme situasjoner

Avgjørelse om å ikke behandle

- Sadistisk aggressiv atferd som har resultert i alvorlig skade, lemlesting eller død hos offeret
- Fullstendig fravær av anger, rettferdiggjøring eller rasjonalisering av slik atferd
- Intelligens større eller mindre enn 2 SD fra gj.sn.
- Historisk fravær av enhver kapasitet/tilbøyelighet for å danne et emosjonell tilknytning til et annet mennesker
- Erfarne klinikere opplever en primitiv frykt i pasientens nærvær, uten at denne utviser atferd som tilsier en slik overføringsreaksjon
 - Meloy (1998; 2002, s. 323)

Behandling

- Hensikten med behandling er å helbrede
- Det innebærer en omsorgsfull, empatisk, og optimistisk tilnærming til et eventuelt og endelig velvære hos pasienten
- Fundamentalt forskjellig fra vurderingsarbeid (samfunnsvern, straff, psykoedukasjon, etc.)
 - J Reid Meloy (1998; 2002, s. 310)

Tidligere behandling

- Lovbrytere/fengselspopulasjonen
- D/APD lettere å behandle enn psykopati?
- Vanlige og uvanlige metoder
- Behandlingsvariabler
- Utfallsmål
- Lite/vekslende hell
- Metodologiske feilkilder

Avgjørelse om å behandle

- Det finnes ikke nasjonale faglige retningslinjer for behandling av personlighetsforstyrrelse
 - er tiden moden for dette?
- Australsk behandlingsveileder (borderline)
- Britiske NICE guidelines (antisosial)

Fra NICE guidelines (2009/2013)

Nevertheless despite the rather negative findings about antisocial personality disorder, Crawford & Rutter (2007) found there was a broad agreement about the basic parameters for providing services to people with personality disorder. They stated that services should:

- be delivered over a relatively long period
- work flexibly with service users while ensuring the service they provide is consistent and reliable
- have the capacity to deliver more than one intervention of varying intensity to suit those with different levels of motivation
- deliver social as well as psychological interventions
- have the ability to ensure that service users are given time to prepare for leaving the service
- combine direct service provision with support for colleagues working in other settings aimed at increasing their capacity to work with people with personality disorder and decrease social exclusion
- ensure that staff work closely together and receive regular supervision

Aleris

NICE guidelines, forts.

- For people in community and institutional settings who meet criteria for psychopathy or DSPD, consider cognitive and behavioural interventions (for example, programmes such as 'Reasoning and Rehabilitation')
- For people who meet criteria for psychopathy or DSPD, offer treatment for any comorbid disorders in line with existing NICE guidance. This should happen regardless of whether the person is receiving treatment for psychopathy or DSPD because effective treatment of comorbid disorders may reduce the risk associated with psychopathy or DSPD

Intrapersonlig eller interpersonlig tilnærming?

- Dominans og fiendtlighet vs. handlekraft (agency) og fellesskap (community)

Wiggins & Trapnell (1996)

- Metaconcepts of community and agency
- “Interpersonal dispositions that communicate concerns about power and status in social hierarchies’ and ‘rejection or avoidance of intimacy”
- Ruthlessness and detachment reflect subjugation (lack of agency) and deficient care (lack of communion)?

Benjamin (1996, p. 197)

A pattern of inappropriate and unmodulated **desire to control** others, implemented in a detached manner. There is **a strong need to be independent**, to resist being controlled by others, who are usually held in **contempt**

There is a willingness to use untamed **aggression** to back up the need for control or independence. The [antisocial personality] usually presents in a friendly, sociable manner, but that **friendliness** is always accompanied by a baseline position of **detachment**. He or she doesn't care what happens to self or others

	PCL:SV ≥ 13	PCL:SV ≥ 18	Controls
PBI scales			
Care 1 mother	n.s. (12, 12)	n.s. (11, 11)	(14, 14)
Care 2 ^a mother	n.s. (13, 13)	n.s. (13, 13)	(15, 16)
Overprotection 1 mother	.022 (8, 9)	.005 (9, 9)	(5, 4)
Overprotection 2 mother	.000 (9, 8)	.000 (10, 10)	(5, 5)
Care 1 father	.023 (8, 6)	n.s. (9, 7)	(12, 14)
Care 2 father	.022 (10, 9)	n.s. (11, 11)	(14, 14)
Overprotection 1 father	.010 (5, 4)	.030 (5, 5)	(2, 2)
Overprotection 2 father	.004 (7, 6)	.020 (7, 6)	(4, 4)

- Det paradoksale er nødvendig ved behandling av antisosialitet:
- Gi noe til de som på mange måter ikke fortjener det

Hvor mye endring tåles?

- The just noticeable difference (konkret og ikke så truende)
- Læringsteori: Når lærer man best? Ikke for store/for lave utfordringer
- Vygotsky: Zone of proximal development (skyter vi for langt over mål?)
- Erikson: individet modnes gjennom livet når det møter utfordringer
- Tilrettelegge etter dagsform og psykologisk struktur

Hva kommer først?

- Kaotiske og farlige personer og situasjoner krever nøyaktig utredning og kloke intervensjoner
- Skjerming og tilføring av “ytre struktur”

Hvordan vet vi at de er motiverte?

- Når de ikke truer eller prøver å slå deg ...
- Når de glemmer å ta pause
- Når de får gjøre/snakke om ting som er personlig relevant (annen type aktivering)
- Når de selv tar initiativ (indre motivasjon)

Hjelper det?

- Institusjonell paranoia (det skjer forandring, kan vi stole på det?)
- Vi ser etter kongruens mellom det de sier og gjør, og hvorvidt dette følger predikerbare kliniske barometere

- Rydde unna projeksjoner og eksternalisering
- Få frem et problem (kan ta lang tid)

- My defenses aren't destructive; they're what make me feel safe.
- Help patient bear increasing levels of feeling with manageable anxiety.

Omgivelsesmessige/andre forhold

- Viktig at forskere og klinikere snakker sammen – og at klinikere også er forskere (og omvendt)
- Institusjonene må være *interessert* når det kommer ny forskning (folk flest er mer interessert) – og **SÆRLIG** når det som presenteres ikke passer inn i deres verdensbilde – jfr. Einstein
- Justisvesenet og Helsevesenet deler på oppg.
- Poliklinikk vs sykehuspost vs ...?

Der det finnes en vilje finnes det også en vei