

Schizofreni og vold

Bakgrunn. Aggresjon og vold hos mennesker med psykiske lidelser har vært viet mye oppmerksomhet. Til tross for dette vet vi lite om hvilke aspekter ved psykisk lidelse som er knyttet til vold og hvor sterk sammenhengen kan være.

Materiale og metode. Basert på internasjonale psykiatriske litteratur gis en oversikt over dette temaet.

Resultater og fortolkning. I flere studier har det vært rapportert at personer med alvorlig sinnslidelse har økt risiko for å begå drap. Schizofreni er en sykdom med en rekke symptommanifestasjoner som er blitt klassifisert på forskjellige måter. Man har lenge hatt oppfatningen at vold er koblet til positive symptomer og muligens desorganiseringssymptomer, men sammenliknet med andre karakteristika, som tidlig debut av antisosial atferd, antisosiale/psykopatiske trekk, tidligere voldsepisoder og misbrukerproblematikk, har symptomer liten prediksjonsverdi for vold. Misbrukerproblematikk har vært knyttet til økt sannsynlighet for vold for personer både med og uten psykisk lidelse, og nyere forskning tyder på at alkohol- og stoffmisbruk øker sannsynligheten for vold blant schizofrene mer enn blant mennesker uten slik lidelse.

Når psykiatriske pasienter begår alvorlige voldshandlinger, fører det ofte til stor oppmerksomhet i mediene og gir frykt i befolkningen. I de fleste samfunn, nå og tidligere, har man trodd på en sammenheng mellom psykisk lidelse og kriminalitet. Selv om mange har stilt seg kritisk til slike påstander, særlig i forbindelse med psykiatrikritikken som vokste frem i 1960-årene, har nyere forskning avstedkommet kunnskap om dette (1–3). Mange studier viser forhøyet forekomst av voldelig atferd hos psykiatriske pasienter, både før og under opphold i institusjon (2–7). En gjennomgang av historien til 257 pasienter fortløpende innlagt i en alminnelig psykiosepost i Sverige i løpet av 18 måneder viste at de fleste hadde schizofreni, at 38 % hadde et kriminelt rulleblad, og at 17 % var registrert for alvorlig voldskriminalitet. Voldsepisoder i løpet av behandlingen (gjennomsnittlig 14 døgn) ble registrert for mer enn halvparten av pasientene (8). Det finnes en rekke oppfølgingsstudier som viser en høyere frekvens av lovbrudd for psykiatriske pasienter sammenliknet med kontrollpersoner. Forskjellen er størst for voldskriminalitet (9).

Kirsten Rasmussen

kirsten.rasmussen@svt.ntnu.no

Psykologisk institutt

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7491 Trondheim

Sten Levander

Malmö Östra Sjukhus

Östra Faladsgatan 46–48

S-20502 Malmö

Rasmussen K, Levander S.

Schizophrenia and violence.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2303–5

Background. Increased attention is given to aggression and violence in people with mental disorders, though little is known of what aspects of mental disorders are associated with violence or about the strength of these associations.

Material and methods. A review of the topic is given based on international research.

Results and interpretation. Many studies have reported an increased risk of homicide among people suffering from schizophrenia. There are many ways of classifying symptoms in schizophrenia and there has been a clinical impression that violence is related to positive symptoms and disorganisation. However, the predictive value of symptoms is small compared to such characteristics as early onset of antisocial behaviour, antisocial and psychopathic traits, earlier violence and abuse problems. Alcohol and substance abuse is associated with an increased risk of violent behaviour in people with and without mental disorders. Recent research suggests that this increased risk is larger still in people with schizophrenia than in people with no mental disorders.

☞ Se også side 2256

Forekomst av alvorlig psykisk lidelse hos innsatte

Hvis psykiatriske lidelser er koblet med vold, burde det også være slik at kriminelle, og særlig innsatte, burde ha en høy forekomst av psykiatriske lidelser. Forskningen viser da også at forekomsten av psykisk lidelse er betydelig høyere blant innsatte enn den er i den generelle befolkningen. I store fengselsstudier gjort i USA og Canada rapporteres høy forekomst av alvorlige sinnslidelser (schizofreni, schizofreniforme lidelser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon og liknende) (10, 11). En svensk undersøkelse fra 1991 viser en forekomst på 5 % (12). Senere nordiske undersøkelser viser tilsvarende eller noe lavere forekomst av psykoser. Den høye frekvensen av psykiatriske lidelser blant innsatte i Norden gjelder ikke psykoser, men personlighetsavvik (70–85 %), rusmiddelavhengighet (70 %), nevropsykiatriske lidelser (30–50 %) og angst- og depre-

sjonslidelser (til sammen 30 %). Psykisk syke lovbrøyttere begår hyppigere lovbrudd enn andre kriminelle, i tillegg står de for en større andel av voldskriminaliteten (13, 14). Disse innsatte fyller ofte kriteriene for mer enn én diagnose.

Epidemiologiske undersøkelser av uselekterte fødselskohorter

Undersøkelser av grupper av personer som blir definert ut fra attributt som kriminalitet eller psykiatriske diagnoser er metodologisk svake. Prospektive epidemiologiske undersøkelser av fødselskohorter er en betydelig bedre metode. Sammenhengen mellom psykisk lidelse og kriminalitet i slike undersøkelser finner man hovedsakelig gjennom bruk av registre. Flere slike undersøkelser har vært gjort i Norden i de senere år. Resultatene viser at menn med alvorlig psykisk lidelse har høyere risiko for kriminell atferd og betydelig høyere risiko for å begå voldskriminalitet enn andre menn (15–17). For kvinner er resultatene enda mer uttalte. Dette betyr at den økte risikoen for kriminalitet og voldskriminalitet som psykisk lidelse innebærer, er betydelig større for kvinner enn for menn. Men det er langt større risikokjøkning ved alvorlig personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk enn ved psykose.

Forskjellige former for vold

Et av hovedtemaene i litteraturen har vært hvorvidt voldelig atferd er forårsaket av den psykiske lidelsen, eller om de faktorene som ligger bak voldelig atferd hos psykisk syke, er de samme som ligger bak voldelig atferd hos mennesker uten psykisk lidelse. En av grunnene til vår manglende kunnskap på dette feltet kan være at vold og aggresjon ikke er homogene fenomener.

Forskningen blir også vanskeliggjort av det faktum at vold tross alt er et lite hyppig fenomen. I enkelte populasjoner finner man imidlertid en opphopning av voldelige og aggressive individer, som for eksempel i psykiatriske sikkerhetsavdelinger. Ved regional sikkerhetsavdeling, Brøset, gjorde vi en vurdering av individuelle karakteristika ved innlagte pasienter, og fant at de utgjorde en heterogen gruppe både når det gjaldt symptomprofiler og voldsmønstre (18, 19). Den hyppigste diagnosen var schizofreni. En gruppe var karakterisert av at de hadde svært høye skårer på psykopati, i tillegg til misbrukerproblemer. En annen gruppe ble identifisert gjennom høye skårer på borderlinevariabel. En tredje gruppe bestod av individer som var eldre og som først og fremst var voldelige i institusjonssammenheng. Volds- og aggresjonsmønstrene var også forskjellige.

Vold blant schizofrene pasienter

Blant de alvorlige sinnslidelsene er det mye som taler for at voldsrisikoen er særlig høy blant de schizofrene. Høyfrekvent aggressiv atferd hos innlagte i psykiatrien blir ofte assosiert med denne diagnosen (4, 20, 21). Det er en viss støtte i litteraturen for at vold ved schizofreni er koblet til visse symptomer og subtyper. Blackburn (7) sammenliknet paranoide og ikke-paranoide schizofrene, og fant at paranoide hadde signifikant høyere forekomst av tidligere aggressiv atferd. De hadde også signifikant høyere skårer på ekstraversjonsrelaterte personlighetsskalaer. Han mente at forskjeller i personlighetsfaktorer kan medvirke til å øke voldsrisikoen like mye som selve psykosen.

Mye av usikkerheten om sammenhenger mellom schizofreni og vold kan nok skyldes at det i mange studier har vært store metodiske problemer. Felles for alle typer studier er at man i de færreste ser på schizofrene som en separat gruppe. Det vanlige er å klassifisere sykdomsbildet som alvorlig sinnssykdom, og dette vil i de fleste tilfellene omfatte schizofreni, schizofreniforme lidelser, bipolar lidelse, paranoia og alvorlig depresjon.

Drap og sinnslidelse

I en rekke studier har det vært rapportert at personer med alvorlig sinnslidelse har økt risiko for å begå drap. Når det dreier seg om hvor mye risikoen øker, er det betydelig sprik mellom de forskjellige studiene, først og fremst pga. metodiske forskjeller. Tallene vil også være forskjellige i forhold til hvilken befolkning som er studert (for eksempel fengselsinnsatte, psykiatriske pasienter og uselekterte befolkningsgrupper). I Sverige rapporterte Lindqvist (22) at 31 % av dem som begikk drap, hadde en alvorlig sinnslidelse eller hjerneskade, og i Danmark fant Gottlieb og medarbeidere (23) at 20 % av mennene og 40 % av kvinnene som begikk drap var diagnostisert som psykotiske. I Finland rapporterte Eronen og medarbeidere (24) at risikoen for å begå drap var sju ganger større for menn med schizofreni uten alkoholmisbruk enn for den generelle befolkningen. Risikoen var 17 ganger større for menn med schizofreni og alkoholmisbruk. Diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse økte risikoen 20 ganger. Flere studier tyder på at kombinasjonen alvorlig sinnslidelse og misbrukerproblematikk fører til økt risiko for voldsatferd.

I Norge rapporterte Noreik & Gravem (25) en økning i antall drap begått av sinnslidende i perioden 1980–89. Blant rettspsykiatrisk undersøkte sinnslidende tiltalt for drap eller drapsforsøk hadde 60 % schizofreni. Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i mars 1998 et utvalg som skulle vurdere tilfeller av drap og andre alvorlige voldshandlinger foretatt av sinnslidende i perioden 1994–96 (Rasmussen-utvalget). Grunnlaget var en gjennomgang av tre årsganger av rettspsykiatriske erklæringer, i alt

26 saker med til sammen 14 dødsfall og 12 saker der 17 personer hadde vært utsatt for fare og til dels stor skade. 18 av de undersøkte personene hadde schizofreni, og flere av dem hadde en eller flere tilleggsdiagnoser.

Symptomer og vold

Schizofreni har en rekke symptommanifestasjoner. I løpet av de siste 20 årene er symptomer på kognitiv defekt særlig blitt fokusert: Schizofrene har en premorbid kognitiv dysfunksjon tilsvarende et halvt standardavvik (7,5 IQ-poeng), og utvikler etter den første akutte episoden ytterligere defekt tilsvarende ett eller flere standardavvik i enkle (hurtighet og oppmerksomhet) så vel som i mer komplekse og i hovedsak frontallappsbaserte funksjoner (hukommelse, eksekutive funksjoner). Sannsynligvis er også mangel på innsikt og vurderingsevne det mest vanlige symptomet ved schizofreni; det vil si frontalteksektive og kognitive symptomer. Graden av kognitiv svikt har en mer tydelig kobling til sosial prognose (og dermed sosial funksjonsevne) enn noen annen symptomgruppe (26). Hvordan er det da med vold og symptomer ved schizofreni?

Man har lenge hatt en klinisk oppfatning av at vold er koblet til positive symptomer og muligens desorganisasjonssymptomer. Det er rimelig at en pasient som på grunn av hallusinasjoner og vrangforestillinger oppfatter verden på en svært avvikende måte, og som ikke har innsikt i sin tilstand, handler ut fra det bilde av verden som vedkommende har. Hvis pasienten i tillegg opplever stemmer som befaler ham/henne å gjøre visse handlinger, har affektinkongruens slik at «feil» affekt ageres ut, samt motoriske symptomer av kataton type (uro, ukontrollerbar utagering), finnes det ingen grense for den vold som kan utøves, mot seg selv og mot andre. Alle som har arbeidet med alvorlig forstyrrede schizofrene pasienter, kan fortelle denne typen kliniske anekdoter.

Hva sier vitenskapelige undersøkelser? Et litteratursøk på Medline (schizophrenia & violence) gav 251 relevante referanser. Sammenliknet med andre karakteristika for schizofrene pasienter, f.eks. tidlig debut av antisosial atferd, antisosiale/psykopatiske trekk, tidligere voldsepisoder og misbruk, har symptomer liten prediksjonsevne. Faktorer som predikerer vold i normalpopulasjonen predikerer også vold innenfor gruppen av schizofrene pasienter. Innen schizofrenigruppen predikerer vrangforestillinger og seponering av nevroleptika vold (27–33).

I noen undersøkelser (egne så vel som andres) synes det som symptomer på kognitiv defekt er koblet med ikke-vold. De voldelige schizofrene pasientene er mer intakte kognitivt, særlig de som har en antisosial personlighetsforstyrrelse (18).

Negative symptomer inneholder komponenter som manglende vilje, ambivalens, affektiv avfaling, passivitet og sosial tilbaketrekking. Vanlig logikk tilsier at disse sym-

ptomene ikke burde ha kobling med aggressiv utagering. Det har de ikke heller, etter de undersøkelser som finnes.

Positive symptomer, særlig vrangforestillinger, er karakteristisk for de akutte episoder som inngår i schizofrenisykdommen. Vil man redusere volden innen gruppen av schizofrene pasienter, må man derfor redusere antall akutte episoder av schizofreni. Den viktigste faktoren er profylaktisk antipsykotisk legemiddelbehandling. Andre viktige tiltak er å unngå misbruk hos pasienten, minimalisere stress gjennom miljøanering og heving av pasientenes sosiale kompetanse, bygge og vedlikeholde pasientens sosiale nettverk og tilby god oppfølging via psykiatriske poliklinikker. Vil man unngå bruk av tvang i slik oppfølging, må tilbudet oppleves som attraktivt av pasientene, enten de har innsikt i sin sykdom eller ikke – flesteparten har det ikke.

Komorbiditet

I de senere år er komorbiditet blitt viet større oppmerksomhet (10, 11). Hodgins & Cote (34) fant at samsykdom med antisosial personlighetsforstyrrelse i større grad var assosiert med kriminalitet enn psykose alene. Rice & Harris (35) fant at høye skårer på psykopati var en sterk prediktor for voldelig residiv både for schizofrene og ikke-schizofrene forbrytere. Mange psykisk syke kriminelle tilfredsstiller kravene til flere diagnoser i tillegg til en alvorlig sinnslidelse (10, 36). Det er således holdepunkter for at personlighetsforstyrrelsesdiagnose er assosiert med voldelig og aggressiv atferd både blant kriminelle og blant mennesker med psykisk lidelse.

Komorbiditet mellom schizofreni og psykopati eller den begrepsmessig relaterte lidelsen antisosial personlighetsforstyrrelse har generelt vært sett på som sjelden. Hart & Hare (37) rapporterte at det var en negativ korrelasjon mellom graden av psykopati målt med Psychopathy Checklist og forekomsten av alvorlig sinnslidelse. Imidlertid fant Cote & Hodgins (10) at blant innsatte som fylte kriteriene for schizofreni, var det hele 63 % som også fylte kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse. I et svensk materiale med de 40 mest aggressive guttene i Sverige i alderen 14–18 år i 1975, alle med alvorlig usosialisert atferdsforstyrrelse, men uten psykosesymptomer, hadde 30 % senere utviklet schizofreni (egne data). Det er slett ikke sikkert at denne komorbiditeten er så sjelden når det gjelder voldelige psykosepasienter.

En kohortstudie fra Australia (38) viste at oddsratio for voldelig kriminalitet hos menn med schizofreni uten misbrukerproblematikk var 2,4. Den steg til 18,8 hos menn med schizofreni og misbrukerproblematikk. Dette er i tråd med hva Rasanen og medarbeidere fant i en uselektert fødselskohort i Finland, hvor risikoen for voldshandlinger var 25 ganger større hos menn med schizofreni

og alkoholmisbruk enn hos menn uten psykisk lidelse. Risikoen var fire ganger større for schizofrene uten alkoholmisbruk (17).

En liknende effekt av misbrukerproblematikk ble også påvist av Steadman og medarbeidere (39). Misbruk er en risikofaktor for voldsbruk både hos psykiatriske pasienter og hos personer uten psykisk lidelse. I studien til Steadman og medarbeidere førte misbrukerproblematikk til høyere økning av voldsrisikoen i pasientpopulasjonen enn tilfellet var for en normal kontrollgruppe. Dette tyder på at kombinasjonen psykotisk lidelse og misbrukerproblematikk er en større risikofaktor for vold enn hver av tilstandene alene. Dessverre blir kombinasjonen schizofreni og misbruk stadig hyppigere i våre samfunn. Dette blir en stor utfordring for psykiatrien i årene som kommer.

Litteratur

1. Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of the literature. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 131–48.
2. Hodgins S, Cote G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21: 155–60.
3. Monahan J. Mental disorder and violence: another look. London: Sage Publications, 1993.
4. Hodgins S, Von Grunau M. Biology, mental disorder, aggression and violence: what do we know? I: Moffitt TE, Mednick SA, red. Biological contribution to crime causation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Press, 1988.
5. Quinsey VL, Varney GW. Characteristics of assaults and assaulters in a maximum security psychiatric unit. *Crime and Justice* 1977; 5: 212–20.
6. Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 212–5.
7. Blackburn R. Emotionality, extraversion and aggression in paranoid and nonparanoid schizophrenic offenders. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1031–2.
8. Tuninger E, Levander S, Berner R, Johansson G. Criminality and aggression among psychiatric in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 294–300.
9. Hodgins S. The criminality of mentally disordered persons. I: Hodgins S, red. Mental disorders and crime. Newbury Park: Sage Publications, 1993.
10. Cote G, Hodgins S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990; 18: 271–81.
11. Abram KM, Teplin LA. Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: implications for public policy. *Am Psychol* 1991; 46: 1036–45.
12. Somander L. Psykisk störda fångar. Rapport fra Kriminalvården 1991, nr. 2.
13. Adams K. Former mental patients in a prison and parole system: a study of socially disruptive behavior. *Crim Just Behav* 1983; 10: 358–84.
14. Ashford JB. Offense comparisons between mentally disordered and non-mentally disordered inmates. *Can J Criminol* 1989; 31: 35–48.
15. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 467–83.
16. Brennan A, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 494–500.
17. Resanen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behaviour: a 26-year follow-up of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24: 437–41.
18. Rasmussen K, Levander S, Sletvold H. Aggressive and non-aggressive schizophrenics: symptom profile and neuropsychological differences. *Psychology Crime and Law* 1995; 2: 119–29.
19. Rasmussen K, Levander S. Individual rather than situational characteristics predict violence in a maximum security hospital. *J Interpersonal Violence* 1996; 11: 376–90.
20. Quinsey VL, Varney GW. Characteristics of assaults and assaulters in a maximum security psychiatric unit. *Crime and Justice* 1977; 5: 212–20.
21. Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 212–5.
22. Lindqvist P. Criminal homicide in Northern Sweden 1970–1981: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry* 1986; 8: 19–37.
23. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1988. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 285–92.
24. Eronen M, Tiihonen J, Haala P. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 497–501.
25. Noreik K, Gravem A. Drap og sinnssykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1736–8.
26. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996; 153: 321–30.
27. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 979–86.
28. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1358–66.
29. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 273–9.
30. Martin JC, Noval D, Morinigo AO, Garcia de la Concha JA. Prediction of violent behavior in schizophrenic inpatients. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28: 151–5.
31. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 75–80.
32. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 345–50.
33. Tengstrom A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull* 2001; 27: 205–18.
34. Hodgins S, Cote G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21: 155–60.
35. Rice ME, Harris GT. A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and non-schizophrenic offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992; 15: 397–408.
36. Pietrowski KW, Losacco D, Guze SB. Psychiatric disorders and crime: a study of pretrial psychiatric examinations. *Dis Nerv Syst* 1976; 37: 309–11.
37. Hart SD, Hare RD. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychol Assess* 1989; 1: 211–8.
38. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 477–84.
39. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393–401.

○