

Risk för våld och kriminalitet vid personlighetssyndrom

Tom Palmstierna, docent, Karolinska institutet; överläkare, rättspsykiatriska öppenvården, Beroendecentrum Stockholm; professor, det medicinska fakultet, Norges teknisk-naturvetenskapelige universitet (NTNU), Trondheim, Norge
● tom.palmstierna@ki.se

Frågan om personlighetssyndromens betydelse i samband med våld och kriminalitet illustreras av att det finns en stor överrepresentation av personlighetssyndrom i fängelsepopulationer. I en metaanalys av internationella studier som kartlagt 23 000 personer i fängelser fann man att 65 procent av alla män hade personlighetssyndrom, och 47 procent hade antisocialt personlighetssyndrom [1]. Att personer med antisocialt personlighetssyndrom i hög grad återfinns i kriminalvårdspopulationer och har en förhöjd risk att begå våldshandlingar är i sig inte förvånande. Flera av kriterierna för diagnosen utgör fenomen som i sig är direkt kriminella eller driver kriminalitet. Det psykopatiska personlighetssyndromet ingår visserligen inte i DSM-systemet eller ICD-diagnostiken, men överlappar till stor del kriterierna för det antisociala personlighetssyndromet. I det antisociala personlighetssyndromet ligger fokus på det antisociala beteendet, medan det i det psykopatiska syndromet ligger betydligt större fokus på empatibrist och bristande förmåga till normala relationer [2]. Graden av psykopati är starkt korrelerad till risken för framtida våldshandlingar [3]. Våldsrisk vid psykopati förefaller huvudsakligen vara förknippad med antisociala eller livsstilsknutna personlighetsdrag som parasiterande livsstil, impulsivitet, tidig debut av beteendeproblem och kriminalitet samt kriminell mångfald, det vill säga sådana aspekter av syndromet som tydligast sammanfaller med det antisociala personlighetssyndromet [4, 5].

I diagnostiska kriterier för borderlinepersonlighetssyndrom finns fenomen som impulsivitet, affektiv instabilitet, intensiv ilska och problem att kontrollera ilska. Dessa fenomen är potentiellt en grund för en förhöjd risk för våld [6]. Ett visst stöd för detta finns då man funnit en förhöjd förekomst av personer med borderlinepersonlighetssyndrom i fängelsepopulationer, framför allt kvinnliga [7, 8]. Däremot har man i befolkningsstudier inte kunnat verifiera att borderlinepersonlighetssyndrom i sig generellt ökar risken för våldshandlingar när det inte samtidigt förekommer andra komorbida faktorer såsom antisociala och psykopatiska personlighetsdrag [6].

Litteraturen om övriga specifika personlighetssyndroms relation till våldsrisk är ytterst begränsad. Det finns inga större studier som talar för ökad våldsrisk. Vid ett flertal personlighetssyndrom finns dessutom en patologi som snarare skyddar mot våldsrisk på grund av individens benägenhet att undvika kontakt med andra eller att individen präglas av ångslan.

Personlighetssyndromen är även starkt förknippade med andra psykiatriska syndrom, till exempel psykosjukdomar och substansrelaterade syndrom [9, 10]. Kombinationen av personlighetssyndrom och psy-

kossjukdom eller substansrelaterade syndrom ökar våldsriskerna avsevärt [11-13].

Bedömning av risk för våld mot andra

Att bedöma risken för att vård sökande patienter ska begå våldshandlingar mot andra än sig själva har alltid varit en etiskt komplex fråga. När en patient, på grund av psykisk sjukdom eller personlighetssyndrom, bedöms utgöra en risk för andras säkerhet så kan genomförda eller uteblivna åtgärder drabba patienten negativt. Den etiska balansen är komplicerad.

De verktyg som utvecklats och förfinats för bedömning av våldsrisk de senaste decennierna har huvudsakligen haft sitt fokus på rättspsykiatriska patientgrupper och fängelsepopulationer. En omfattande översikt av förutsättningarna för riskbedömningar av »farlighet« publicerades av SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) 2005 [14]. Det för närvarande mest använda verktyget för riskbedömningar, som inom rättspsykiatri internationellt har blivit etablerad standard, är riskbedömningsinstrumentet HCR-20 (Historical, clinical, risk management-20) [15]. HCR-20 ger inte bara en bedömning av risken för allvarliga våldshandlingar utan även en möjlighet att planera hur man kan påverka risken genom bland annat behandling av behandlingsbara tillstånd och anpassning av den framtida miljön för patienten. HCR-20 version 3 har utvecklats för att hjälpa bedömaren att avgöra risknivå och underlätta för riskreducerande insatser utanför institutioner och fängelser [16].

HCR-20 är ett strukturerat verktyg som är tidskrä-

HUVUDBUDSKAP

- Risken för våld och kriminalitet är förhöjd vid antisocialt personlighetssyndrom samt vid antisociala personlighetsdrag.
- Utredning av personlighetssyndrom bör omfatta screening av våldsrisk.
- Våldsriskreducerande insatser omfattar behandling av
 - behandlingsbara komponenter av personlighetssyndrom,
 - substanssyndrom,
 - psykosjukdom,
 - uppmärksamhetsstörningsamt insatser som verkar för en social miljö med drogfritt boende samt undvikande av kriminellt umgänge och av närhet till potentiella våldsoffer.
- Evidensen för läkemedel mot våld vid personlighetssyndrom är svag.
- Läkemedel som minskar impulsivitet, till exempel bensodiazepiner, bör undvikas vid förhöjd risk för våldsbeteende.

vande och kräver särskild utbildning. Detta begränsar användningen till de kliniska miljöer där man har tillräcklig tid för bedömning före beslut om behandling och även tillgång till specialutbildade bedömare och behandlare. I många behandlingssammanhang inom allmänpsykiatri, till exempel på akutmottagningar och akuta vårdavdelningar, så begränsar det kliniska sammanhanget i vilken omfattning en riskbedömning kan genomföras. I den akuta situationen behöver man i allmänhet fatta beslut om åtgärder utan att ha tid att invänta resultatet av en omfattande HCR-20-bedömning. Man måste dessutom beakta att de patienter man möter i allmän psykiatri och akutpsykiatri inte har samma höga risk för våldshandlingar som tidigare våldsutövande personer inom rättspsykiatri och kriminalvård. Detta innebär att även välgjorda riskbedömningar i de allmänpsykiatriska populationerna av rent statistiska skäl kommer att ha en hög andel falskt positiva prediktioner eftersom prevalensen av våldsbeteende är avsevärt lägre än i de rättspsykiatriska populationerna. Konsekvensen av detta är att merparten av dem som i allmänpsykiatriska populationer bedöms som potentiellt »farliga« inte alls kommer att vara det [17]. Den etiska konsekvensen blir då att de åtgärder man ska sätta in vid förhöjd risk för våld mot andra i allmänpsykiatriska populationer måste anpassas till att inte vara oproportionerligt restriktiva för den enskilde patienten.

För att möta kraven på en strukturerad riskbedömning i allmänpsykiatriska sammanhang har det norska instrumentet V-RISK-10 utvecklats och validerats i ett par studier i allmänpsykiatriska sammanhang [18-19]. V-RISK-10 ger med sin screeningfunktion även en oerfaren kliniker en god uppfattning om vilka riskfaktorer som föreligger och som man behöver ta hänsyn till i sin handläggning.

Behandling av risk för våldshandlingar

Kognitivt beteendeterapeutiska behandlingsmetoder betraktas som de mest framgångsrika i fråga om att reducera återkommande kriminalitet, inklusive våldsutövande, framför allt hos personer med kriminell identifiering [20]. Även om väl implementerade program baserade på kognitiv beteendeterapi i sig förefaller ha effekt på kriminalitet generellt, så förefaller de inte ha någon specifik effekt på våldsproblematik hos personer med antisocialt personlighetssyndrom [21].

Trots att det inte finns specifika behandlingsformer som lindrar uttrycken för det antisociala personlighetssyndromet, som är det personlighetssyndrom som är mest förknippat med våld och kriminalitet, så finns epidemiologiska data som talar för att uttryck för psykopati och antisocialt personlighetssyndrom, framför allt fenomenen impulsivitet och kriminalitet, avtar med stigande ålder [22-25]. Omfattningen av våldsutövande hos personer med antisocialt personlighetssyndrom över tid är dessutom relaterat till samsjuklighet med missbruk, uppmärksamhetsstörning, psykossjukdom och samtidigt förekommande annat personlighetssyndrom, det vill säga samsjuklighet som i sig är behandlingsbar [26]. Vid behandling av personer med antisocialt personlighetssyndrom bör man i våldsriskreducerande syfte fokusera på behandling av dessa samtida komorbida tillstånd för

att inte försena den spontana minskningen av syndromets uttryck med stigande ålder [26].

Evidensen för läkemedelsbehandling riktad mot återkommande aggressivitet inom ramen för personlighetssyndrom är svag. Läkemedelsbehandling bör betraktas som ett tillägg till annan behandling och andra socialt rehabiliterande åtgärder. Det finns studier som indikerar att stämningsstabiliserande (litium) och vissa antiepileptiska läkemedel kan ha en ospecifik effekt på återkommande och impulsivt aggressivt beteende [27-30]. Vissa atypiska neuroleptika, till exempel olanzapin, har också visat sig ha ospecifika aggressivitetsreducerande effekter [29-31]. Bensodiazepiner, som inom akutpsykiatri har en plats för att akut minska agiterat beteende [32], har, liksom andra GABA-förstärkande läkemedel, ingen plats i behandlingen av personer med kombinationen personlighetssyndrom och återkommande aggressivt beteende. En systematisk genomgång av studier finner att bensodiazepiner ökar risken för aggressivt beteende. Man noterar i denna översikt att personer med personlighetssyndrom förefaller vara särskilt sårbara för denna effekt [33]. Därför är det olämpligt för personer med återkommande aggressivitet i kombination med personlighetssyndrom att använda bensodiazepiner.

Möta och behandla personer med våldsrisk

När man inom psykiatrisk vård möter individer med personlighetssyndrom är det viktigt att ta ställning till våldsrisk. Detta görs helst under ett utredande skede

»I mötet ... är det viktigt att göra sig medveten om den påverkan på behandlaren som framför allt psykopatiska symtom har.«

där man bör inkludera anamnes om framför allt hot- och våldshistorik samt missbruk, gärna med ett enkelt screeningförfarande, till exempel V-RISK-10 [18].

I mötet med patienter med personlighetssyndrom där det kan konstateras en förhöjd risk för våld och kriminalitet är det viktigt att göra sig medveten om den påverkan på behandlaren som framför allt psykopatiska symtom har. Ofta finns olika grader av yttlig charm och manipulation som, så länge man följer med i de ofta dolda antisociala agendor patienten kan ha, får behandlaren att omedvetet »följa med« i patientens orimliga önskemål om läkemedel, intyg eller annat. Omvänt kan man som läkare uppleva en obehaglig, kränkande eller hotfull situation om man inte följer patientens antisociala önskemål.

Vid behandling av personer med personlighetssyndrom och samtidigt förhöjd våldsrisk bör man, förutom att erbjuda behandling för behandlingsbara komponenter i individens specifika personlighetssyndrom, identifiera och behandla samtida substansproblem, psykossymtom och uppmärksamhetsstörningar. Det är viktigt att försöka undvika farmakologisk behandling som kan öka risken för framför



allt impulsiva aggressionsutbrott, det vill säga huvudsakligen bensodiazepiner och andra GABA-förstärkare. Man behöver ofta samarbeta med socialtjänst om patienten själv inte har möjlighet att befinna sig i en social miljö som reducerar risken för aggressivitet, det vill säga arbeta för att patienten kan befinna sig i ett meningsfullt, drogfritt sammanhang och boende utan att exponeras för potentiella våldsoffer. Med åt-

gärder av detta slag kan man minska risken för våld och kriminalitet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DV6R

REFERENSER

1. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545-50.
2. Coid J, Ullrich S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry*. 2010;51:426-33.
3. Hare RD, Clark D, Grann M, et al. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behav Sci Law*. 2000;18:623-45.
4. Olver ME, Wong SC. Short- and long-term recidivism prediction of the PCL-R and the effects of age: a 24-year follow-up. *Personal Disord*. 2015;6:97-105.
5. Tikkanen R, Auvinen-Lintunen L, Ducchi F, et al. Psychopathy, PCL-R, and MAOA genotype as predictors of violent reconvictions. *Psychiatry Res*. 2011;185:382-6.
6. Allen A, Links PS. Aggression in borderline personality disorder: evidence for increased risk and clinical predictors. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14:62-9.
7. Johansson D, Dernevik M, Johansson P. Långtidsdömda män och kvinnor i Sverige. Kriminalvårdens riksmottagningar 1997-2009. Norrköping: Kriminalvårdens utvecklingsenhet; 2010.
8. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and criminality. *Psychiatry (Edmont)*. 2009;6:16-20.
9. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:223-33.
10. Coid J, Yang M, Roberts A, et al. Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *Br J Psychiatry*. 2006;189:12-9.
11. Grann M, Danesh J, Fazel S. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*. 2008;8:92.
12. Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(Suppl 1):S13-23.
13. Volavka J, Swanson J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA*. 2010;304:563-4.
14. Riskbedömningar inom psykiatri. Kan våld i samhället förutsägas? En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005. SBU-rapport nr 175.
15. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al. HCR-20: Assessing the risk for violence: Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
16. Douglas KS. Version 3 of the historical-clinical-risk management-20 (HCR-20V3): relevance to violence risk assessment and management in forensic conditional release contexts. *Behav Sci Law*. 2014;32:557-76.
17. Palmstierna T. Only about 1 in 30 predictions of assault by discharged psychiatric patients will be correct. *BMJ*. 1999;319(7219):1270.
18. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, et al. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: an introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. 2009;24:388-94.
19. Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2011;26:85-91.
20. Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. Oslo: The Campbell Collaboration; 2007.
21. Davidson KM, Tyrer P, Tata P, et al. Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2009;39:569-77.
22. Gutiérrez F, Vall G, Peri JM, et al. Personality disorder features through the life course. *J Pers Disord*. 2012;26:763-74.
23. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
24. Maddocks PD. A five year follow-up of untreated psychopaths. *Br J Psychiatry*. 1970;116:511-5.
25. Swanson MC, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;376:63-70.
26. Goldstein RB, Grant BE. Three-year follow-up of syndromal antisocial behavior in adults: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1237-49.
27. Jones RM, Arlidge J, Gillham R, et al. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011;198:93-8.
28. Huband N, Ferriter M, Nathan R, et al. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2):CD003499.
29. Látalová K, Prasko J. Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatr Q*. 2010;81:239-51.
30. Goehard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, et al. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1013-24.
31. Citrome L, Volavka J. The psychopharmacology of violence: making sensible decisions. *CNS Spectr*. 2014;19:411-8.
32. Tyrer P, Kendall T, Barnett R, et al. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2005.
33. Albrecht B, Staiger PK, Hall K, et al. Benzodiazepine use and aggressive behaviour: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:1096-114.
34. Durbeek N, Palmstierna T, Rosendahl I, et al. Mental health services and public safety: substance abuse outpatient visits were associated with reduced crime rates in a Swedish cohort. *PLoS One*. 2015;10:17.

SUMMARY

Personality disorders, violence and criminal behaviour

The importance of personality disorders for violent and criminal behaviour is illustrated by their high prevalence in prison populations. Especially antisocial personality disorder and antisocial personality traits are linked to violence. During diagnostic assessment of personality disorders, violence risk screening is recommended. Cognitive behaviour treatment focused on violent behaviour has some effect in criminal populations, but the antisocial personality traits are resistant to treatment. Evidence for pharmacological treatment of repetitive aggressive behaviour is weak. But, benzodiazepines seem to increase the risk of violent behaviour among patients with personality disorders. Antisocial personality traits diminish over time. This spontaneous decrease can be delayed by comorbidity such as other personality disorder, substance use disorder, psychosis and attention deficit disorders. Therefore it is recommended to actively treat these comorbid conditions.