

# Psykisk hälsa bland fängelsedömda kvinnor i Sverige



# **Psykisk hälsa bland fängelsedömda kvinnor i Sverige**

**Projektnummer 2010:140**

---

Jenny Yourstone, Diana Wenander, & Niklas Långström

Layout: Johan Alberth, Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2014  
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:  
Kriminalvården, 601 80 Norrköping  
Beställningsnr: 7056  
ISBN: 978-91-86903-37-4  
Hemsida: [www.kriminalvarden.se/publikationer](http://www.kriminalvarden.se/publikationer)

## FÖRORD

Kvinnor i Kriminalvården utgör en mindre del av den totala kriminalvårdspopulationen, men det är en grupp med särskilda behov. Kriminalvården behöver utveckla verksamheten för kvinnor för att kunna förbättra kvinnornas situation och möta regeringens krav på att minska återfall i brott. Syftet med denna studie är att på ett övergripande plan ta fram och förmedla ny kunskap om den kvinnliga fängselpopulationen utifrån två angelägna områden: *psykisk ohälsa* och *kvinnor som begår våldsbrott*.

Resultaten visar på en rad problemområden som i varierande grad redan hanteras inom Kriminalvården men som också kan utvecklas. Rapportens resultat och slutsatser kommer användas i arbetet med att dimensionera och anpassa vårdinsatserna för kvinnor. Det kan exempelvis handla om att utveckla verkställighetsplaneringen, förbättra risk- och behovsanalyser samt utveckla brotts- och missbruksinriktade program för bästa möjliga effekt. I oktober 2013 beslutade regeringen att Kriminalvården ska utreda vilka förutsättningar som finns för kvinnor med våldsproblematik. En översyn ska genomföras av hur verksamheten kan anpassas för att kvinnor med våldsproblematik ska kunna ta del av motsvarande insatser som erbjuds och planeras för män med liknande problematik. Kriminalvården ska också ta fram en plan för utformningen av verksamheten utifrån kvinnors särskilda behov. Det innebär att se över vilka anpassningar som behöver göras av befintlig verksamhet samt utreda behovet av insatser med anledning av kvinnors specifika behov. I detta arbete kommer denna rapport vara en central kunskapskälla.

Rapporten har tagits fram genom ett samarbete mellan Utvecklingsenheten/FoU Stockholm samt Kriminalvårdens nätverk för kvinnliga klienter. De som arbetat med rapporten är Jenny Yourstone, Diana Wenander och Niklas Långström.

# INNEHÅLL

---

SAMMANFATTNING .....	5
1. INLEDNING .....	7
1.1 Tidigare forskning om psykisk ohälsa bland kvinnor på anstalt .....	8
1.1.1 Missbruk .....	8
1.1.2 Depression .....	9
1.1.3 PTSD .....	9
1.1.4 Barndomstrauma .....	9
1.1.5 Psykos .....	9
1.1.6 ADHD .....	9
1.1.7 Autism .....	10
1.1.8 Ätstörningar .....	10
1.1.9 Personlighetsstörningar .....	11
1.1.10 Aggressivitet .....	12
1.1.11 Generell kognitiv förmåga (intelligens) .....	12
1.1.12 Allmän hälsa, socialt stöd och självkänsla .....	13
1.1.13 Övriga psykiska störningar (som inte täckts in ovan) .....	14
1.2 Syfte och frågeställning .....	15
2. METOD .....	16
2.1 Undersökningspopulation .....	16
2.2 Genomförande .....	16
2.3 Svarsfrekvens .....	17
2.4 Bortfallsanalys .....	17
2.5 Definitioner .....	18
2.5.1 Generell kognitiv förmåga (intelligens) .....	18
2.5.2 Övergrepp eller försummelse under uppväxten – vanvård .....	18
2.5.3 Självkänsla (eng: self-esteem) .....	19
2.5.4 DSM-IV .....	19
2.5.5 ICD-10 .....	19
2.5.6 Brottskategorier .....	19
2.6 Statistiska analyser .....	20
2.7 Interbedömarreliabilitet .....	20
2.8 Reliabilitet och validitet .....	21
2.9 Instrument: under intervju .....	22
2.9.1 Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.) .....	22
2.9.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) .....	22
2.9.3 Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV) .....	22
2.10 Instrument: självskattningsformulär .....	23
2.10.1 The alcohol use disorder identification test (AUDIT) .....	23
2.10.2 Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) .....	24

2.10.3 Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS).....	24
2.10.4 DSM-IV and ICD-10 personality Questionnaire (DIP-Q).....	24
2.10.5 SF-36 Hälsoenkät (SF-36) .....	25
2.10.6 Aggression Questionnaire-Revised Swedish version (AQ-RSV) .....	26
2.10.7 The Autism-Spectrum Quotient (AQ).....	26
2.10.8 Life Stressor Checklist – Revised (LSC-R) .....	27
2.10.9 Perceived Social Support from family and/or friends (PSS-Fa/Fr).....	27
2.10.10 Self-Concept Questionnaire (SCQ) .....	27
2.11 Intervjuer .....	28
2.12 Anstalt och säkerhetsklass .....	28
2.13 Etikprövning .....	29
<b>3. RESULTAT</b> .....	<b>30</b>
3.1 Brottsrubricering och strafftid.....	30
3.2 Ålder, födelseland och medborgarskap .....	32
3.3 Civilstånd, barn och boende .....	33
3.4 Utbildning och sysselsättning.....	34
3.5 Missbruk.....	35
3.5.1 Alkohol.....	35
3.5.2 Narkotika .....	35
3.5.3 Blandmissbruk.....	35
3.6 Psykiatriska diagnoser enligt M.I.N.I och SCID-II.....	36
3.7 Barndomstrauma .....	37
3.8 ADHD .....	37
3.9 Autism.....	37
3.10 Personlighetsstörningar .....	38
3.11 Aggressivitet.....	39
3.12 WAIS.....	40
3.13 Hälsoenkäten.....	41
3.14 Socialt stöd .....	42
3.15 Självkänsla.....	42
3.16 Fördjupade analyser .....	42
<b>4. DISKUSSION</b> .....	<b>44</b>
4.1 Kvinnors bakgrund .....	44
4.2 Missbruk.....	45
4.3 Psykisk ohälsa.....	45
4.3.1 Personlighetsstörningar. ....	45
4.3.2 ADHD.....	46
4.3.3 Autismspektrumstörning.....	46
4.4 Kvinnornas barndomstrauman .....	47
4.5 Kvinnornas kognitiva funktionsnivå.....	47

4.6 Allmän hälsa, socialt stöd och självkänsla .....	48
4.7 Aggressivitet .....	49
4.8 Våldsbrottsdömda kvinnor .....	49
4.9 Studiens begränsningar.....	50
4.10 Slutord.....	50
5. REFERENSER .....	51
6. TABELL- OCH FIGURFÖRTECKNING .....	59
6.1 Figurer .....	59
6.2 Tabeller.....	59
APPENDIX A - FÖRDJUPADE ANALYSER.....	A-1



## SAMMANFATTNING

---

Under de senaste decennierna har lagförda kvinnor i anstalt ökat i Sverige, både i absoluta tal och som andel av samtliga intagna. Trots detta har mer övergripande forskning om kvinnliga klienter i svensk kriminalvård varit ytterst begränsad. Syftet med föreliggande studie är att på ett övergripande plan förmedla ny kunskap om den kvinnliga fängselpopulationen utifrån två särskilt angelägna områden: *psykisk ohälsa* och *kvinnor som begår våldsbrott*.

Samtliga 247 fängelsedömda kvinnor på anstalterna Hinseberg, Sagsjön, Ljustadalen, Ystad, Ringsjön och Färingsö tillfrågades om deltagande under perioden maj-oktober 2011. Av dessa tackade 198 (80%) ja och gav informerat samtycke till deltagande. Slutligen intervjuades 178 (72%) med hjälp av strukturerade kliniska intervjuer (M.I.N.I., SCID-II, WAIS-IV). Därefter fick kvinnorna fylla i ett antal självskattningsformulär (AUDIT, DUDIT, ASRS, Hälsoenkät-36, DIP-Q, AQ-RSV, LSC-R, PSS-Fr/Fa SCQ, AQ).

Resultaten visar att medelåldern bland de fängelsedömda kvinnorna var 40 år, majoriteten hade svenskt medborgarskap (74%), barn (71%) och hälften saknade slutförd gymnasieutbildning (49%). Innan verkställigheten hade över en tredjedel lön från arbete (39%). En liten andel var bostadslösa (6%). Över hälften var dömda för alkohol och/eller narkotika relaterad brottslighet (58%), en tredjedel våldsbrott (32%) och övriga framförallt för ekonomisk brottslighet, tillgrepps- och trafikbrott. Nära hälften hade en strafftid mindre än två år (45%).

Över hälften av kvinnorna hade upplevt något trauma under uppväxten (61%) och var femte hade erfarenheter av att ha haft sex i utbyte mot någon form av ersättning (19%). Hälften hade ett skadligt bruk/beroende av narkotika (53%) och en tredjedel ett skadligt bruk/beroende av alkohol (31%). Över en tredjedel hade ett en generell kognitiv förmåga under genomsnittet ( $\leq 84$ , 37%) och symtom som stämde väl överens med vuxen-ADHD (39%). Knappt en tredjedel bedömdes ha förhöjd suicidrisk (30%, framför allt låg, några få medel, inga hade hög risk). Cirka en femtedel uppfyllde kriterierna för pågående depression (22%), personlighetsstörning (18%); vanligast var Antisocial (13%)- och Borderline personlighetsstörning (7%), psykotiskt syndrom (någonsin, 16%) och något färre, agorafobi (12%).

Självskattning av fysisk- och psykisk hälsa visar att kvinnornas värden låg klart under eller betydligt under genomsnittet, framför allt vad gäller psykisk hälsa. Även värdet för självskattad självkänsla var betydligt lägre än genomsnittet. Därutöver självskattade en tredjedel av kvinnorna förhöjd eller markant förhöjd aggressivitet (36%). Självskattning av socialt stöd visar att kvinnorna upplever att de har ett relativt bra socialt stöd från vänner, familj och skiljer sig därmed inte från genomsnittet i den delen.

Analys av undergrupper visade att en betydligt större andel av de kvinnor som var svenskfödda saknade ordnat boende, hade trafikbrott i aktuell dom, beroendediagnos av narkotika, någon gång drabbats av ett psykotiskt syndrom, en  $IK \geq 84$ , samt uppfyllde oftare kriterierna för antisocial personlighetsstörning, än de som inte var födda i Sverige. Kvinnor med utvisning i dom var betydligt oftare än övriga, dömda för alkohol/narkotikarelaterad brottslighet men betydligt färre hade en beroendediagnos av narkotika och inga var dömda för trafikbrott eller hade haft något psykotiskt syndrom.

Av särskild betydelse för klienter med ett riskbruk/skadligt bruk/beroende av alkohol var förhöjd aggressivitet, våldsbrott i dom och symtom som stämmer väl överens med Borderline personlighetsstörning. Klienter med ett riskbruk/skadligt bruk/beroende av narkotika hade en ökad sannolikhet för tidigare trauma, alkohol/narkotikarelaterad dom, Antisocial personlighetsstörning och psykotiska syndrom (någonsin).

Fördjupade analyser av kvinnor som var dömda för våldsbrott jämfört med de som inte var dömda för våldsbrott visar att de båda grupperna skiljde sig åt framförallt på några punkter. Kvinnor som var dömda för våldsbrott hade oftare än övriga anstaltsdömda kvinnor en alkoholrelaterad beroendediagnos och symtom som stämmer väl överens med Borderline personlighetsstörning.

Resultaten stämmer väl överens med tidigare internationell forskning om liknande populationer och visar på en rad problemområden som i varierande grad redan hanteras inom Kriminalvården. En närmare

analys bör göras av vilka av dessa problemområden som bör förbättras ytterligare. Analysresultaten bör primärt kunna användas a) för att förbättra risk- och behovsanalyser samt utveckla brotts- och missbruksinriktade program för bästa möjliga effekt samt för att b) dimensionera, anpassa och vidareutveckla andra vårdinsatser för fängelsedömda kvinnor.

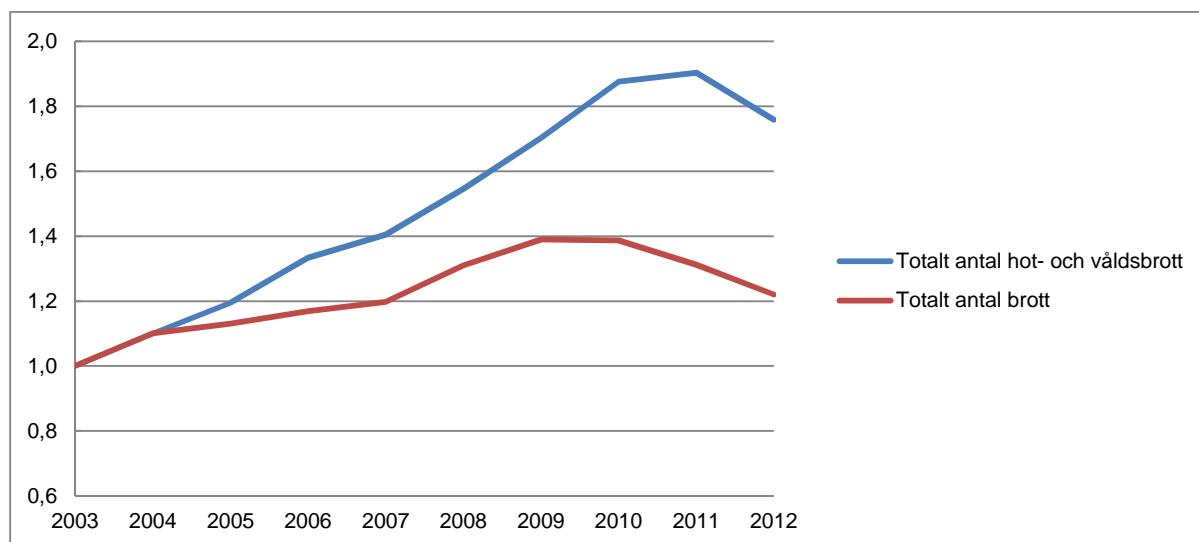
- Konsekvenserna av att en tredjedel av kvinnorna har förhöjd suicidrisk, var femte depression eller någon personlighetsstörning, oftast Antisocial och Borderline personlighetsstörning, bör beaktas i verksamhets- och verkställighetsplanering. Den höga förekomsten av ADHD-symtom bland de kvinnliga intagna och associerade funktionshinder, bör likaså beaktas i termer av diagnostiska undersökningar och specifik behandling. Vidare bör hänsyn tas till intellektuell funktionsnedsättning vid bedömningar av dynamisk risk för återfall i brott.
- Kvinnor registreras i högre utsträckning än tidigare för våldsrelaterade brott. Man kan därför förvänta sig en ökning av kvinnliga klienter med aggressionsrelaterad problematik. Detta ställer allt högre krav på att insatser inom kriminalvården fokuserar på detta; exempelvis för att kunna göra säkrare risk- och behovsbedömningar samt anpassade behandlingsprogram.
- Socialt stöd spelar en viktig roll som psykosocial resurs för klienternas psykiska hälsa och är särskilt viktigt vid upprätthållandet av förändringar i syfte att stabilisera och vidareutveckla livssituationen. Socialt stöd kan således ses som en värdefull resurs, också med stora utvecklingsmöjligheter.
- Tidig identifiering av intagna som förutom att de har en primär psykisk störning eller kognitiv funktionsnedsättning även har samsjuklighet med en eller flera ytterligare psykiska störningar är nödvändigt för att Kriminalvården ska kunna erbjuda effektivare insatser. Det vill säga interventioner som stabiliserar psykiatriska symtom av betydelse för antisocialitet, minskar beteendeproblem i fängelse, kartlägger behandlingsbehov och därmed maximerar möjligheten till framgångsrik återanpassning i samhället.

# 1. INLEDNING

Under de senaste decennierna har förekomsten av dömda kvinnor i anstalt ökat i Sverige, både i absoluta tal och som andel av samtliga intagna. Trots detta har mer övergripande forskning om kvinnliga klienter i svensk kriminalvård varit ytterst begränsad. I Sverige har antalet kvinnor som årligen misstänks för något brott ökat från 2,3 - 4,7/1000 invånare under perioden år 1975- 2012. Motsvarande ökning för antalet misstänkta män är betydligt lägre, från 18,5 - 19,8/1000 invånare för samma period (BRÅ, 2012, 2008; SCB 2013). Andelen fängelsedömda kvinnor för samtliga brott följer i stora drag samma mönster. Sedan perioden 1976-1980<sup>1</sup>, har antalet kvinnor intagna i svenska fängelser i genomsnitt ökat från 0,04 - 0,06/1000 kvinnliga invånare fram till år 2012. Motsvarande ökning för manliga intagna är mindre under samma period, från 0,94 - 0,96/1000 manliga invånare (SCB, 2013; KVR, 2013; von Hofer, 1985). Internationellt sett återfinns liknande trender med ökande antal kvinnor i fängelse (Franklin, 2008).

Vidare visar internationell forskning om kvinnor i fängelse att de ofta lider av psykisk ohälsa (Binswanger et al., 2010; Marzano, et al., 2010; Sacks, 2004) och att de i jämförelse med män i fängelse har en betydligt högre förekomst av medicinska, psykiatriska och/eller missbruksrelaterade sjukdomar (förutom alkoholberoende, Fazel, Bains & Doll, 2006; US. Department of Justice, 2006). Omfattningen och karaktären på den psykiska ohälsan kan få konsekvenser för behandlingsresultat, i synnerhet om hänsyn inte tas till detta enligt responsivitetsprincipen för framgångsrik återfallsförebyggande behandling med brottsdömda (Andrews & Bonta, 2006).

Särskilt oroande är att antalet kvinnor som misstänks för hot- och våldsbrott ökat kraftigt. Bara sedan år 2003 har antalet kvinnor misstänkta för sådana brott ökat med 76% i Sverige. Detta är betydligt mer än för den totala utvecklingen för kvinnor misstänkta för brott, se Figur 1<sup>2</sup>. Vid närmare analys av statistik över kvinnor som misstänks för hot- och våldsbrott framkommer att andelen kvinnor som misstänks för grövre våldsbrott (mord, dråp och misshandel med dödlig utgång) varierar kraftigt från år till år men är relativt stabil över tid (BRÅ, 2013). Fallen är förhållandevis få och relativt små förändringar i antal kan påverka andelen kraftigt. Sedan 1800-talet utgör den kvinnliga andelen förövare av dessa brott dock i genomsnitt tio procent (BRÅ, 2013 von Hofer, 1985). Andelen kvinnor som misstänks för lindrigare våldsbrott däremot (misshandel och våld- och/eller hot mot tjänsteman) har ökat mer konstant (BRÅ, 2013).

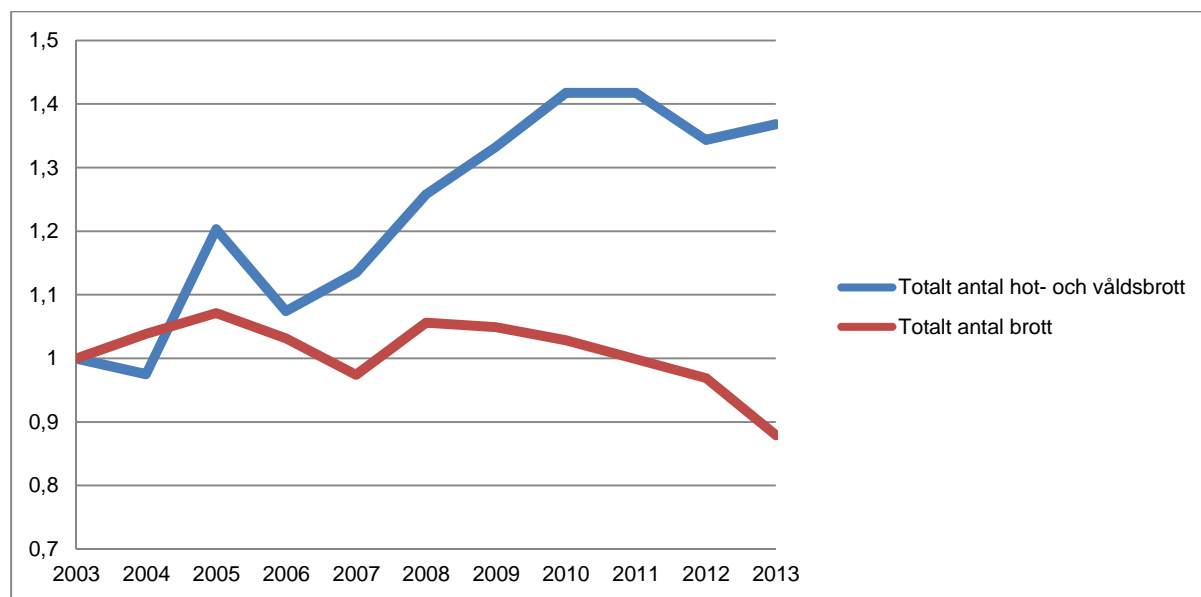


Figur 1. Utveckling av antal kvinnor misstänkta för brott 2003-2012. (Källa: BRÅ, 2013)

<sup>1</sup> Genomsnittlig beräkning av befolkningsmängd och antal kvarvarande kvinnor och män i fängelse för perioden 1976-1980.

<sup>2</sup> År 2003 misstänktes ca 3 400 kvinnor för hot- och våldsbrott och ca 18 600 för något brott. År 2012 misstänktes ca 5 900 kvinnor för hot- och våldsbrott och ca 22 600 för något brott (en ökning med 22% sedan år 2003).

Utvecklingen av antalet kvinnor som misstänks för våldsrelaterade brott avspeglar sig väl i antalet kvinnor som sedan döms för hot- och våldsbrott. Även om det totala antalet kvinnor som lagförs för brott har minskat något de senaste åren (-12%), så har antalet kvinnor som döms för hot- och våldsbrott ökat med 37% sedan år 2003, se Figur 2.



**Figur 2. Utveckling dömda kvinnor för våldsbrott 2003-2013 (frivård & anstalt). Källa: KVR (2013).**

I takt med att kvinnor i högre utsträckning misstänks och lagförs för våldsrelaterade brott kan man förvänta sig en ökning av kvinnliga klienter med en aggressivitetssjukdom. Detta bör man överväga att fokusera på inom Kriminalvårdens behandling för kvinnor. Kunskapen inom detta område kan möjligen användas för säkrare risk- och behovsbedömningar samt förbättrade behandlingsinsatser. Tidigare forskning har till exempel visat att kunskaper om olika typer av våldsanvändning: reaktiv eller proaktiv, är meningsfull för behandlingsutfall (Ross & Babcock, 2009; Merk, deCastro & Koops, 2005).

Utöver bristen på kunskap om den ”nya” gruppen våldsbrottsdömda kvinnor är den generella vetenskapen om kvinnliga intagna i Sverige och deras psykiska hälsa dålig. Associationen mellan psykisk ohälsa och kriminalitet är tydlig också hos kvinnor och behöver därför utredas vidare (Sirdifield, et al., 2009; Fazel & Danesh, 2002). Därtill visar forskning att förekomst av psykisk ohälsa bland intagna i anstalt kan få konsekvenser vid behandling (Zweben et al.2004a). Exempelvis uppvisar kvinnor med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) sämre responsivitet i behandling av missbruk (Zweben et al., 2004b).

När Justitiekommittén 2008 följde upp kvinnliga intagna inom Kriminalvården (Riksdagen, 2009) konstaterade man bland annat att det finns tydliga kunskapsluckor och otillräckliga forskningsbaserade kunskaper om anstaltsintagna kvinnor i Sverige.

## 1.1 Tidigare forskning om psykisk ohälsa bland kvinnor på anstalt

### 1.1.1 Missbruk

Som tidigare nämnts visar internationell forskning om fängelsedömda kvinnor att förekomsten av psykisk ohälsa är hög och i många fall rör det sig om psykiska problem relaterade till drogmissbruk (Binswanger et al., 2010; Sirdifield, 2009, Sacks, 2004). I en systematisk kunskapsöversikt av 13 studier från 4 olika länder undersöktes förekomst av missbruk och beroende bland fängelsedömda (Fazel et al., 2006). Aktuellt alkoholmissbruk/beroende varierade mellan 10% och 24% bland fängelsedömda kvinnor. Motsvarande förekomst för narkotikamissbruk/beroende var 30-60% (Fazel et al., 2006). Detta kan jämföras med en mindre svensk studie av kvinnliga fängelseintagna (n=96, Kriminalvården, 2010) där 19% av de kvinnliga klienterna självrappporterade riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol (>20 poäng, självskattningsinstrumentet AUDIT, Babor et al., 2001) och 46% detsamma för narkotika (>25 poäng,

självskattningsinstrumentet DUDIT, Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2007). Detta är betydligt högre än för den svenska normalpopulation där 2% av kvinnorna rapporterade riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol (>13 poäng, självskattningsformuläret AUDIT, Bergman & Källmén 2003) och <1% självskattade drogrelaterade problem, missbruk eller beroende (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005).

### **1.1.2 Depression**

I en systematisk kunskapsöversikt av studier från flera olika länder varierade förekomsten av depression bland fängelsedömda kvinnor mellan 11-14%, vilket var 2-4 gånger mer än i normalbefolkningen (Fazel & Danesh, 2002). Vidare fann man i en amerikansk surveyundersökning att intagna kvinnor oftare uppfyllde kriterierna för depression än motsvarande män (36 vs. 17%, N=6982, 29% kvinnor, Binswanger et al., 2010). Högre nivåer av depression återfanns även i en brittisk fall-kontroll-studie bland fängelsedömda kvinnor som uppvisat självskadebeteende i jämförelse med de som inte uppvisat sådant beteende (87 vs. 22%, Marzano et al., 2010). I en brittisk intervjustudie har även framkommit att fängelsedömda kvinnor (N=584), i betydligt högre utsträckning än kvinnor ur normalbefolkning (N=4724), haft självmordstankar någon gång under sin livstid (55% vs. 4%) eller den senaste veckan (8% vs. 0,5%) eller gjort ett självmordsförsök det senaste året (17% vs.1%, Jenkins et al., 2005).

### **1.1.3 PTSD**

Prevalensen av PTSD ( $\leq 12$  månader från mätillfället) bland fängelsedömda kvinnor varierar mellan 11-29% och är högre än normalbefolkningen (3%) och bland motsvarande män (4-10%, Binswanger et al., 2010; Gunter et al., 2008; Goff et al., 2007).

### **1.1.4 Barndomstrauma**

I en stor svensk befolkningsbaserad tvillingstudie (N= 18 083 20) av 20-47-åriga personer uppgav 67% av våldsbrottsdömda kvinnor och 55% av dömda män att de utsatts för någon form av trauma (sexuellt, fysiskt, psykiskt samt bevittnat konflikt i hemmet) under barndomen. Mönstret var likartat, om än något lägre, för andelen bland de dömda för någon brottslighet, inklusive våldsbrott (53% vs. 43%, Forsman & Långström, 2012).

Liknande förekomst återfanns i en brittisk studie av den kvinnliga fängelsepopulationen (N=168) där 77% någon gång utsatts för trauma under barndomen; 50% för sexuella övergrepp, 48% för fysisk misshandel, 54% för psykisk misshandel, 39% hade blivit fysiskt försummade och 48% emotionellt försummade (Walsh et al.,2012).

Även om ett statistiskt samband mellan trauma i barndomen och senare kriminellt beteende och/eller beroendeproblematik är välbelagt (Walsh et al., 2012; Mullings et al., 2004) visar närmare analyser att det snarare kan vara med övergreppserfarenhet och våldskriminalitet överlappande genetiska och/eller miljömässiga faktorer (s.k. confounders) som orsakar beteendet (Forsman & Långström, 2012).

### **1.1.5 Psykos**

Psykos är ovanliga bland normalbefolkningen. I en brittisk studie av normalpopulationen (N=8886) hade <1% av kvinnorna haft psykos det senaste året (Singleton, et al., 2001). Bland fängelsedömda kvinnor är det dock vanligare, i en systematisk kunskapsöversikt uppfyllde 3-5% kriterierna för någon aktuell psykotisk sjukdom (Fazel & Danesh, 2002).

### **1.1.6 ADHD**

Metaanalyser av studier från många olika länder visar att förekomsten av ADHD bland ungdomar (18 år eller yngre) i normalpopulation är cirka 5-6% (Willcutt, 2012; Polanczyk et al., 2007). Prevalensen av ADHD i fängelsepopulation är däremot betydligt högre. Fazel, Doll & Långström (2008) visade i en metaanalys av 25 studier med ungdomsbrottslingar att ADHD-prevalensen var 12% bland de manliga ungdomarna och 18% bland de kvinnliga. Förekomsten bland vuxna i normalbefolkningen är cirka 5% (Willcutt, 2012) även i Sverige (Friedrichs et al., 2012). I en studie av alla kvinnliga intagna på anstalt i Sverige uppskattades prevalensen av ADHD till 29% (n=56, Konstenius et al., 2012). I en annan tidigare svensk studie jämfördes ADHD-symtom bland kvinnliga patienter inom psykiatri, kvinnliga intagna och

kvinnor från normalbefolkningen. Resultaten visade att ADHD-symtom var vanligare hos psykiatriska patienter, 29%, i jämförelse med normalpopulationen, 11%. Hälften av de kvinnliga intagna, 50%, självskattade ADHD-symtom i barndomen och/eller vuxen ålder (Edvinsson et al., 2010). Förekomsten av ADHD hos vuxna manliga kriminella varierar mellan 10% och 45% (Kriminalvården, 2013b; Young & Thome, 2011; Ginsberg et al., 2010; Gunter et al., 2008; Rösler et al., 2004; Rasmussen, Almvik & Levander, 2001).

Det är vanligt med samsjuklighet mellan ADHD och missbruk och en nyligen genomförd metaanalys fann att 23% av personer med alkohol eller drogmissbruk också uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD (van Emmerik-van Ortomensen et al., 2012). Omvänt hade de med självrapporterad ADHD i en svensk normalpopulation om mer än 17,000 individer en drygt fördubblad risk att uppfylla kriterierna för alkoholberoende (Friedrichs et al., 2012). I en aktuell, svensk prospektiv studie (Lundström et al., 2013) jämfördes 1366 barn som diagnostiserats med ADHD inom Stockholms barn och ungdomspsykiatri (BUP) med matchade kontrollindivider från normalbefolkningen (samtliga födda 1984-1994). Barn med ADHD och kontrollbarn följdes till och med 2009. Risken för att bli dömd för (vålds)kriminalitet ökade tydligt vid ADHD, även när hänsyn tagits till föräldrars utbildning och inkomst, annan psykisk ohälsa som Trotssyndrom/Uppförandestörning och familjefaktorer (genetik och tidiga familjemönster).

I en annan stor nyligen publicerad svensk registerstudie, följdes samtliga 25 000 individer diagnostiserade med ADHD i sluten- och öppenvård i Sverige (Lichtenstein et al., 2012) under åren 2006-2009. Resultaten visar att läkemedelsbehandling mot ADHD tycks innebära sänkt risk för brottslighet. För att hantera problemet med ”selektion på grund av indikation”, det vill säga att det ofta är de med svårast ADHD, tilläggsproblem och störst risk för kriminalitet som förskrivs läkemedel jämfördes i inom-individualanalyser de perioder när personer med diagnostiserad ADHD använt ADHD-läkemedel med perioder då *samma personer* inte använt läkemedel. Deras brottslighet var 32 procent lägre vid läkemedelsbehandling mot ADHD. Resultaten gällde för män och kvinnor, samt för våldsbrott, drogrelaterad brottslighet, misstänkta och lagförda brott.

### **1.1.7 Autism**

Prevalensen av autismspektrumstörning varierar mellan olika forskningsstudier beroende på urval och ålder men brukar hos normalbefolkning variera mellan 0,3-0,9% (Brugha et al., 2011; Cashin & Newman, 2009; Fombonne, 2003). Andelen personer med autismspektrumstörning i specifika grupper är något högre som till exempel i olika rättspsykiatriska populationer där den varierar mellan 3-10% (Mouridsen, 2012). I en svensk studie undersöktes 100 personer dömda till rättspsykiatrisk vård för våldsbrott, 4% (n=4) uppfyllde diagnoskriterierna för autistiskt syndrom eller Aspergers syndrom (Söderström & Nilsson, 2003). Forskning av autismspektrumstörningar i fängelsepopulationen är sparsam. I en engelsk studie fylldes självskattningsformuläret The Autism-Spectrum Quotient (AQ) i av 126 fängelsedömda män och kvinnor. Av dessa skattade 6% (n=7) över gränsvärdet vilket identifierar personer med drag av autismspektrumstörningar (Robinson et al., 2012).

Vidare fann man i en svensk registerstudie att våldsbrottsdömda personer med autismspektrumstörning oftare var diagnostiserade med Aspergers syndrom än med autistiskt syndrom. Tre procent (n=10) av personerna med autistiskt syndrom hade blivit dömda för ett våldsbrott medan 20% (n=21) av dem med Aspergers syndrom hade en dom för våldsbrott (Långström et al., 2009). Likaså var psykotiska tillstånd, missbruk och personlighetsstörningar klart vanligare bland dem med autismspektrumstörning som också begick våldsbrott. Riskfaktorerna för våld verkade därför vara desamma som för personer utan autismspektrumtillstånd. Andra studier har också visat att personer som diagnostiserats med Aspergers syndrom samt har ytterligare psykiatrisk problematik har en högre risk att begå brott (Newman & Ghaziuddin, 2008). Prevalensstudier av specifika populationer är dock problematiska eftersom urvalet, verksamhetsområdet, typ av brottslighet med mera ofta skiljer sig åt.

### **1.1.8 Ätstörningar**

Ätstörningar som anorexi, bulimi, hetsättningsstörning och ätstörning UNS är relativt ovanliga i normalbefolkningen men förekommer oftare hos flickor och yngre kvinnor. En systematisk litteraturöversikt från flera olika länder visar att prevalensen av ovan angivna ätstörningar sammantaget (nägonsin) är 5% i normalbefolkningen (Treasure et al., 2010). I en studie av 91 fängelsedömda kvinnor i

Storbritannien däremot bedömdes 25% vara i riskzonen för att utveckla en ätstörning (Milligan, Waller & Andrews, 2002). I en annan amerikansk studie av ett slumpmässigt urval av nyligen fängelsedomda kvinnor (N=56) uppfyllde 7% Bulimi men ingen Anorexi (Gunter et al., 2008). I en brittisk fall-kontrollstudie av fängelsedomda kvinnor som uppvisat självskadebeteende, i jämförelse med de som inte uppvisat sådant beteende, återfanns högre nivåer av anorexi (2 vs. 0%) och bulimi (12 vs. 8%) i den första gruppen (Marzano et al., 2010).

### **1.1.9 Personlighetsstörningar**

Internationell forskning om fängelsedomda kvinnor visar att förekomsten av olika personlighetsstörningar är hög. I en systematisk kunskapsöversikt av 62 studier från 12 olika länder där förekomst av psykisk ohälsa i olika fängelsepopulationer (både män och kvinnor) undersöktes framkom att 38-68% uppfyllde kriterierna för någon personlighetsstörning (Fazel & Danesh, 2002) och att det var vanligare i den manliga än den kvinnliga fängelsepopulationen (i genomsnitt 65 vs. 42%). Detta kan jämföras med en annan systematisk litteraturoversikt där prevalensen av personlighetsstörningar bland normalbefolkning undersöktes (både män och kvinnor) och där mellan 5-10% bedömdes uppfylla kriterierna för någon personlighetsstörning (Samuels, 2011). I en tidigare norsk studie var prevalensen i ett representativt sample av normalbefolkningen något högre, runt 13% (Torgensen, Kringlen & Cramer, 2001).

Vidare fann Fazel & Danesh (2002) att kriterierna för Antisocial personlighetsstörning var 10 gånger vanligare i fängelsepopulationen än i normalbefolkningen och uppfylldes betydligt oftare bland nyintagna fängelsedomda män än kvinnor (47 vs. 21%). I en mindre amerikansk studie av ett slumpmässigt urval (N=220) av fängelsedomda män och kvinnor undersöktes hur många som uppfyllde kriterierna för borderline personlighetsstörning. Här var förhållandet det omvända, prevalensen var betydligt högre bland fängelsedomda kvinnor än män (54% vs. 27%). Resultat som ligger väl i linje med en brittisk studie av 771 fängelsedomda kvinnor och där 20% uppfyllde kriterierna för Borderline (Singleton, et al., 1998) samt en amerikansk studie av 805 nyintagna kvinnor i fängelse där 28% uppfyllde kriterierna för Borderline (Jordan et al., 1996). Förekomst av Borderline i normalbefolkningen beräknas av Samuels (2011) vara 1-3% och av Torgensen et al. (2001) att vara 0,7%.

Det finns alltså en tydlig koppling mellan personlighetsstörningar och kriminellt beteende, men även i vissa fall ett samband mellan vilken typ av personlighetsstörning och vilket typ av brott som begås (Davison & Janca, 2012). Detta beror delvis på konstruktöverlappning, det vill säga att personlighetsstörningar som antisocial- och borderline-personlighetsstörning innefattar gränsöverskridande och impulsiva handlingar.

Ett ofta använt självskattningsformulär för att uppskatta förekomst av personlighetsstörningar är DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q). DIP-Q har använts i många olika forskningsstudier baserade på normalpopulation, patienter inom psykiatri till fängelsepopulationer. Tidigare studier med DIP-Q i normalbefolkning har visat att cirka 10-14% uppfyller kriterierna för någon personlighetsstörning. I en svensk valideringsstudier av DIP-Q undersöktes 136 studenter och 14% självskattade att de skulle kunna ha någon av personlighetsstörningarna enligt DSM-IV (Ottosson et al., 1998). Liknande resultat, 11%, återfanns i en studie av 557 personer som randomiserats från ett regionalt urval ur normalbefolkningen (Ekselius et al., 2001). Även i en isländsk studie av 805 personer, randomiserade ur normalbefolkningen, uppfyllde 11% någon personlighetsstörning (Lindal & Stefansson, 2009). Slutligen har liknande resultat även presenterats i en studie av ett svensk militärförband (bataljon) som tjänstgjorde i Bosnien, 10% av dessa uppfyllde DIP-Q:s kriterier för någon personlighetsstörning (Michel, Lundin & Larsson, 2005).

Studier med DIP-Q av individurval inom psykiatri visar inte oväntat betydligt högre prevalens av personlighetsstörningar. I en svensk studie undersöktes 448 patienter från tre olika psykiatriska kliniker (allmänpsykiatri, rättspsykiatri och patienter som ansökt om psykoterapi). Resultaten visade att prevalensen av någon personlighetsstörning var 59% inom allmänpsykiatri, 68% inom rättspsykiatri och 90% bland patienterna som väntade på psykoterapi (Bodlund et al., 1998). Samtliga kliniska grupper skiljde sig signifikant från kontrollgruppen vad gäller antalet uppfyllda kriterier på axel II. Därtill var risken för en Axel II sjukdom nästan 5 ggr högre bland psykoterapi sökanden än bland allmänna psykiatriska patienter. Skillnaderna i frekvens av personlighetsstörningar mellan grupperna kan troligtvis förklaras av att orsaken

till sjukvårdskontakten är olika. I en annan svensk studie av 168 patienter (6% kvinnor) som var aktuella för rättspsykiatrisk undersökning uppfyllde 61% någon personlighetsstörning. Över hälften, 54%, uppfyllde kriterierna för två eller fler personlighetsstörningar (Hiscoke et al., 2003).

Differentialdiagnostiken mellan personlighetsstörningar och andra neuropsykiatriska störningar är ofta svår att klara enbart med självskattningsformulär. En del av samsjukligheten kan ha med svårigheterna med differentialdiagnostik att göra, det vill säga vilken diagnos som bäst beskriver en viss persons psykiska störning skiljer sig åt. Exempelvis har forskningsstudier av normalbefolkning visat att av de som självskattade en personlighetsstörning med DIP-Q, uppfyllde 67% kriterierna för mer än en personlighetsstörning (Lindal & Stefansson, 2009).

En personlighetsstörning enligt den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen DSM-IV innebär att en person har ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck i personens tankesätt, känsloliv, kontroll av impulser och/eller relationer till andra individer. Det varaktiga mönstret leder till ett lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden och kan spåras tillbaka till adolescensen eller tidig vuxenålder (American Psychiatric Association, 2002).

### **1.1.10 Aggressivitet**

Resultat från en metaanalys med studier av normalbefolkning från flera olika länder visar att män i genomsnitt (i Europa) självrapporterar mer generell direkt ( $d = 0,57$ ), fysisk ( $d = 0,45$ ) och verbal aggressivitet ( $d = 0,22$ ) än kvinnor. Kvinnor däremot var något högre än män vad gäller indirekt aggressivitet ( $d = -0,11$ , Archer 2004).

Enskilda studier med screening-instrumentet Aggression Questionnaire visar även på olika skillnader mellan män och kvinnor när enbart delskalor analyserats. I Garcia-León et al.'s (2002) studie självskattade sig män högre än kvinnor på både fysisk- och verbal aggressivitet men inte ilska eller fientlighet. I andra studier har män självskattat sig högre på alla delskalor förutom ilska (Buss & Perry, 1992). Den största skillnaden mellan män och kvinnor återfanns dock i självskattning av fysisk aggressivitet (Gerevich et al., 2007). En möjlig förklaring till skillnaderna skulle kunna vara att män och kvinnor egentligen är lika aggressiva men uttrycker sin aggressivitet på olika sätt (Buss & Perry, 1992).

I en svensk valideringsstudie av Aggression Questionnaire återfanns liknande resultat. Totalt sett var deltagande män mer aggressiva än kvinnor ( $d = 0,29$ ; ES: 0,14) och mer fysiskt aggressiva ( $d = 0,61$ ; ES=0,29) när delskalorna studerades. Resultaten visade även på minskad aggressivitet med ökad ålder. Störst skillnad i aggressivitet mellan män och kvinnor återfanns upp till 20-års ålder (Prochazka & Ågren 2001). Resultat från andra svenska studier visar dock omvända könsskillnader, om än mindre. I till exempel en studie av patienter med långvarig depression skattade kvinnor med långvarig depression något högre på alla aggressivitetsskalor än motsvarande män. Den största skillnaden återfanns i fientlighet ( $d = 0,47$ ; ES=0,23). Patientgruppen som helhet visade högre värden på alla aggressionsskalor förutom verbal aggressivitet och ilska i jämförelse med normalbefolkning (Prochazka & Ågren, 2003).

Aggression Questionnaire har även använts i studier av fängelsepopulationer. I en engelsk studie jämfördes självskattad aggressivitet bland manliga och kvinnliga intagna. Resultaten visade att de kvinnliga intagna skattade signifikant högre ( $d = -0,44$ ) på delskalan ilska. Kvinnorna självskattade även högre på fysisk ( $d = -0,21$ ) och verbal aggressivitet ( $d = -0,04$ ) samt fientlighet ( $d = -0,27$ ), men resultaten var inte signifikanta (Archer & Haigh, 1997).

### **1.1.11 Generell kognitiv förmåga (intelligens)**

Trots att det fortfarande anses kontroversiellt, finns ett samband mellan intelligens och kriminellt beteende (Frisell, Pawitan & Långström, 2012; Andrews & Bonta, 2006) och sambandet anses starkare när det gäller upprepad brottslighet och allvarlig brottslighet, såsom våldsbrott (Kennedy, Burnett & Edmonds, 2011; Donnellan, Ge & Wenk, 2000). Sambandet mellan intelligens och kriminalitet återfinns både för brottsliga handlingar som rapporteras i officiella register och när brottslighet självrapporteras (Moffitt & Silva, 1988).



I en systematisk kunskapsöversikt (Fazel, Xenitidis & Powell, 2008) undersöktes förekomsten av intellektuellt funktionshinder (intellectual disability) hos 12 000 personer i fängelse. Resultaten visade att 0,5-1,5% av de fängelsedömda diagnostiserats med ett intellektuellt funktionshinder (IQ $\leq$ 70 samt en nedsättning av funktionsförmåga). Majoriteten, 92%, av de fängelsedömda var män.

I en svensk studie av samtliga personer som begått mord eller dråp (inklusive försöksbrott) åren 1988-2000 undersöktes 2005 personer (8% kvinnor) för bland annat mental retardation (IQ $\leq$ 70). Nästan 1% uppfyllde diagnosen (Fazel & Grann, 2004). Ungefär samma andel återfanns i en liknande finsk studie av kvinnor som begått mord (Eronen, Hakola & Tiihonen, 1996).

### **1.1.12 Allmän hälsa, socialt stöd och självkänsla**

För att övergripande mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa finns en rad olika instrument däribland Hälsoenkäten SF-36. I en engelsk studie användes Hälsoenkäten för att mäta den fysiska och psykiska hälsan hos kvinnliga intagna på en sluten anstalt. Resultaten visade att de kvinnliga intagna hade en signifikant sämre hälsa på fem av de åtta delskalorna; social funktion, psykiskt välbefinnande, vitalitet, smärta och allmän hälsa i jämförelse med matchade kvinnor ur normalbefolkningen från samma lägre samhällsklass. Kvinnliga intagna hade även en signifikant sämre psykisk hälsa men inte en signifikant sämre fysisk hälsa (Plugge & Fitzpatrick, 2005).

Vidare visar forskning att socialt stöd utgör en psykosocial resurs i människors psykiska hälsa (Yap & Devilly, 2004) och att närvaron av ett socialt nätverk är särskilt viktigt vid genomförandet av en förändring, till exempel vid ett missbruk. Även om personlighetsfaktorer spelar in i förmågan att få och behålla socialt stöd (Kendler & Baker, 2007) spelar pro-sociala nätverk även en central roll för att en förändring ska upprätthållas över tid, det vill säga för att stabilisera och vidareutveckla en ny livssituation (Skårner, 2001). Tidigare forskning har även visat att upplevelsen av socialt stöd är viktigt hos brottsoffer, speciellt när brottsoffret är en kvinna eller ett barn (Yap & Devilly, 2004).

Samband har även återfunnits mellan missbruk och upplevelsen av socialt stöd. I en studie av fängelsedömda kvinnor i USA visade resultaten att ju större missbruksproblematik, desto mindre var upplevelsen av socialt stöd. Behandlingsforskning visar dessutom att personer med missbruksproblematik får ett bättre behandlingsresultat om de har ett starkt socialt stöd runt sig (Staton-Tindall, Royse & Leukfeld, 2007).

För att mäta upplevt socialt stöd från familj finns ett antal instrument däribland *Perceived Social Support from the family* (PSS-Fa) *and/or from friends* (PSS-Fr). I en svensk studie självskattade 1157 kvinnor i åldern 18-30 upplevt socialt stöd från familj med hjälp av PSS-Fa. Medelvärde var 75 på en skala som kan variera mellan 20-100. Resultaten visade även att personer med en tidigare/pågående ätstörning självskattade ett signifikant lägre resultat (Medelvärde: 68 respektive 64) i jämförelse med kontrollgruppen (Ghaderi & Scott, 1999).

Ett annat område som visat sig ha betydelse för individen är självkänsla. I en studie av kvinnliga intagna på sluten anstalt fann man till exempel ett samband mellan låg självkänsla och/eller en låg nivå av socialt stöd och att ha genomfört ett mycket allvarligt självmordsförsök (Marzano et al., 2011). I en annan studie av unga kvinnliga brottslingar (15-19 år) visade resultaten att låg självkänsla var en riskfaktor för depression (Matsuura, Hashimoto & Toichi, 2009).

Tidigare forskning har även visat på ett samband mellan låg självkänsla under uppväxtåren och en ökad risk för psykosociala problem i vuxen ålder. I en studie av ungdomar i Nya Zeeland följde forskarna en födelsekohort där uppföljningar gjordes regelbundet mellan 5-26 års ålder. Resultaten visade att personer med låg självkänsla under ungdomen hade en ökad risk för att under vuxen ålder få en försämrad fysisk och psykisk hälsa, sämre ekonomiska förutsättningar och större risk för att dömas för brott under vuxen ålder. Trots en signifikant riskökning var effekterna små. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet och låg självkänsla under ungdomen betraktas som en av många potentiella riskfaktorer för problem i vuxen ålder (Trzesniewski et al., 2006).

Studier av just sambandet mellan självkänsla och kriminalitet har en lång tradition. Ett tidigt antagande var att låg självkänsla var en orsak till aggression. Uppfattningen kom bland annat från kliniker som ansåg sig

kunnat observera detta och inte från systematiserad empiri (Baumeister et al., 2003). I en genomgång av aktuell forskning under 1990-talet framkom dock att ett direkt orsakssamband saknades (Baumeister, Smart & Boden, 1996).

Senare studier har lyft fram resultat vilka tyder på att personer som uppvisar ett aggressivt utagerande beteende, generellt sett, har en positiv bild av sig själva och till och med möjligen en överdriven positiv självbild, en närmast narcissistisk personlighetstyp. Forskarna menade dock att hög självkänsla både förekommer hos personer med aggressiva tendenser och hos personer som inte uppvisar sådana tendenser och föreslog därför att en av många aspekter som ligger bakom aggressivitet, kopplat till självkänsla, är så kallad "hotad egoism", det vill säga en positiv självbild och självkänsla som ifrågasätts eller hotas av andra människor. Personens positiva, men instabila självbild ifrågasätts av någon eller några personer i omgivningen, vilket kan leda till aggressivitet (Lindwall, 2011; Bushman et al., 2009; Baumeister, Bushman & Campbell, 2000; Bushman, & Baumeister, 1998; Baumeister et al., 1996). Därför menar forskarna att självkänsla är oväsentligt för aggressivitet, det är kombinationen mellan narcissism och förolämpning som kan leda till aggressioner, det vill säga en hotad egoism (Bushman, & Baumeister, 1998).

Andra studier har funnit liknande resultat men dragit annorlunda slutsatser. Donnellan et al., (2005) menade att det fanns ett "robust" samband mellan låg självkänsla och utagerande problem, såsom aggression, antisocialt beteende och brottslighet. De menade även att effekten av låg självkänsla är oberoende av narcissism. Deras resultat stödjer tidigare forskning om risken för aggressivitet vid narcissistiska personlighetsdrag men visar även att låg självkänsla är relaterat till aggressivitet. Sammantaget tyder resultaten på att både låg självkänsla och narcissism kan leda till utagerande problem.

Forskning om eventuella könsskillnader i självkänsla visar små skillnader mellan könen, män verkar dock ha något högre självkänsla än kvinnor. En annan viktig fråga som debatterats är huruvida självkänsla är stabil över tid. I en amerikansk studie visade resultaten att självkänsla är något som varierar under livet. Självkänslan var mindre stabil hos barn, ökade i stabilitet under tonåren upp till ung vuxenålder där den nådde sin pik, för att sedan minska något i medelåldern och minska ytterligare på ålderns höst (Lindwall, 2011).

### **1.1.13 Övriga psykiska störningar (som inte täckts in ovan)**

Vad gäller övriga psykiatriska syndrom visar olika studier av fängelsedömda kvinnor att tvångssyndrom förekommer i 4-8% av fallen (Gunter et al., 2008, amerikansk studie, slumpmässigt urval, (N=56); Brinded et al., 2001, Nya Zeeländsk studie, totalpopulation, (N=200)), paniksyndrom i 2-8%, agorafobi i 12-16%, generaliserat ångestsyndrom i 13-23% och slutligen social fobi bland 10-13% (Marzano et al., 2010, brittisk studie, fall-kontroll, (N=60x2); Gunter et al, 2008).

## 1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med föreliggande studie är att på ett övergripande plan generera ny kunskap om den kvinnliga fängselpopulationen i Sverige utifrån två områden som bedömts vara särskilt angelägna: *psykisk hälsa* och *kvinnor som begår våldsbrott*.

### ***Frågeställning:***

1. Vilka behov, vad gäller psykisk hälsa, kan identifieras hos fängelsedömda kvinnor i Sverige?
2. Vad utmärker kvinnor som begår våldsbrott jämfört med dem som avtjänar fängelsepåföljder för annan kriminalitet?

## 2. METOD

---

### 2.1 Undersökningspopulation

Årligen nyintas cirka 700 kvinnor till svensk kriminalvårdsanstalt (fängelse). Av dessa är ca 300 kvinnor kvarvarande vid ett givet tillfälle. Samtliga kvinnoanstalter var aktuella för studien (Färingsö, Hinseberg, Ystad, Ringsjön, Ljustadalen, Sagsjön). *Inklusionskriterium* för studien var att kvinnan fortfarande verkställde sin påföljd på anstalten när intervjun beräknades genomföras. *Exklusionskriterium* var att kvinnan frigavs innan intervjun hann genomföras.

### 2.2 Genomförande

Varje anstalt tilldelades fasta perioder (intervjuveckor) för att intervjuerna skulle kunna genomföras. Längden på intervjuperioden anpassades till anstaltens platsantal. Exempelvis hade anstalten Hinseberg i maj 2011 80 platser. Anstalten tilldelades därför fyra veckors intervjutid under en period på 16 veckor. En intervju beräknades ta cirka 1-1,5 timme (cirka 4 intervjuer per dag). Således kunde cirka 80 intervjuer genomföras under intervjuperioden. Detta kan jämföras med anstalten Ljustadalen som i maj 2011 hade 20 platser. I förhållande till anstaltens platsantal tilldelades anstalten därför en veckas intervjutid.

Initialt informerades samtliga anstaltschefer på kvinnoanstalterna om studien, både muntligen och skriftligen. En kontaktperson (forskningskoordinator) valdes ut på varje anstalt och fick i uppdrag att informera övrig berörd personal. Också personalen fick både muntlig och skriftlig information.

De kvinnliga intagna tillfrågades av en kontaktperson eller av annan utsedd person på anstalten. Tillfrågandet skedde i enskildhet och inte i närvaro av andra intagna, annan personal eller forskarna. Kvinnorna informerades muntligen och skriftligen om studien och tillfrågades sedan om deltagande.

Informationen om studien gavs enligt en mall/checklista. Av informationen framgick bland annat att: a) undersökningen genomfördes av Kriminalvårdens FoU: Stockholmsgruppen, b) medverkan var frivillig, c) man när som helst kunde avbryta sin medverkan, d) relationen till kontaktpersonen på anstalten inte påverkades av "ja" eller "nej" till medverkan, e) all information skulle behandlas konfidentiellt, f) insamlad data skulle samordnas med Kriminalvårdsregistret samt avidentifierad information från brotts-, misstanke-, läkemedels- och patientregistret samt g) alla resultaten presenteras på gruppnivå. Ett skriftligt informerat samtycke skrevs härefter under om kvinnan valde att delta.

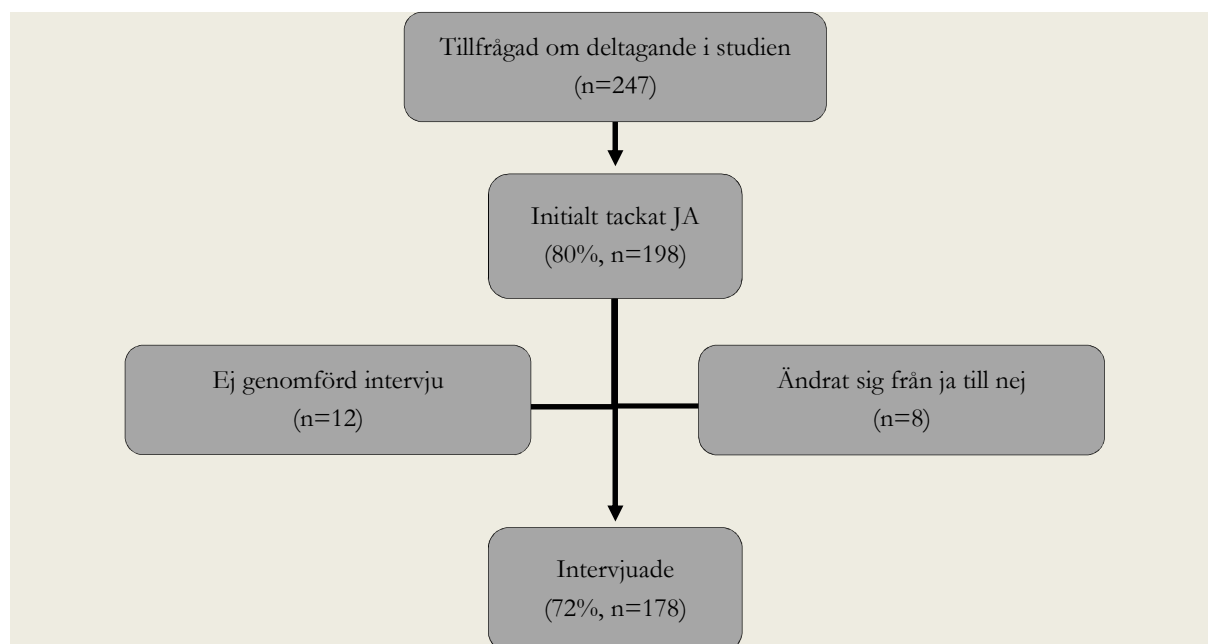
En för projektet specialutbildad utredare, fristående från klientens anstaltsvård men med 4 års erfarenhet av klientarbete inom Kriminalvården, besökte anstalterna och genomförde intervjuerna med de kvinnor som tackat ja till att delta. För de kvinnor som hade en annan språkbakgrund än svenska användes telefontolk.

Efter avslutad intervju tilldelades kvinnorna ett häfte med självskattningsformulär. Ifyllandet av självskattningsformulären beräknades ta cirka 60 minuter. Kvinnan fyllde själv i självskattningsformulären vid en tidpunkt som hon själv valde och la sedan formuläret i ett medföljande kuvert. Kuvertet skickades till utredaren vid FoU: Stockholmsgruppen, Kriminalvården. I de fall kvinnan hade läs- och skrivsvårigheter kunde kvinnans kontaktperson vara behjälplig. I de fall kvinnan hade annan språkbakgrund än svenska ifylldes de självskattningsformulär som fanns översatta till andra språk. Vissa självskattningsformulär översattes även muntligen med hjälp av telefontolk.

Samtliga deltagande, som deltagit i intervjun samt fyllt i självskattningsformuläret, erhöll INTIK-telefonkort (Intagna Telefoni Inom Kriminalvården) till ett värde av 60 kr som tack för medverkan.

## 2.3 Svarsfrekvens

Tillfrågningsperioden för anstalterna påbörjades vid olika tillfällen beroende på vilken vecka anstalten hade som första intervjuvecka under perioden maj-oktober 2011.



Figur 3. Deltagandefrekvens för samtliga kvinnoanstalter.

Som framgår av flödesschemat (Figur 3) var det initialt 80% (n=198) av samtliga tillfrågade som tackade ja till att delta. En svarsfrekvens på 80% är mycket tillfredsställande och brukar anses som svår att uppnå (Jones, 1996). I 12 fall kunde intervjun inte genomföras på grund av att kvinnan hade permission eller pågående grupprogram. Åtta kvinnor ändrade sig vid intervjutillfället och ville inte delta. Ingen av kvinnorna avbröt intervjun när den väl hade påbörjats. Slutligen intervjuades 72% (n=178). För fördelning per verksamhetsställe, se Tabell 1 nedan.

Tabell 1. Fördelning av samtycke och andel intervjuade uppdelat per anstalt, procent och antal.

Verksamhetsställe	Samtyckesfrekvens	Andel intervjuade
Anstalten Färingsö	75% (n=36)	67% (n=32)
Anstalten Hinseberg	84% (n=79)	77% (n=72)
Anstalten Ljustadalen	86% (n=12)	79% (n=11)
Anstalten Sagsjön	87% (n=26)	83% (n=25)
Anstalten Ystad	72% (n=34)	64% (n=30)
Anstalten Ringsjön	79% (n=11)	57% (n=8)

## 2.4 Bortfallsanalys

Totalt tackade 57 kvinnor nej till att delta (49 initialt och 8 innan intervju). En bortfallsanalys visar att det inte fanns några skillnader mellan gruppen som tackade ja (n=198) respektive nej (n=57) vad gäller ålder, t (233)=0,98, p=.32; aktuellt brott: våldsbrott:  $\chi^2$  (1, n=235)=0,26, p=.61, ekonomisk brottslighet:  $\chi^2$  (1, n=235)=0,00, n.s., alkohol/narkotikarelaterade brott:  $\chi^2$  (1, n=235)=2,15, p=.14, tillgreppsbrott:  $\chi^2$  (1, n=235)=0,05, p=.82, trafikbrott:  $\chi^2$  (1, n=235)=0,72, p=.4, övrig brottslighet:  $\chi^2$  (1, n=235)=0,20, p=.65; och strafftid,  $\chi^2$  (7, n=235)=8,47, p=.29.

## 2.5 Definitioner

### 2.5.1 Generell kognitiv förmåga (intelligens)

Definitionen av intelligens varierar men berör ofta förmågan att resonera, planera, lösa problem, associera, tänka abstrakt, förstå idéer och språk, komplicerade orsakssammanhang samt förmågan till inläring. För att få ett numeriskt värde på en persons intelligens används normerade och standardiserade intelligenstest. Poängen från dessa test är jämförelser med en normeringsgrupp och jämförs med andra personer i samma ålder (normgruppen). Den vedertagna skala som används för att mäta intelligens är IQ (svenska IK). Ett IK värde på 116 eller över anses som klart över genomsnittet och ett IK-värde på 70 eller under anses som klart under genomsnittet (Wechsler, 2008a).

### 2.5.2 Övergrepp eller försummelse under uppväxten – vanvård

Det engelska begreppet "*child maltreatment*" översätts i många sammanhang till *övergrepp/försummelse (vanvård) under barndomen* eller *barnmisshandel*. Enligt modellen Maltreatment classification system (Barnett, Manly & Cicchetti, 1993) kan vanvård delas upp enligt följande:

- Fysiska övergrepp
- Sexuella övergrepp
- Fysisk försummelse
- Emotionella övergrepp eller försummelse
- Moralisk/juridisk/utbildningsmässig vanvård

I Sverige definierades begreppet barnmisshandel av Kommittén mot barnmisshandel som "*när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummelse att tillgodose barnets grundläggande behov*" (SOU 2001:72). Definitionen fick viss kritik eftersom termen misshandel användes. I regeringens proposition som följde användes i stället termen "*barn som far illa*" med definitionen "*Ett barn som riskerar att fara illa om barnets personliga utveckling riskerar att skadas när det utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller när den som vårdar barnet försummar att tillgodose barnets grundläggande behov*" (Proposition 2002/03:53).

I utredningar av vanvård i den sociala barnvården (SOU 2009:99 och SOU 2011:61) definierades senare vanvård som övergrepp och försummelse. Övergrepp kunde vara både fysiska/emotionella eller sexuella. Försummelse definierades som bland annat "*Vårdnadshavarens underlåtenhet/ oförmåga/ ovilja att tillgodose barnets grundläggande behov, att garantera och främja barnets trygghet, säkerhet och utveckling i psykologiskt, medicinskt, socialt och fysiskt hänseende*" (SOU 2009:99).

I denna studie kommer begreppet "*barndomstrauma*" att användas. Begreppet innefattar följande:

- Fysisk misshandel eller försummelse
- Sexuella övergrepp
- Emotionell misshandel eller försummelse
- Bevittnat fysiskt våld mellan familjemedlemmar

Denna definition stämmer väl överens med andra, såväl svenska som internationella (Forsman & Långström, 2012; Gilbert, et al., 2009; Briere & Jordan, 2009). Vissa studier räknar dock inte med "*bevitnat våld mellan familjemedlemmar*" i sin definition av begreppet (Walsh et al., 2012; Mullings et al., 2004).

### **2.5.3 Självkänsla (eng: self-esteem)**

handlar om den uppfattning en människa har om sig själv och den man är, oavsett prestation eller kompetens. Det finns ett antal andra begrepp som är nära knutna till begreppet självkänsla. En vanlig förväxling sker ofta mellan begreppen självkänsla och självförtroende, men där det sistnämnda snarare handlar om en persons tilltro till sin förmåga att prestera i olika sammanhang (arbete, skolan, sociala sammanhang). Forskningsstudier har dock visat att självkänsla har ett starkt samband med hur kompetent en person upplever sig vara inom olika områden vilket visar att definitionerna mellan begreppen kan vara tydligare i teoretisk mening än rent praktiskt och känslomässigt (Lindwall et al., 2011). Robson (1989), upphovsman till Self-Concept Questionnaire (SCQ) definierar självkänsla som ”*The sense of contentment and self-acceptance that results from a person’s appraisal of his own worth, significance, attractiveness, competence and ability to satisfy his aspirations*”.

### **2.5.4 DSM-IV**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV, Text Revision (American Psychiatric Association, 2000) är en diagnosmanual som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd. DSM ges ut av *American Psychiatric Association* (APA) och används över hela världen. Den allra senaste versionen, DSM-V publicerades i maj 2013 när datainsamlingen i denna studie redan avslutats.

### **2.5.5 ICD-10**

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision (ICD-10) är en diagnosmanual som används inom psykiatrin för klassificering av sjukdomar, utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO). Ofta används den amerikanska diagnosmanualen DSM som komplement till ICD-10. I Sverige är endast ICD-10 officiell diagnosmanual, och Socialstyrelsen har utarbetat ett omfattande konverteringssystem från DSM-IV till den officiellt godkända ICD-10.

### **2.5.6 Brottskategorier**

För att belysa vilken typ av brott som kvinnorna var dömda för i aktuell dom delades samtliga brott in i kategorier. Ett alternativ hade varit att utgå från endast huvudbrott men för att inte förlora information om kvinnorna användes samtliga brott istället. En kvinna kan därför vara lagförd i en eller flera kategorier.

- a) Med *våldsbrott* avses: mord, dråp, misshandel, grov fridskränkning, mordbrand, rån, våldtäkt, våld eller hot mot tjänsteman, olaga frihetsberövande, övergrepp i rättssak, ofredande, olaga hot, olaga tvång, människorov, olaga tvång, utpressning, förgripelse mot tjänsteman, samt vållande till annans död i samband med våldsbrott.
- b) *Alkohol & narkotikarelaterade brott* avser narkotikasmuggling, smuggling, narkotikabrott, olovligt brukande, dopningsbrott, rattfylleri, olovligt innehav av alkoholdrycker, olovlig försäljning av alkoholdrycker.
- c) *Ekonomiska brott* innefattar bedrägeri, förskingring, trolöshet mot huvudman, märkesförfalskning, skattebrott, urkundsförfalskning, häleri, bokföringsbrott, dobbleri.
- d) *Trafikbrott* avses vårdslöshet i trafik, olovlig körning, framförande av avställt fordon, hastighetsöverträdelse, obehörigt avvikande från trafikolycksplats, förseelse mot trafikordningen, brott mot bilbälteslagen.
- e) *Tillgreppsbrott* avses stöld snatteri, egenmäktigt förfarande, tillgrepp av fortskaffningsmedel.
- f) *Övriga brott* innefattar men är inte begränsat till följande brottsrubriceringar: brott mot knivlagen, brott mot vapenlagen, falskt alarm, brott mot utlämningslagen, skadegörelse, bedrägligt beteende, olovligt innehav av farligt föremål, brott mot lagen om tillsyn över hund och katt, djurplågeri, vållande till annans död, vållande till kroppsskada, koppleri, brott mot griftefrid, olaga intrång, hemfridsbrott, förolämpning, egenmäktighet med barn, våldsamt motstånd, övriga sexualbrott som inte upptagna under våldsbrott.

Anstiftan, försöksbrott och grova brott ingår i förekommande fall i definitionerna ovan.

## 2.6 Statistiska analyser

För prövning av om observerade skillnader kunde säkerställas statistiskt användes Chi-två test ( $\chi^2$ ) med associerade p-värden alternativt t-test. För prövning av vilka faktorer som hade särskild betydelse (effektstorlekarna uttrycktes i oddskvoter) vid olika typer av missbruk användes logistisk regression. För att även fånga upp eventuella tendenser av betydelse i regressionsmodellerna bestämdes p-värdet till 0.10.

## 2.7 Interbedömarreliabilitet

Totalt filmades 23 intervjuer (13% av samtliga) med videokamera efter skriftligt samtycke från kvinnan. Interbedömarreliabiliteten prövades genom att en annan person (legitimerad psykolog och forskare) skattade dessa videoinspelade intervjuer utifrån samma intervjuinstrument. Av de 23 inspelade intervjuerna valdes 19 intervjuer ut slumpmässigt. Antalet intervjuer som bedömdes beräknades utifrån vedertagna riktlinjer där minsta nödvändiga antal intervjuer för statistisk analys beror på antalet svarsalternativ (Cicchetti typ 2k<sup>2</sup>-regeln). Interbedömarreliabilitet prövades för följande instrument:

- a) Diagnoskriterierna för psykiatriska störningar enligt M.I.N.I.
- b) Borderlinediagnos enligt SCID-II
- c) IQ-estimat enligt WAIS-IV

Interbedömarreliabiliteten för aktuell studie presenteras utifrån två olika mått. För att beräkna interbedömarreliabiliteten på minst ordinalskalenivå användes intraklasskorrelation (Intra-Class Correlation; ICC av typen ICC (two way-mixed) och för kategoridata användes procentuell överensstämmelse mellan bedömningarna (Percentage Agreement, PA). ICC visar graden av samstämmighet mellan olika bedömare. Ett ICC-värde kan variera mellan -1,0 till 1,0. Det finns olika riktlinjer beträffande bedömningen av ICC-värdet men sammantaget anses  $ICC \geq 0.80$  vara mycket bra (Rosner, 2006; Douglas, Ogloff & Hart, 2003; Cicchetti, 1994).

För WAIS-IV beräknades ett ICC-värde (single measure) och de 4 olika deltesterna (i skalpoäng) hade ICC-värden mellan 0,95 och 0,99. För totalskalans estimerade IQ var ICC 1,0 (d.v.s. 100% överensstämmelse).

För DSM-IV-TR-diagnoserna i M.I.N.I. och SCID-II redovisas interbedömarreliabiliteten i procentuell överensstämmelse mellan de två bedömningarna. Tabell 2 nedan innehåller två kolumner med procent. Den vänstra kolumnen inkluderar samtliga (n=19) inspelade intervjuer. För de diagnoser som inte hade 100% överensstämmelse berodde skillnaden på att ena bedömaren ansåg att kriterierna ej var uppfyllda och den andra bedömaren ansåg att det saknades underlag för att göra bedömningen. I den högra kolumnen redovisas procentuell överensstämmelse mellan de olika bedömarna exklusive de fall där den ena bedömaren ansåg sakna information från videoinspelningen. Endast i ett fall var skillnaden att ena bedömaren ansåg att kriterierna var uppfyllda medan den andra bedömaren ansåg att kriterierna ej var uppfyllda.



**Tabell 2. Procent överensstämmelse av diagnoserna i M.I.N.I. och SCID-II mellan två bedömare.**

<b>Diagnos</b>	<b>Procent överensstämmelse inklusive variabler med uppgift saknas, antal (n)</b>
Depression	68% (n=19)
Suicidrisk (låg medel eller hög jämfört med ingen)	100% (n=19)
Paniksyndrom	84% (n=19)
Tvångssyndrom	100% (n=19)
Agorafobi (torgskräck)	89% (n=19)
Social fobi (Socialt ångestsyndrom)	100% (n=19)
Generaliserat ångestsyndrom	100% (n=19)
Posttraumatiskt stressyndrom	95% (n=19)
Anorexi	100% (n=19)
Bulimi	95% (n=19)
Psykotiskt syndrom	100% (n=19)
Manisk episod	100% (n=19)
Antisocial personlighetsstörning	74% (n=19)
Borderline personlighetsstörning (SCID-II)	89% (n=19)
Dystymi	100% (n=19)

## 2.8 Reliabilitet och validitet

Ett mätinstrument sägs ha god reliabilitet om det bedöms ha hög träffsäkerhet. Det handlar bland annat om att mäta pålitlighet över tid (test-retest), vilket betyder att samma instrument ska ge samma resultat vid upprepade mätningar. Vid test-retest reliabilitet utför man upprepade mätningar på samma sätt, och mäter sedan samstämmigheten i resultat mellan de olika mättillfällena (Davidshofer & Murphy, 2005).

En annan typ av reliabilitet är intern konsistens (internal consistency), det vill säga hur väl olika delar av måttet mäter samma sak. Ett mått på intern konsistens är Cronbachs alfa. Detta är ett sammanfattande korrelationsmått mellan samtliga items/frågor i en delskala eller instrument. Cronbachs alfa erhålls genom att resultaten för samtliga items korreleras med varandra. Skalan går mellan 0 och 1 och ju högre desto bättre. Gränsvärden för skalor är vanligtvis 0,7 (Aron, Aron & Coups, 2009).

Ett mätinstrument som har god validitet, eller giltighet, mäter det som instrumentet verkligen avser att mäta. Utifrån en statistisk synvinkel utgör god validitet frånvaron av så kallade systematiska mätfel. När man använder sig av mätinstrument redogörs ofta instrumentets sensitivitet och specificitet. Sensitivitet och specificitet är två begrepp som används för att beskriva en metods användbarhet för diagnostik. Sensitiviteten är den andel sant positiva fall som testet korrekt identifierar som positiva. Specificiteten är den andel sant negativa som testet korrekt anger som negativa (Rothman, Greenland & Lash, 2008).

Ett test eller mätinstrument är alltid en avvägning mellan sensitivitet och specificitet. Ett test som alltid gav positiva utfall skulle ha en utmärkt sensitivitet, 100%, men väldigt dålig specificitet, 0%. Eller tvärtom, ett test som alltid gav negativt utfall skulle ha den utmärkta specificiteten 100% men tyvärr en sensitivitet på 0%. Sådana tester är naturligtvis helt oanvändbara. I praktiken görs en avvägning för bästa möjliga kompromiss. Ett exempel kan vara ett självskattningstest som används för att mäta om en person är deprimerad. Testets sensitivitet innebär andelen personer som enligt självskattningstestet identifieras som deprimerade, och som senare faktiskt visat sig vara deprimerade enligt en diagnostisk intervju med en tränad kliniker. Specificiteten innebär andelen personer som av självskattningstestet befinns vara icke-deprimerade, och som senare mycket riktigt visar sig inte vara deprimerade.

## 2.9 Instrument: under intervju

### 2.9.1 Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.)<sup>3</sup>

M.I.N.I. är en kortfattad, strukturerad intervju för de viktigaste psykiatriska störningarna på Axel I i enlighet med DSM-IV samt ICD-10. I validerings- och reliabilitetsstudier har man jämfört M.I.N.I. med SCID-P (strukturerad diagnostisk intervju för DSM-III-R) samt med CIDI (en strukturerad intervju som WHO utvecklat för lekmannaskattning enligt ICD-10). Resultaten visar att M.I.N.I. har acceptabel validitet och reliabilitet samt kan administreras på mycket kortare tid (i genomsnitt 18,7 min [SD=11,6], median 15 min) än ovan nämnda instrument. Alla diagnoser som etableras med M.I.N.I. har tidigare visat en specificitet på 0,85 eller högre, samt en sensitivitet på 0,70 eller högre för alla diagnoser utom dystymi och tvångssyndrom (Sheehan, et al., 1998). Alla diagnoser i M.I.N.I. utom missbruksdiagnoserna användes för att fånga de viktigaste psykiatriska störningarna på Axel 1.

### 2.9.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)<sup>4</sup>

SCID-II är ett semistrukturerat intervjustöd som används för diagnostik av personlighetsstörningar enligt DSM-IV. Endast delen för diagnos av Borderline personlighetsstörning användes. Borderline personlighetsstörningsdiagnos utifrån SCID-II har visat en mycket god interbedömarreliabilitet (Cohens kappas=0,91) (Lobbestael, Leurgans & Arntz, 2011).

### 2.9.3 Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV)<sup>5</sup>

WAIS-IV är ett mätinstrument som administreras individuellt i syfte att bedöma intellektuell kapacitet hos ungdomar och vuxna mellan 16-90 år. WAIS-IV består av femton deltest varav tio är ordinarie tester. Instrumentet är organiserat i fyra sammansatta mått (index): verbal funktion, perceptuell funktion, arbetsminne och snabbhet. Instrumentet är översatt, anpassat och normerat till svenska förhållanden (Wechsler, 2008a). WAIS-IV används bland annat för att identifiera begåvningshandikapp (enligt DSM) eller ovanligt hög begåvning men även kognitiva styrkor och svagheter hos individer. WAIS-IV kan användas som underlag för behandlingsplanering och placeringsbeslut samt för att tillhandahålla reliabla och valida data för forskningsändamål (Wechsler, 2008a).

Tidsåtgången för hela WAIS-IV är cirka 60-80 minuter. För att på ett mer tidseffektivt sätt mäta intelligens har olika kortversioner av WAIS utvecklats. Kortversionerna anses bra som screening-instrument och passar bra när huvudsyftet inte bara är att mäta intelligens.

I kortversioner av WAIS används enstaka deltest alternativt används vissa moment från samtliga deltest (Miller, Streiner & Goldberg, 1996). Att använda enstaka deltest är det mer vedertagna tillvägagångssättet (Wymer, Rayls & Wagner, 2003). I kortversioner används till exempel två eller fyra deltest varav den ena hälften mäter verbal funktion och den andra hälften perceptuell funktion (Axelrod, 2002). Kortformer av WAIS tenderar att ge bättre skattningar (estimat) ju fler deltester som ingår, däremot tycks det inte finnas någon specifik kombination av deltester som skulle vara bättre än andra (Wymer, et al., 2003). Kraven på kortversionernas reliabilitet är olika beroende på om resultaten analyseras på grupp-nivå eller på individ-nivå.

I den här studien har fyra deltester använts: *Blockmönster*, *Matriser*, *Förståelse* och *Ordförråd*. Deltestet *Blockmönster* avser att mäta förmågan att analysera och syntetisera abstrakt visuella stimuli. Deltestet *Matriser* avser mäta "fluid intelligens", övergripande visuell förmåga, klassificering och kunskap om relationer mellan helhet och delar samt perceptuell organisationsförmåga. Deltestet *Förståelse* avser fånga upp verbalt resonerande och konceptualiseringsförmåga, verbal förståelse och uttrycksförmåga samt förmågan att utvärdera och använda tidigare erfarenheter och att uppvisa praktisk kunskap och omdöme. Deltestet *Ordförråd* avser mäta allmän ordförståelse och verbal begreppsbyggnad. Resultatet är också beroende av språklig utvecklingsnivå, allmänbildning, kunskaper i svenska språket, långtidsminne, auditiv förståelse och verbal uttrycksförmåga (Wechsler, 2008a; Groth-Marnat, 2003).

<sup>3</sup> Sheehan et al. (1998). Svensk reviderad version 5.0.0 (Allgulander et al., 2006).

<sup>4</sup> Spitzer, Williams, Gibbon & First (1992).

<sup>5</sup> Wechsler (2008a). Svensk version, Psykologiförlaget, (2010).

Kombinationen som användes i denna studie liknar kortformen WASI som kan bestå av antingen två eller fyra deltester, varav varianten med fyra deltester enbart skiljer sig från den kortform som har använts i den här studien genom att WASI använder deltestet *Likheter* istället för deltestet *Förståelse*. WASI har i validitetsstudier uppvisat en korrelation med resultat från WAIS-III på 0,82 respektive 0,92 (Wymer, et al., 2003; Axelrod, 2002). Eftersom kombination av deltester som används inte tycks innebära någon betydelsefull skillnad (Wymer, et al., 2003) borde den kortform som använts i den här studien rimligtvis ge ungefär lika bra uppskattningar som WASI.

Om en kortversion av WAIS-IV används behöver resultatet omvandlas till ett estimat för fullskalig IK. Ett vedertaget tillvägagångssätt är att beräkna medelvärdet på de deltest som använts och sedan multiplicera medelvärdet till det totala antalet deltester (Groth-Marnat, 2003) alternativt att addera resultaten på de deltest som genomförts och multiplicera med antalet deltest som finns (Axelrod, Ryan & Ward, 2001; Britton & Savage, 1966). Båda tillvägagångssätten ger samma resultat. När ett testresultat ska sammanfattas i text brukar man utgå från IK-skalans medelvärde 100 och standardavvikelse 15 för att göra en indelning. Enligt manualen till WAIS-IV bör i första hand de olika verbala beskrivningarna nedan användas (Wechsler, 2008b)

**Tabell 3. Verbala beskrivningar av IK-värden från WAIS-IV-manualen.**

Beskrivning	IK-värde
Betydligt över genomsnittet	≥131
Klart över genomsnittet	116-130
Genomsnittets övre del	108-115
Genomsnittligt	93-107
Genomsnittets nedre del	85-92
Klart under genomsnittet	70-84
Betydligt under genomsnittet	≤69

Resultat som presenteras i denna rapport som ”under genomsnittet” eller ”låg intelligens” avser  $IK \leq 84$ , det vill säga klart under genomsnittet och betydligt under genomsnittet.

## 2.10 Instrument: självskattningsformulär

### 2.10.1 The alcohol use disorder identification test (AUDIT)<sup>6</sup>

AUDIT utvecklades av WHO som ett screeninginstrument för att identifiera alkoholmissbruk. Instrumentet är välanvänt inom klinisk verksamhet och forskning. AUDIT:s 10 frågor poängsatts från 0 till 4 och maximalt kan således 40 poäng uppnås. Formuläret består av tio frågor; tre rör konsumtionsmönster, tre alkoholberoende samt fyra alkoholrelaterade skador eller problem. Frågorna är utvalda på basis av korrelationen till daglig alkoholkonsumtion, beroende eller missbruk av alkohol och alkoholrelaterade skador. AUDIT är anpassad för svenskt bruk (Wennberg et al., 2006). Validiteten hos AUDIT har prövats huvudsakligen genom jämförelse med data från män med alkoholdiagnoser enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 och den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-III-R. AUDIT har visat sig ha hög intern reliabilitet (Cronbachs alfa 0,80-0,98 i de sex olika länder som deltog i WHO-studien (Saunders et al., 1993). Den interna reliabiliteten för totalpoäng var dock i en svensk studie något lägre för kvinnor än för män, Cronbachs alfa 0,75 respektive 0,83. (Bergman & Källmén, 2003). AUDIT har uppvisat hög test-retest reliabilitet,  $r=0.86$  (Babor et al., 2001).

För att identifiera ett riskbruk (Babor, et al., 2001) rekommenderar World Health Organization (WHO) tröskelvärde  $\geq 8$  för män och  $\geq 7$  för kvinnor. I den svenska manualen anges tröskelvärdena  $\geq 8$  för män och  $\geq 6$  för kvinnor (Wennberg, et al., 2006). I Tabell 4 redovisas tolkningen av risknivåerna som presenteras av Wennberg et. al, 2006. På grund av de olika tolkningarna av tröskelvärden för kvinnor som

<sup>6</sup> Babor, Higgins-Biddle, Saunders, Monteiro (2001).

gjorts av WHO respektive Wennberg et. al, 2006, kommer vi att presentera resultat med både  $\geq 6$  och  $\geq 7$  som tröskelvärden för kvinnor.

**Tabell 4. Tolkning av AUDIT-poäng av Wennberg et. al., (2006).**

Riskenivå	AUDIT-poäng	Tolkning
Zon I	Män 0-7; Kvinnor 0-6	Ej riskabla alkoholvanor
Zon II	Män 8-15; Kvinnor 7-13 R	Riskabla alkoholvanor men inte nödvändigtvis ett missbruk/beroende
Zon III	Män 16-19; Kvinnor 14-17	Problematiska alkoholvanor sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos
Zon IV	Män 20+Kvinnor 18+	Mycket problematiska alkoholvanor sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos

### 2.10.2 Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)<sup>7</sup>

DUDIT är ett screeninginstrument för att identifiera drogmissbruk. Instrumentet består av 11 frågor som rör missbruksmönster och drogrelaterade problem. Precis som i AUDIT bestäms gränsvärdet av vad man vill undersöka. Skaparna av DUDIT menar att om syftet är att identifiera personer med riskfylld narkotikaanvändning bör ett gränsvärde på  $>1$  användas för kvinnor. Om syftet istället är att utesluta personer utan riskfylld narkotikaanvändning bör tröskelvärdet 3 användas. Vidare är ett rekommenderat gränsvärde för narkotikaberoende  $\geq 25$ . I en svensk högriskpopulation var reliabiliteten enligt Cronbachs alfa-koefficient 0,80 (Berman, et al., 2005) och en klinisk beroendediagnos prediceras med en sensitivitet på 0,90 för både DSM-IV och ICD-10 och en specificitet på 0,78 respektive 0,88. En lägre brytpunkt kan användas om det inte är en högriskpopulation (Berman et al., 2005).

### 2.10.3 Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)<sup>8</sup>

Detta instrument är en symtom-checklista för ADHD enligt DSM-IV-TR. Checklistan är en självrapportskala med 18 frågor för symtom i vuxen ålder. Screeninginstrument har tagits fram av WHO och syftar till att underlätta utredning och upptäckt av vuxna med misstänkt ADHD. Symtomen skattas på en 5-gradig skala med avseende på hur ofta de har förekommit under de senaste sex månaderna (0=aldrig, 1=sällan, 2=ibland, 3=ofta, 4=mycket ofta). I denna studie används kortversionen av ASRS. De sex frågorna som ingår i kortversionen av ASRS har visat sig vara de som är mest prediktiva av ADHD-symtom. Den optimala dikotomiserade kortformen av ASRS ( $\geq 17$  av 24 möjliga poäng indikerar möjlig ADHD) har uppvisat god interbedömarreliabilitet (Cohens kappas 0,76), en sensitivitet på 0,69 samt specificiteten 1,00 (Kessler et al., 2005). ASRS är bättre på att predicera ADHD i normalpopulation än hos personer med missbruk/beroende (Chiasson et al., 2012); validitetsstudier av ASRS bland missbrukare har visat en sensitivitet på 0,88 och en specificitet på 0,69 (Daigre et al., 2009).

### 2.10.4 DSM-IV and ICD-10 personality Questionnaire (DIP-Q)<sup>9</sup>

DIP-Q är ett självskattningsformulär för personlighetsstörningsymtom enligt DSM-IV-TR:s axel II och ICD-10. Det består av 140 påståenden som besvaras ”stämmer” eller ”stämmer inte”. Påståendenas utformning följer de diagnostiska kriterierna i DSM-IV och ICD-10. Diagnoskriterierna i DSM-IV för Borderline personlighetsstörning till exempel kräver att patienten ”uppvisar identitetsstörning, det vill säga varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla”. I DIP-Q fångas detta med påståendet ”Jag känner en stark inre vilshenhet, jag vet egentligen inte vem jag är”. På liknande sätt har samtliga 161 diagnoskriterier som definierar de 18 personlighetsstörningarna omformats till påståenden. Eftersom många kriterier är desamma i DSM-IV och ICD-10 har DIP-Q 135 påståenden. Varje personlighetsstörning har ett tröskelvärde som måste uppnås för att personen ska anses uppfylla kriterierna för personlighetsstörningen (Ottooson, et al., 1998).

<sup>7</sup> Berman, et al. (2005, 2007).

<sup>8</sup> Kessler et al. (2005).

<sup>9</sup> Ottooson et al. (1998).

Utöver kriterierna för varje specifik personlighetsstörning finns allmänna kriterier som gäller för alla personlighetsstörningar. Dessa så kallade generalkriterier berör bland annat om personen har ett signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden. Generalkriterierna följer de allmänna diagnostiska kriterierna enligt DSM-IV och fångas med fem frågor; minst två av dessa måste vara uppfyllda för att en personlighetsstörning ska anses föreligga (Ottosson, et al., 1998).

I DIP-Q finns även en Global Assistent of Functioning (GAF-skattning) där personen själv värderar sin funktionsnivå på en skala 1-100 med 10 intervall; för varje sådant finns en exemplifierande beskrivning av symtomens svårighetsgrad. Intervallet 90-100 beskrivs: "Du har inte haft några som helst symtom. Du har deltagit i många olika aktiviteter och fungerat utmärkt hemma, bland vänner och på arbetet". För det lägsta GAF-intervallet, 0-10 lyder beskrivningen: "Du har haft extremt allvarliga symtom med upprepade allvarliga självmordsförsök. Du måste vaktas för att inte skada dig själv eller andra, eller du har fungerat så dåligt så att du inte kunnat äta eller sköta din hygien och behövt hjälp med allt". Ett självskattat GAF-värde på  $\geq 70$  betyder att en personlighetsstörning är mindre trolig (Ottosson, et al., 1998).

Olika svenska forskningsstudier har haft olika gränsvärden för vad som krävs för att uppfylla en personlighetsstörningsdiagnos enligt DIP-Q. Vissa studier, förutom de specifika diagnoskriterierna, har haft 2/5 eller mer av generalkriterierna som krav (Ramklint, et al., 2002; 2003). I andra har personen behövt uppfylla diagnoskriterierna för en eller flera enskilda specificerade personlighetsstörningar, minst 2/5 generalkriterier samt haft ett GAF-värde under 70 (Michel, et al., 2005; Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2006). Det vanligaste alternativet är dock att personen uppfyller diagnoskriterierna samt uppfyller 2/5 av Generalkriterierna eller har ett GAF-värde under 70 (Bodlund, et al., 1998; Hiscoke, et al., 2003).

DIP-Q har validerats mot strukturerade diagnostiska intervjuer utförda av kliniker och visat på acceptabel överensstämmelse (Cohens kappa, 0,45-0,63, sensitivitet 0,84, specificitet 0,77) (se Ottosson et al., 1998; Bodlund et al., 1998; Ottosson, Grann & Kullgren, 2000) både i kliniska och icke-kliniska populationer. Specifika DIP-Q diagnoser; schizoid-, histrionisk- och narcissistisk personlighetsstörning har dock sämre överensstämmelse. Resultatet kan påverkas av om personen har en depression, ångestsymtom eller kristillstånd. Risken är då högre för falskt positiva.

Resultaten från DIP-Q kommer här endast att beröra diagnoser enligt DSM-IV definierade enligt det vedertagna gränsvärdet för personlighetsstörningar, det vill säga att personen måste tangera eller överstiga diagnoskriterierna för den specifika störningen, uppfylla minst 40% (2/5) av generalkriterierna och ha ett GAF-värde under 70. Utöver DIP-Q användes även den diagnostiska intervjun M.I.N.I. för diagnosen Antisocial personlighetsstörning och SCID-II för Borderline personlighetsstörning. Endast dessa två personlighetsstörningar bedömdes både i den diagnostiska intervjun och genom självskattning.

### **2.10.5 SF-36 Hälsoenkät (SF-36)<sup>10</sup>**

SF-36 mäter självrapporterad fysisk och psykisk hälsa de senaste 4 veckorna. Enkäten innehåller 36 frågor indelade i två hälsodimensioner; fysisk och psykisk hälsa. Hälsodimensionerna består i sin tur av åtta delskalor där,

*"Fysisk hälsa" inkluderar:*

- Fysisk funktion (tio frågor): mäter begränsningar i förmågan att utföra fysiska aktiviteter.
- Fysisk rollfunktion (fyra frågor): mäter i vilken utsträckning fysiska hälsoproblem inverkar på förmågan att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter.
- Smärta (två frågor): mäter förekomst av värk och smärta och grad av störning i de normala aktiviteterna.
- Allmän hälsa (två frågor): mäter individens subjektiva bedömning av sitt hälsotillstånd.

---

<sup>10</sup> Ware & Gandek (1993).

”Psyisk hälsa” inkluderar:

- Vitalitet (fyra frågor): avspeglar hur stark/energisk eller trött/sliten man känt sig och mäter därmed en viktig aspekt av det subjektiva välbefinnandet.
- Social funktion (två frågor): mäter i vilken utsträckning eventuella problem med hälsan har stört det vanliga sociala umgänget både ur en kvantitativ och i en kvalitativ aspekt.
- Emotionell rollfunktion (tre frågor): mäter störningar i funktionen avseende arbete eller andra regelbundna aktiviteter som en följd av känslomässiga problem.
- Psykiskt välbefinnande (fem frågor): anger individens subjektiva bedömning av sitt hälsotillstånd, i vilken utsträckning personen känner sig deprimerad eller ångestfylld.

Delskalorna är poängsatta från 0 till 100, ju högre värden desto bättre livskvalitet. De två hälsodimensioner, fysisk och psykisk hälsa, beräknas efter viktning av de åtta delskalornas olika tyngd i dimensionerna. Vid beräkningen av poängen på de två hälsodimensionerna räknas 50 poäng som norm, baserat på normalbefolkningens resultat (Ware, 2000). 50 poäng är medelvärde och 10 poäng standardavvikelse för normalbefolkningen. Vid beräkning av totalpoäng är utgångspunkten respektive lands befolkning som norm, alternativt används amerikansk normalbefolkning som standard vilket Ware et al. (1998) rekommenderar för lättare jämförelser internationellt.

SF-36 omfattar såväl funktion som välbefinnande, ofta sammanfattat i begreppet hälsorelaterad livskvalitet (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995). I den svenska versionen av enkäten har delskalorna som minst haft en acceptabel intern reliabilitet (Cronbachs alfa 0,79-0,93) (Sullivan, et al., 1995). Delskalorna Fysisk funktion och Psykiskt välbefinnande mäter bäst begreppen fysisk respektive psykisk hälsa (Persson, et al., 1998).

### **2.10.6 Aggression Questionnaire-Revised Swedish version (AQ-RSV)<sup>11</sup>**

Detta är ett självskattningsinstrument för aggressivitet. AQ-RSV är anpassad till svenska förhållanden kan användas i både kliniskt arbete och i forskningssammanhang. Testet mäter fyra aggressivitetskomponenter: fysisk samt verbal aggressivitet (direkt aggressivitet), ilska och fientlighet (indirekt aggressivitet). Totalpoäng enligt AQ-RSV har uppvisat god intern reliabilitet i en svensk population (Cronbachs alfa 0,85). Testets totalpoäng delas in i de tre kategorierna normal, förhöjd och markant förhöjd aggressivitet. Normal aggressivitet definieras i intervallet 0-39 poäng, förhöjd aggressivitet till 40-68 poäng och markant förhöjd aggressivitet definieras i intervallet 69-87 (Værøy, 2013).

### **2.10.7 The Autism-Spectrum Quotient (AQ)<sup>12</sup>**

AQ är ett självskattningsformulär med femtio frågor. Instrumentet avser mäta i vilken utsträckning personer med normal intelligens har personlighetsdrag som är utmärkande för personer med autismspektrumstörning. Skalan utgår ifrån att autismspektrumstörningar ligger på ett kontinuum av sociala och kommunikativa störningar som är normalfördelade i befolkningen. AQ är avsett för användning i kliniska sammanhang eller forskningssammanhang (Baron-Cohen, et al., 2001).

De 50 påståendena fördelas jämnt över fem olika områden: sociala färdigheter, förmåga att skifta uppmärksamhet, uppmärksamhet på detaljer, kommunikation och fantasi. Totalpoängen kan variera mellan 0-50.

Formuläret har övergripande acceptabel intern reliabilitet i svenska data (Cronbachs alfa 0,70) (Österlund & Bäckström 2010) med acceptabel Cronbachs alfa för social förmåga (0,77) men något sämre för övriga områden (kommunikation 0,65, fantasi 0,65, detaljuppmärksamhet 0,63, delad uppmärksamhet 0,67). Test-retestreliabiliteten är god ( $r$  0,70  $p=0,002$ ; Baron-Cohen et al., 2001).

Om mer än fem frågor lämnas blanka (d.v.s. mer än 10%) anses inte AQ fullständigt. Om formuläret har upp till fem blanka svar beräknas totalpoängen som totala AQ-poäng + medelvärdet per fråga multiplicerat med antalet blanka svar (Auyeung et al., 2008; Hoekstra et al., 2008; Ruta et al., 2012).

---

<sup>11</sup> Prochazka & Ågren (2001).

<sup>12</sup> Baron-Cohen et al. (2001).

Vid prövningar har AQ påvisat förväntade skillnader mellan personer med kliniskt diagnosticerad autismspektrumstörning och kontroller. En AQ-totalpoäng på 33 poäng eller mer har visat sig vara ett bra gränsvärde; instrumentet har då en sensitivitet på 0,95 och en specificitet på 0,52 (Woodbury-Smith, et al., 2005; se också Wakabayashi et al., 2006). Det bör poängteras att AQ inte ger kliniska autismspektrumdiagnoser, inte minst för AQ-skattningen inte ångar upp om symtomen också orsakar kliniskt signifikant nedsättning av funktionsförmågan, vilket är ett krav för diagnos (DSM-IV-TR).

### **2.10.8 Life Stressor Checklist – Revised (LSC-R)<sup>13</sup>**

Detta är ett självskattningsinstrument för traumatiska och/eller stressande händelser i livet. Instrumentet består av 30 frågor och har ett ja/nej-format med följdfrågor. Frågorna berör exempelvis om personen har utsatts för sexuella övergrepp, fysisk våld, försummelse eller har erfarenhet av till exempel prostitution. Om man svarar ”ja” på någon av de 30 frågorna följer två eller tre följdfrågor om hur gammal deltagaren var första gången den traumatiska och/eller stressande händelsen inträffade samt hur ofta den skedde.

LSC-R:s test-retestreliabilitet varierade och var överlag bättre när frågan gällde ifall en händelse någonsin förekommit än om den förekommit de senaste sex månaderna (McHugo et al., 2005). I tidigare forskningsstudier har LSC-R bland annat använts för att kartlägga övergrepp eller försummelse, det vill säga vanvård, under barndomen; innan 18 års ålder (Forsman & Långström, 2012). Åtta av 30 frågor används i denna studie, frågornas test-retest reliabilitet har visat sig variera från måttlig till mycket god (Cohens kapp 0,52-0,87).

### **2.10.9 Perceived Social Support from family and/or friends (PSS-Fa/Fr)<sup>14</sup>**

Det finns ett antal instrument för att mäta upplevt socialt stöd från familj och vänner, däribland *Perceived Social Support from the Family* (PSS-Fa) *and/or from friends* (PSS-Fr). PSS-Fa/Fr består av två skalor; en fokuserar uppfattat stöd från familjen (PSS-Fa) och den andra upplevt stöd från vänner (PSS-Fr). Självskattningsformulären består av vardera 20 påståenden och besvaras på en 5-gradig skala från aldrig (1) till alltid (5). Totalpoängen kan således variera från 20 poäng (lägst upplevt stöd) till maximalt 100 poäng (högst upplevt stöd). I en svensk studie självskattade 1157 slumpmässigt urvalda kvinnor i den svenska normalpopulationen i åldern 18-30 upplevt socialt stöd från familj med PSS-Fa. Medelvärdet var 75 på en skala från 20-100. (Ghaderi & Scott, 1999). PSS-Fr/Fa har uppvisat god respektive utmärkt intern reliabilitet (Cronbachs alfa 0,88 och 0,90, Procidano & Heller 1983).

### **2.10.10 Self-Concept Questionnaire (SCQ)<sup>15</sup>**

SCQ utvecklades för att ge en mångdimensionell bild av självkänsla. Formuläret består av 30 påståenden där respondenten väljer i vilken grad påståendet stämmer på skalan 0 (stämmer inte alls) till 7 (stämmer helt). Den totala poängen kan variera mellan 0-210 poäng (Robson, 1989). Frågorna kategoriseras enligt följande:

- Significance (fem frågor)
- Worthiness (fem frågor)
- Appearance/social acceptability (fem frågor)
- Resilience and determination (fem frågor)
- Competence (fyra frågor)
- Control over personal destiny (fyra frågor)
- Value of existence (två frågor)

SCQ har visat på god reliabilitet (Cronbachs alfa 0,89) och validitet ( $r=0,70$ ) (Robson, 1989). Formuläret är översatt och validerat till svenska förhållanden (Ghaderi, 2005). Kritik mot flera av instrumenten som mäter självkänsla finns dock. Denna menar bland annat att man istället för att mäta självkänsla mäter

---

<sup>13</sup> Wolfe & Kimerling (1997).

<sup>14</sup> Procidano & Heller (1983).

<sup>15</sup> Robson (1989).

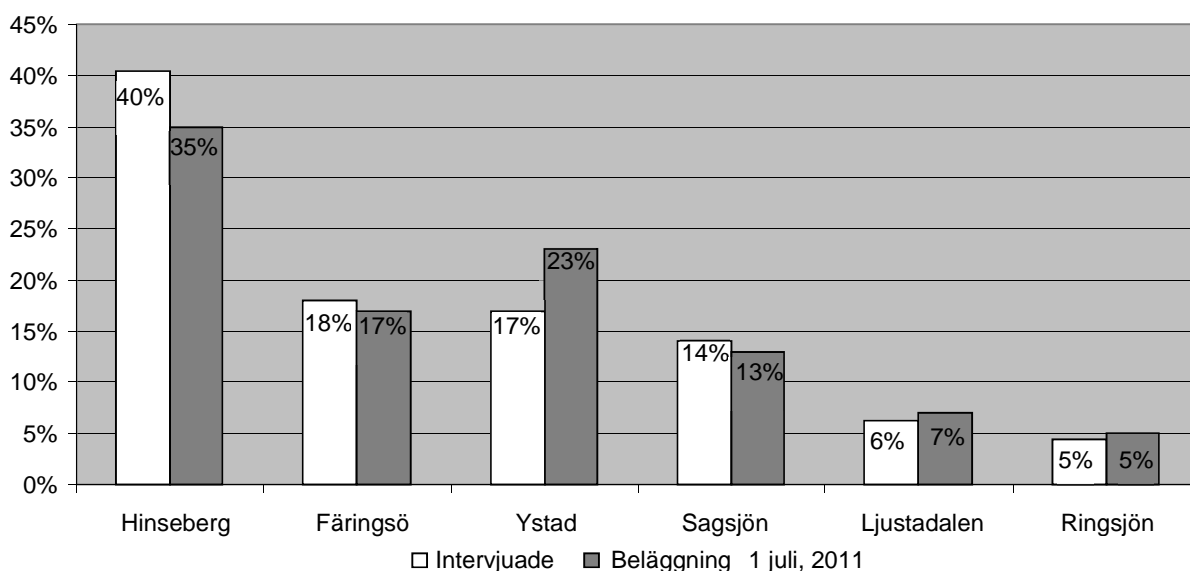
självkompetens (eng: self-competence), självgillande (eng: self-liking), självacceptans eller självförtroende (Lindwall, 2011).

## 2.11 Intervjuer

Totalt intervjuades 178 kvinnor och majoriteten av intervjuerna, 84% (n=149), hölls på svenska. I resterande fall användes telefontolk (12%, n=21) eller så hölls intervjun på engelska (4%, n=8)<sup>16</sup>. Nästan alla, 94% (n=168), som intervjuades fyllde också helt eller delvis i de självskattningsformulären som de fick med sig efter intervjun. I de fall där kvinnan endast delvis fyllde i självskattningsformulären var den främsta anledningen att inte alla formulär fanns tillgängliga på just hennes språk.

## 2.12 Anstalt och säkerhetsklass

Fördelning av intervjuer och fördelning av antal platser, uppdelat per anstalt, stämmer väl överens, se Figur 4 nedan.



**Figur 4.** Andel av samtliga intervjuade kvinnor (N=178) samt fördelning av antal platser (N=289) per anstalt, procent. Källa: KVR (2013)

Inom Kriminalvården delas de olika anstalterna in i olika säkerhetsklasser. Från och med den 1 januari 2012 har det gamla systemet med klassificeringen A-E, där A var högsta säkerhetsklass och E den lägsta, ersatts med ett nytt klassificeringssystem. Den nya klassificeringen består av säkerhetsbeteckningarna 1, 2 och 3. Klass 1-2 är platser på slutna anstalter och klass 3 är platser på öppna. Endast klasserna 2 och 3 förekommer på kvinnoanstalter, Som framgår av Tabell 5 nedan är samtliga aktuella säkerhetsklasser väl representerade genom intervjuerna.

**Tabell 5.** Andel av samtliga platser (N=289) 1 juli 2011 samt andel av samtliga intervjuade (N=178), utifrån säkerhetsklass, i procent och antal. Källa: KVR/Statistikportalen (2013).

Klassificering	Andel platser 1 juli 2011	Andelen intervjuade
Säkerhetsklass 2	68% (n=197)	74% (n=132)
Säkerhetsklass 3	32% (n=92)	26% (n=46)
Totalt	100% (n=289)	100% (n=178)

<sup>16</sup> Telefontolkade språk: ungerska, polska, spanska, litauiska, serbiska, tjeckiska, rumänska, ryska, thailändska, bulgariska, tyska, albanska, vietnames, grekiska, persiska. För de engelska intervjuerna användes en officiell engelsk version av M.I.N.I. WAIS genomfördes inte om vid intervjuer med telefontolk eller på engelska. Detta på grund av att två av deltesten kräver svenska språkkunskaper.



## **2.13 Etikprövning**

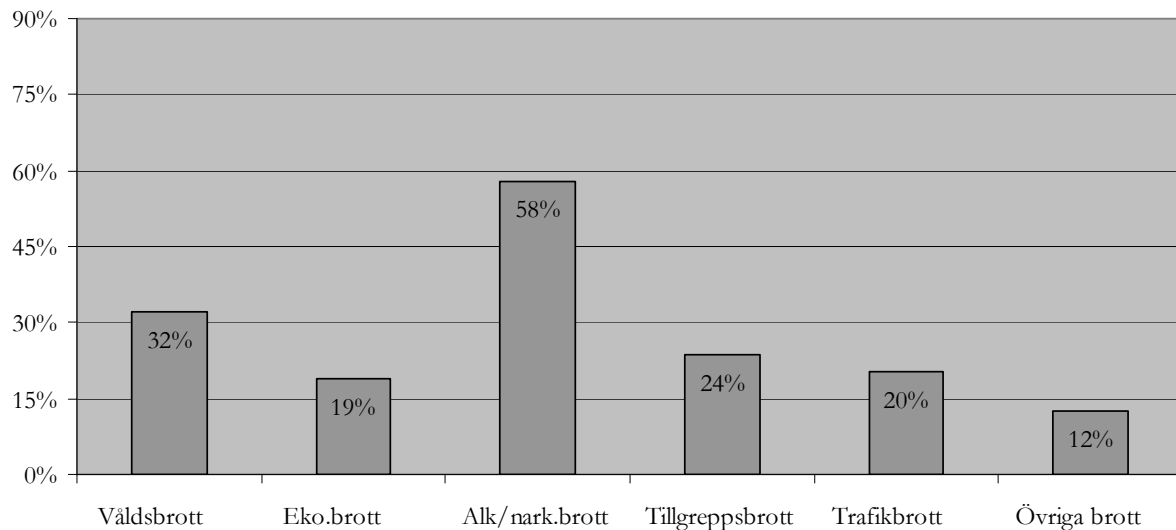
Forskningsstudien har prövats och godkänts av den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm och har diarienummer *2011/516-31*.

### 3. RESULTAT

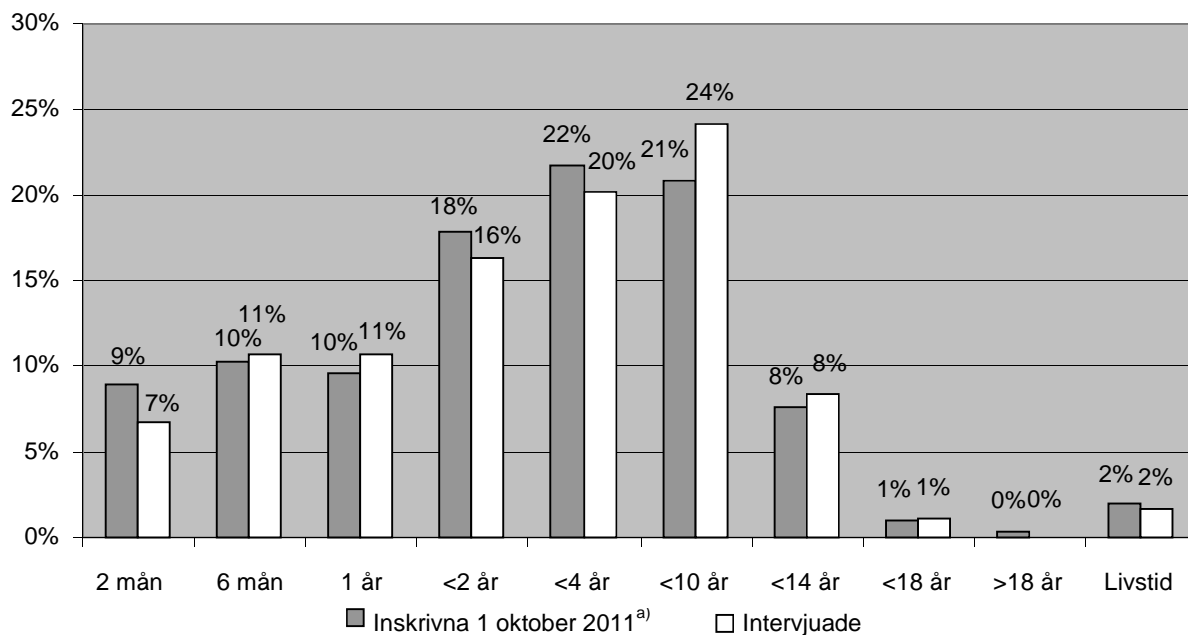
---

#### 3.1 Brottsrubricering och strafftid

För indelning av samtliga brott som kvinnorna var lagförda för i aktuell dom, se under avsnittet ”Metod”. En kvinna kan vara lagförd i en eller flera kategorier. Av Figur 5 framgår att över hälften (58%, n=103) var lagförda för alkohol- och/eller narkotikarelaterad brottslighet. En tredjedel (32%, n=57) var dömda för våldsbrott och något färre för ekonomisk brottslighet (19%, n=34), tillgreppsbrott (24%, n=42) och trafikbrott (20%, n=36).



**Figur 5. Brottsrubricering i aktuell dom (n=178)**



**Figur 6. Strafftid för samtliga kvinnliga klienter den 1 oktober 2011 (procent, n=303) samt intervjuade kvinnor (procent, n=178).**

<sup>a)</sup> I enighet med Kriminalvårdens indelning delas strafftid in i tio kategorier från ≤ två månader till som längst livstid. Den 1 oktober varje år inhämtas uppgifter om hur många klienter som är inskrivna i någon av Kriminalvårdens anstalter just den dagen (kvarvarande klienter) samt strafftid för samtliga.

Figur 6 ovan visar fördelningen av kvarvarande kvinnor den 1 oktober 2011 samt intervjuade kvinnor utifrån strafftid. Av figuren framgår att den utdömda strafftidens längd och fördelning är relativt lika mellan kvarvarande och intervjuade kvinnor, vilket betyder att de kvinnor som har tackat ja till att delta i studien väl representerar den totala kvinnliga fängelsepopulationen vad gäller strafftid.

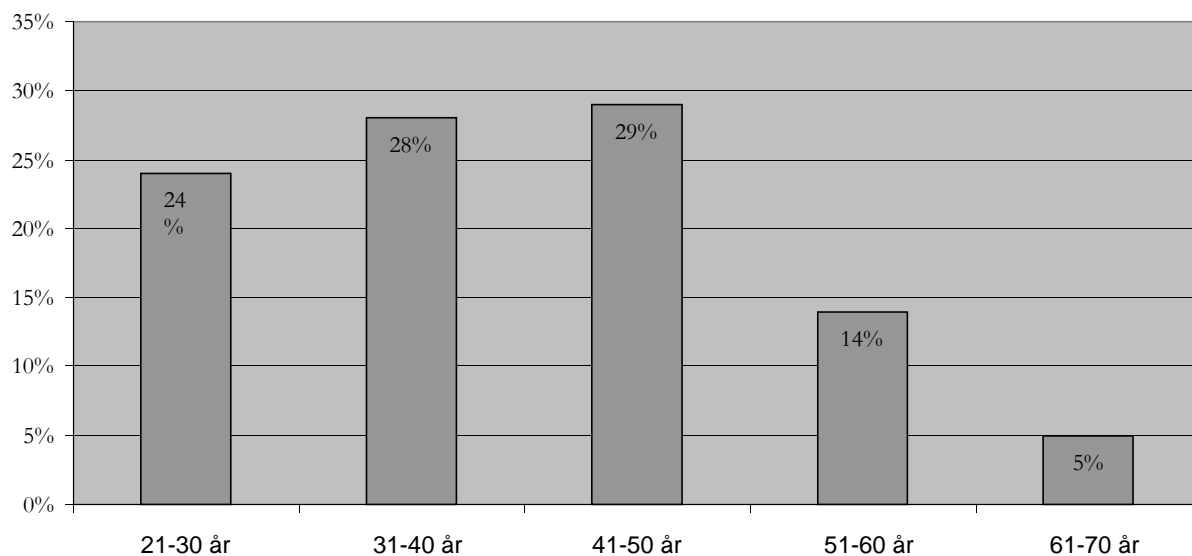
När domstolen dömer ut ett straff tas även hänsyn till om brottet begåtts under prövotiden av tidigare domar. Om så är fallet kan den villkorligt medgivna friheten eller en del av denna förklaras förverkad om inte särskilda skäl talar emot det. Av de intervjuade hade en tiondel (11%, n=17) en del av sin strafftid som konsekvens av domstolsbeslut om förverkan.

I Utlänningslagen (2005:716) regleras om en utlänning får utvisas ur Sverige om han eller hon döms för ett brott som kan leda till fängelse. Domstolen tar hänsyn till om gärningen är av sådant slag och övriga omständigheter är sådana att det kan antas att han eller hon kommer att göra sig skyldig till fortsatt brottslighet i Sverige. Dessutom beaktas om brottet med hänsyn till den skada, fara eller kränkning som det har inneburit för enskilda eller allmänna intressen är så allvarlig att han eller hon inte bör få stanna kvar. Domstolen ska också vid bedömningen ta hänsyn till utlänningens anknytning till det svenska samhället, levnadsomständigheter, om personen har barn i Sverige, familjeförhållanden samt hur länge utlänningen har vistats i Sverige. Utvisning kan ske för viss tid eller på livstid. Av de intervjuade kvinnorna skulle en tiondel (11%, n=19) utvisas efter verkställighet. Fördelningen var följande utifrån tilldömd påföljds längd.

- 5 år (n=2)
- 10 år (n=11)
- 15 år (n=2)
- Livstid (n=4)

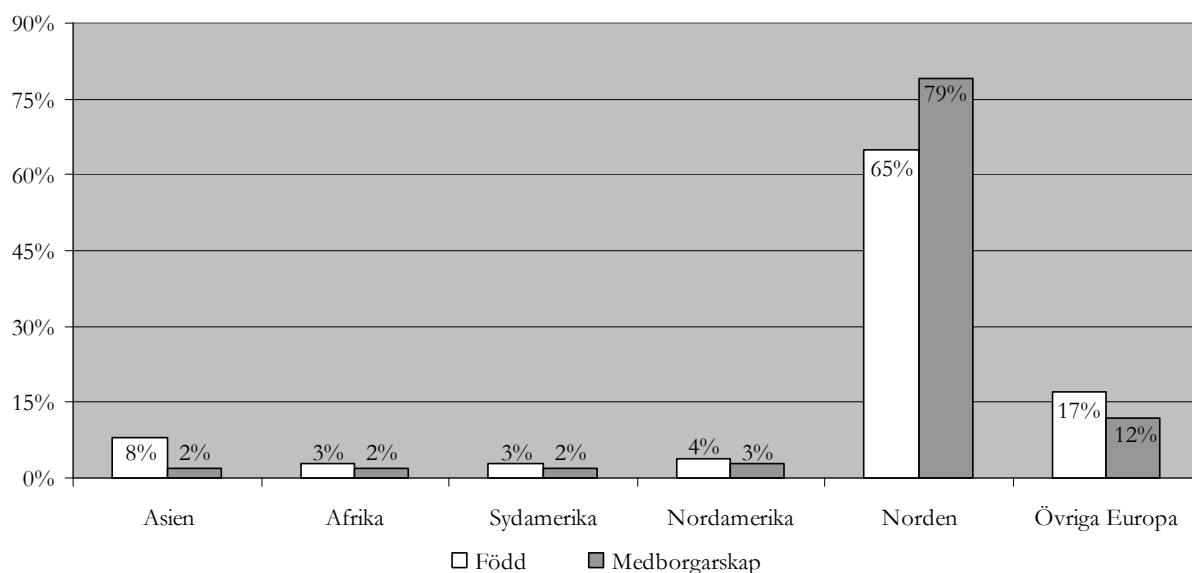
### 3.2 Ålder, födelse land och medborgarskap

De 178 fängelsedömda kvinnornas ålder varierade mellan 21-70 år och medelåldern var 40 år (Standardavvikelse [ $SD$ ]=12), se Figur 7.



Figur 7. Ålder hos de fängelsedömda kvinnorna uppdelat i ålderskategorier (procent, n=178).

Över hälften (59%, n=105) av kvinnorna uppgav att de var födda i Sverige och något fler (74%, n=132) att de hade svenskt medborgarskap. Majoriteten var både födda samt hade medborgarskap i något nordiskt land, se Figur 8 nedan.



Figur 8. Födelse land, uppdelat på världsdel (plus Norden) och medborgarskap (procent, n=178).

### 3.3 Civilstånd, barn och boende

Över hälften av kvinnorna var ogifta (66%, n=118), en mindre andel gifta (15%, n=26) eller skilda (17%, n=31). Resterande var änkor (2%, n=3).

Majoriteten av kvinnorna hade biologiska barn (71%, n=126). Nästan hälften hade barn under 18 år (44%, n=78). Fördelning av antalet biologiska barn per kvinna (n=126) var följande, se Tabell 6 nedan:

**Tabell 6. Antal barn per kvinna.**

Antal barn	Antal	(Procent)
0 barn	52	(29%)
1 barn	46	(26%)
2 barn	31	(17%)
3 barn	25	(14%)
≥4 barn	24	(13%)
Totalt	178	(100%)

Kvinnorna tillfrågades även om de hade vårdnaden eller ej om sitt/sina barn. En femtedel (21%, n=27) av kvinnorna med barn under 18 år uppgav att de inte hade vårdnaden om ett eller flera av dessa. En liten andel (5%, n=9) av samtliga kvinnor var gravida och skulle föda under verkställigheten, hade barn på anstalten vid intervjutillfället eller hade haft barn på anstalten tidigare.

Kvinnorna tillfrågades även om sin boendesituation innan de började verkställa i anstalt. Majoriteten hade ordnat boende, se Tabell 7 nedan.

**Tabell 7. Boendesituation innan anstalt (n=178).**

Boendeform	Antal	(Procent)
Äger bostad	25	(14%)
Hyr bostad	127	(71%)
Bostadslös	10	(6%)
Övrig bostadsform	16	(9%)
Totalt	178	(100%)

Kvinnorna tillfrågades även om vilken hemkommun de tillhörde. Av de intervjuade hade knappt hälften (42%, n=74) sin hemkommun i Götaland, nästan lika många (39%, n=69) i Svealand och en liten andel (8%, n=15) i Norrland. Var tionde (11%, n=20) kunde inte uppge någon hemkommun. Den vanligaste orsaken till detta var att de inte var bosatta i Sverige utan hade blivit gripna av polis på flygplats.

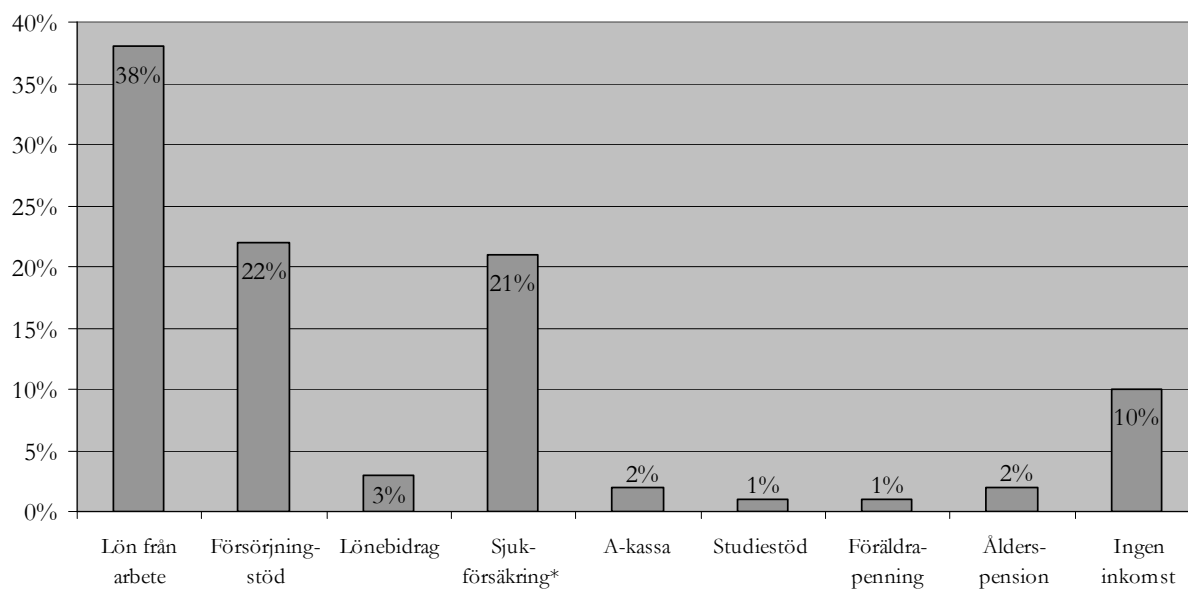
### 3.4 Utbildning och sysselsättning

Kvinnorna tillfrågades om sin högsta avslutade utbildning. En femtedel (19%) saknade slutbetyg från grundskola och endast varannan kvinna har fullföljt gymnasiet (49%), se Tabell 8.

Tabell 8. Högsta utbildningsnivå (n=178).

Utbildning	Antal	(Procent)
Ej fullföljt grundskola	34	(19%)
Fullföljt grundskola/folkskola	57	(32%)
Fullföljt gymnasiet	72	(41%)
Eftergymnasial utbildning	15	(8%)
Totalt	178	(100%)

Kvinnorna tillfrågades även om vilken inkomstkälla de hade före de började verkställa på anstalt. Resultatet visar att drygt var tredje kvinna (38%, n=69) hade lön från ett arbete före verkställighet, en femtedel via försörjningsstöd (22%, n=40) eller sjukförsäkringen (21%, n=37) se Figur 9 nedan.



Figur 9. Huvudsaklig inkomstkälla före verkställighet (procent, n=178).

\*Sjukförsäkring avser även förtidspension p.g.a. fysiska eller psykiska besvär

## 3.5 Missbruk

### 3.5.1 Alkohol

Tabell 9 visar att knappt en tredjedel (31%, n=51) av kvinnorna självskattade någon form av riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol motsvarande  $\geq 7$  poäng (vid gränsvärde  $\geq 6$  poäng, 34%). Knappt en femtedel (17%, n=28) hade  $\geq 18$  poäng vilket motsvarar en möjlig missbruks/beroendediagnos.

Tabell 9. *Alkoholvanor utifrån den svenska AUDIT-manualens gränsvärden (n=167).*

Poäng	Tolkning	Antal	(Procent)
0-6	Ej riskabla alkoholvanor.	116	(69%)
7-13	Riskabla alkoholvanor men inte nödvändigtvis ett missbruk/beroende.	23	(14%)
14-17	Problematiske alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos.	5	(3%)
18-40	Mycket problematiske alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos.	23	(14%)
	Totalt	167	(100%)

### 3.5.2 Narkotika

Över hälften (53%) självskattade drogrelaterade problem; riskbruk, missbruk eller beroende,  $\geq 2$  poäng se Tabell 10 nedan. Av dessa hade knappt en tredjedel (30%) ett gränsvärde  $\geq 25$  poäng vilket motsvarar en eventuell beroendediagnos.

Tabell 10. *Drogrelaterade problem utifrån den svenska DUDIT-manualens gränsvärden (n=165).*

Poäng	Tolkning	Antal	(Procent)
0-1	Inga problem. (bruk)	78	(47%)
2-24	Drogrelaterade problem, antingen missbruk/skadligt bruk eller beroende.	37	(23%)
25-44	Med stor sannolikhet beroende av en eller fler droger.	50	(30%)
	Totalt	165	(100%)

### 3.5.3 Blandmissbruk

Några få (7%, n=12) självskattade en beroendediagnos i både AUDIT och DUDIT.

### 3.6 Psykiatriska diagnoser enligt M.I.N.I och SCID-II

I Tabell 11 nedan redovisas resultaten från strukturerad intervju med den diagnostiska intervjumanualen M.I.N.I. och SCID-II för borderline personlighetsstörning. Var femte kvinna (22%, n=39) hade indikationer på en pågående depression vilket innefattar ”pågående egentlig depressionsepisod med eller utan melankoliska drag” samt ”dystymi”. En något lägre andel (16%, n=28) hade någon gång i livet haft psykotiska episoder. Av dessa var över hälften (64%) drogutlösta, resterande icke-drogutlösta eller med oklar uppkomst. Över en tiondel (13%, n=23) av kvinnorna uppfyllde kriterierna för Antisocial personlighetsstörning och en mindre andel (7%, n=12) Borderline personlighetsstörning.

Nästan var tredje (30%) kvinna bedömdes ha en pågående suicidrisk (skala låg-medel-hög). Av dessa bedömdes 83 procent ha låg och 17 procent medelhög suicidrisk. Ingen av kvinnorna bedömdes ha en pågående hög suicidrisk.

**Tabell 11. Psykiatriska diagnoser enligt M.I.N.I. och SCID-II (n=178).**

Diagnos enligt M.I.N.I	Tidsram	Antal	(Procent)
Depression	Pågående	39	(22%)
Suicidrisk (låg, medel eller hög jämfört med ingen)	Pågående	54	(30%)
Paniksyndrom	Någonsin	11	(6%)
Paniksyndrom	Pågående	0	(0%)
Tvångssyndrom	Pågående	8	(5%)
Agorafobi (torgskräck)	Pågående	21	(12%)
Social fobi (socialt ångestsyndrom)	Pågående	9	(5%)
Generaliserat ångestsyndrom	Pågående	6	(3%)
Posttraumatiskt stressyndrom	Pågående	10	(6%)
Anorexi	Pågående	0	(0%)
Bulimi	Pågående	6	(3%)
Psykotiskt syndrom	Någonsin	28	(16%)
Psykotiskt syndrom	Pågående	1	(1%)
Manisk episod	Någonsin	8	(5%)
Manisk episod	Pågående	0	(0%)
Antisocial personlighetsstörning	Pågående	23	(13%)
Borderline personlighetsstörning (SCID-II)	Pågående	12	(7%)



### 3.7 Barndomstrauma

Resultaten från LSC-R visar att över hälften (61%, n=102) av kvinnorna utsatts för någon form av övergrepp eller försummelse tom 18 års ålder. Vanligast var känslomässig misshandel eller försummelse, fysisk misshandel av närstående samt att ha upplevt fysiskt våld mellan familjemedlemmar. Sexuella övergrepp och fysisk försummelse var något mindre vanliga men ändå mycket vanligt förekommande på 15-24%.

Tabell 12. *Självrapporterat barndomstrauma enligt Life Stressor Checklist Revised (n=168).*

Typ av övergrepp/försummelse	≤15 år,		≤18 år,	
	Antal	(procent)	Antal	(procent)
Fysiskt misshandlad av någon närstående	46	(27%)	70	(42%)
Fysiskt försummad	34	(20%)	35	(21%)
Sexuellt ofredande	35	(21%)	40	(24%)
Sex under upplevt tvång eller hot	25	(15%)	35	(21%)
Känslomässigt misshandlad eller försummad	66	(39%)	76	(45%)
Upplevt fysiskt våld mellan familjemedlemmar	68	(41%)	70	(42%)
Något övergrepp/försummelse enligt ovan under barndomen	89	(53%)	102	(61%)

Utöver de faktorer som uppges i Tabell 12 svarade kvinnorna även på frågan om de någon gång haft sex i utbyte mot pengar, narkotika, husrum, kläder etc. Var femte (19%, n=31) uppgav sådana erfarenheter.

### 3.8 ADHD

För att undersöka förekomst av ADHD-symtom användes självskattningsformuläret Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (n=150). Resultaten visar att mer än var tredje (39%, n=59) av kvinnorna hade tillräckligt många aktuella symtom på ADHD för att misstanke om vuxen-ADHD skulle väckas. Dock gjordes ingen klinisk diagnostisk bedömning av om ADHD verkligen förelåg.

### 3.9 Autism

De fängelsedömda kvinnornas medelvärde på självskattningsinstrumentet Autism Quotient (AQ) var 17 ( $SD=7$ , n=140). En totalpoäng över 32 ger en stark indikation på autismspektrumstörning; 3% (n=4) hade en totalpoäng på 33 eller högre.

### 3.10 Personlighetsstörningar

Resultat från självskattningsformuläret DIP-Q och de strukturerade intervjuinstrumenten M.I.N.I. och SCID-II redovisas i Tabell 13 nedan. Enligt DIP-Q uppfyllde nästan var femte fängelsedömd kvinna (18%, n=27) kriterierna för någon personlighetsstörning samtidigt som gränsvärdet för generalkriterierna och den globala funktionsnivån var uppfyllda.

Som framgår av Tabell 13, uppfyllde var sjätte kvinna (16%, n=23) kriterierna för Borderline personlighetsstörning enligt DIP-Q (en något högre andel än vid intervju, se Tabell 11 ovan). Över var tionde (12%, n=17) kvinna uppfyllde kriterierna för Antisocial personlighetsstörning vid självskattning (nästan lika många som vid intervju, se Tabell 11 ovan). Vanligast bland övriga personlighetsstörningar som självskattades med DIP-Q var Paranoid personlighetsstörning (13%, n=19), Schizotyp- (11%, n=16), Fobisk- (14%, n=20) och Tvångsmässig personlighetsstörning (12%, n=18).

**Tabell 13. Personlighetsstörningar enligt DSM-IV utifrån självskattning med DIP-Q (n=147).**

DIP-Q-baserad diagnos enligt DSM-IV	Antal (procent) <sup>a</sup>	
<b>Någon, Kluster A</b>	22	(15%)
Paranoid personlighetsstörning	19	(13%)
Schizoid personlighetsstörning	3	(2%)
Schizotyp personlighetsstörning	16	(11%)
<b>Någon, Kluster B</b>	23	(16%)
Antisocial personlighetsstörning <sup>b</sup>	17	(12%)
Borderline personlighetsstörning	23	(16%)
Histrionisk personlighetsstörning	7	(5%)
Narcissistisk personlighetsstörning	8	(5%)
<b>Någon, Kluster C</b>	24	(16%)
Fobisk personlighetsstörning	20	(14%)
Osjälvständig personlighetsstörning	8	(5%)
Tvångsmässig personlighetsstörning	18	(12%)

<sup>a)</sup> Uppfyller diagnoskriterierna för den specifika diagnosen samt uppfyller generalkriterierna (minst 2/5) och har GAF-värdet  $\leq 70$ .

<sup>b)</sup> Se Tabell 11 ovan för kliniska diagnoser baserade på intervju med M.I.N.I. och SCID-II.

### 3.11 Aggressivitet

Självskattningar enligt AQ-RSV visade att 36% av kvinnorna hade förhöjd eller markant förhöjd direkt aggressivitet i form av fysisk eller verbal aggressivitet (n=136). Motsvarande siffra för indirekt aggression var något lägre (30%), se Tabell 14 nedan.

**Tabell 14. AQ-RSV: självskattat normal, förhöjd eller markant förhöjd aggressivitet bland fängelsedömda kvinnor (n=136).**

Nivå	Direkt aggressivitet (fysisk och verbal)		Indirekt aggressivitet (fientlighet och ilska)		Total aggressivitet	
	antal	(procent)	antal	(procent)	antal	(procent)
Normal aggressivitet	87	(64%)	98	(70%)	82	(60%)
Förhöjd aggressivitet	45	(33%)	37	(26%)	50	(37%)
Markant förhöjd aggressivitet	5	(4%)	5	(4%)	4	(3%)

Närmare analys av de olika delskalorna visar att medelvärdet varierade mellan 11 för verbal aggression och 17 för fysisk aggression, se Tabell 15 nedan.

**Tabell 15. Svarsfördelning utifrån AQ-RSV: självskattning av fysisk-/verbal aggressivitet, ilska, fientlighet samt total aggression bland fängelsedömda kvinnor. (n=136).**

Kategorier	Medelvärde	(standardavvikelse)
Fysisk aggression	17	7
Verbal aggression	11	3
Ilkska	14	4
Fientlighet	16	5
Total Aggression	58	15

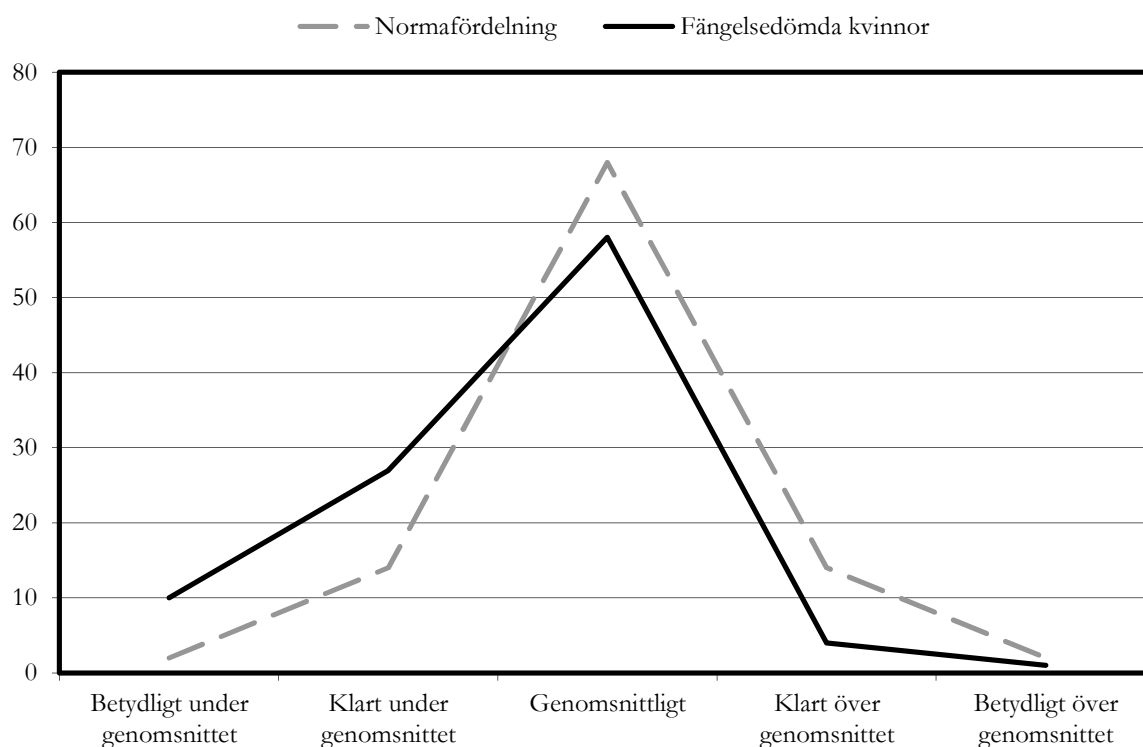
### 3.12 WAIS

Begåvningsstestet WAIS-IV påvisade att över en tredjedel 37% (n=49) av kvinnorna på anstalt hade en estimerat generell kognitiv förmåga eller intelligenskvot (IK) under 85. En tiondel (10%, n=13) bedömdes ha en IK betydligt under genomsnittet (<70), se Tabell 16.

Tabell 16. Estimerad IK för kvinnor i anstalt (n=134).

IK	Standardavvikelse	IK-poäng	Förväntad procentandel	Antal	(procent)
Betydligt över genomsnittet	>2	≥131	2%	2	(1%)
Klart över genomsnittet	>1	116-130	14%	5	(4%)
Genomsnittets övre del	≤1	108-115	16%	9	(7%)
Genomsnittligt	0	93-107	36%	40	(30%)
Genomsnittets nedre del	≤1	85-92	16%	29	(21%)
Klart under genomsnittet	>1	70-84	14%	36	(27%)
Betydligt under genomsnittet	>2	≤69	2%	13	(10%)

Nedan visas även kvinnornas resultat grafiskt i förhållande till en normalfördelningskurva, se Figur 10.



Figur 10. Fördelningen över estimerat fullskaligt IK för intervjuade kvinnor (n=134) samt en normalfördelningskurva.

### 3.13 Hälsoenkäten

Resultat från hälsoenkäten visar att de största medelvärdeskillnaderna i jämförelse med normalpopulation (Sullivan et al., 1995) på de olika delskalorna återfanns i ”Psykiskt välbefinnande” ES 1,23, ”Social funktion” ES 0,8 och ”Vitalitet” ES 0,68. Minst skillnad återfanns i kategorin ”Emotionell rollfunktion” ES 0,34.

**Tabell 17. Delskalorna fysisk funktion, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion och psykiskt välbefinnande från hälsoenkäten (medelvärde, standardavvikelse, n=148; Kvinnor svensk normalpopulation n= 4582).**

Delskalor	Kvinnor i studien	Kvinnor i normalpopulation	Effektstorlek (Cohen's D)
	Medelvärde (SD)	Medelvärde (SD)	
Fysisk funktion	78(24)	86(20)	0,36
Fysisk rollfunktion	69(41)	82(33)	0,35
Smärta	61(29)	73(27)	0,43
Allmän hälsa	63(26)	75(23)	0,49
Vitalitet	51(24)	67(23)	0,68
Social funktion	69(26)	88(31)	0,80
Emotionell rollfunktion	72(39)	84(31)	0,34
Psykiskt välbefinnande	57(22)	80(19)	1,12

Tabell 18 visar hälsodimensionerna fysisk och psykisk hälsa; 29 procent av kvinnorna självskattade sin fysiska hälsa klart under och 44 procent sin psykiska hälsa klart under genomsnittet (Sullivan et al., 1995).

**Tabell 18. Hälsodimensionerna fysisk och psykisk hälsa från hälsoenkäten (n=148).**

Kategorier	Poäng	Standardavvikelse	Förväntad procentandel	Fysisk hälsa, antal	(procent)	Psykisk hälsa, antal	(procent)
Betydligt över genomsnittet	≥71	>2	2%	—	—	—	—
Klart över genomsnittet	61-70	>1	14%	7	(5%)	—	—
Genomsnittets övre del	56-60	≤1	16%	35	(24%)	11	(8%)
Genomsnittligt	45-55	0	36%	49	(33%)	49	(33%)
Genomsnittets nedre del	40-44	≤1	16%	14	(9%)	22	(15%)
Klart under genomsnittet	30-39	<1	14%	28	(19%)	36	(24%)
Betydligt under genomsnittet	≤29	<2	2%	15	(10%)	30	(20%)

### 3.14 Socialt stöd

Totalpoäng från PSS-friends varierade mellan 24-98 poäng. Medelvärdet var 75 (SD 13, n=147) Knappt var tionde (9%, n=13) kvinna hade en låg totalpoäng (det vill säga att de i regel svarade att de sällan eller aldrig upplevde ett socialt stöd från sina vänner). För exempel på olika typer av frågor som ingår i PSS-Friends och hur kvinnorna svarat, se Tabell 19 nedan. Svartalternativen *alltid, ofta* och *ibland* utgör en grupp medan svartalternativen *sällan* eller *aldrig* utgör den andra gruppen. För jämförelse med andra populationer, se diskussionen.

Tabell 19. Exempel på frågor ur PSS-friends med tillhörande svarsfrekvens.

Exempel på frågor ur PSS-friends	Alltid, ofta eller ibland, antal (Procent)	Sällan eller aldrig, antal (Procent)
Mina vänner ger mig det moraliska stöd jag behöver.	134 (91%)	13 (9%)
Jag har en djup och ömsesidig relation till mina vänner.	130 (89%)	16 (11%)
Mina vänner är bra på att hjälpa mig att lösa problem.	132 (89%)	16 (11%)
Jag har en vän jag kan vända mig till om jag är nere, utan att det skulle kännas konstigt efteråt.	135 (92%)	12 (8%)

Totalpoäng från PSS-Family varierade mellan 20-100 poäng Medelvärdet för kvinnorna var 72 (SD 20, n=145). I likhet med PSS-friends hade var tionde (10%, n=15) kvinna en låg totalpoäng, det vill säga att de i regel svarade att de sällan eller aldrig upplevde ett socialt stöd från sin familj. För exempel på olika typer av frågor som ingår i PSS-family och hur kvinnorna svarat, se Tabell 20 nedan.

Tabell 20. Exempel på frågor ur PSS-family med tillhörande svarsfrekvens.

Exempel på frågor ur PSS-Family	Alltid, ofta eller ibland, antal (Procent)	Sällan eller aldrig, antal (Procent)
Min familj ger mig det moraliska stöd jag behöver.	114 (78%)	32 (22%)
Jag har en djup och ömsesidig relation med några av mina familjemedlemmar.	118 (83%)	25 (17%)
Mina familjemedlemmar är bra på att hjälpa mig lösa problem.	105 (72%)	41 (28%)
Jag har en familjemedlem som jag kan vända mig till om jag känner mig nere, utan att det skulle kännas konstigt efteråt.	117 (80%)	29 (20%)

Sammantaget visar resultaten att det upplevda stödet från vänner är något högre än för familj.

### 3.15 Självkänsla

Medelvärde på Self-Concept Questionnaire var 137 för de fängelsedömda kvinnorna (SD 30, n=128). Totalpoängen varierade mellan 72-202 poäng. Några fördjupade analyser av detta konstrukt görs inte på grund av dess komplexitet och då resultaten kan förväntas bli svårtolkade.

### 3.16 Fördjupade analyser

Fördjupade analyser av olika undergrupper visar att en betydligt större andel av de kvinnor som var svenskfödda saknade ordnat boende, hade trafikbrott i aktuell dom, beroendediagnos av narkotika, någon gång drabbats av ett psykotiskt syndrom, en  $IK \geq 84$ , samt uppfyllde oftare kriterierna för antisocial personlighetsstörning, än de som inte var födda i Sverige, för utförligare beskrivning, se APPENDIX A.1.

Kvinnor med utvisning i dom var betydligt oftare än övriga, dömda för alkohol/narkotikarelaterad brottslighet men betydligt färre hade en beroendediagnos av narkotika och inga var dömda för trafikbrott eller hade haft något psykotiskt syndrom, för utförligare beskrivning se APPENDIX A.2.

Av särskild betydelse för klienter med ett riskbruk/skadligt bruk/beroende av alkohol var förhöjd aggressivitet, våldsbrott i dom och Borderline personlighetsstörning. Klienter med ett riskbruk/skadligt bruk/beroende av narkotika hade en ökad sannolikhet för tidigare trauma, alkohol/narkotikarelaterad dom, Antisocial personlighetsstörning och psykotiska syndrom (någonsin), för utförligare beskrivning se APPENDIX A.3-4.

Fördjupade analyser av de kvinnor som var dömda för våldsbrott jämfört med de som inte var dömda för våldsbrott visar en ökad sannolikhet för våldsbrottsdömda kvinnor att ha en beroendediagnos av alkohol och Borderline personlighetsstörning, för utförligare beskrivning se APPENDIX A.5.

Syfte med den här studien var att generera ny systematiserad kunskap om kvinnor i fängelse utifrån två särskilt angelägna områden: psykisk ohälsa och kvinnor som begår våldsbrott. Nedan följer en diskussion om undersökningens huvudresultat.

## 4. DISKUSSION

---

Syfte med den här studien var att generera ny systematiserad kunskap om kvinnor i fängelse utifrån två särskilt angelägna områden: psykisk ohälsa och kvinnor som begår våldsbrott. Nedan följer en diskussion om undersökningens huvudresultat.

### 4.1 Kvinnors bakgrund

Kvinnornas medelålder var 40 år, majoriteten var ogifta, svenska medborgare och hade barn, ofta fler än ett. Nästan hälften hade barn under 18 år och var tredje kvinnan hade inte vårdnaden om ett eller flera barn. En liten andel av kvinnorna var gravida och skulle föda under verkställigheten, alternativt hade barn på anstalten vid intervjutillfället eller hade haft barn på anstalt tidigare. Enligt Fängelselagen (2010:610) och Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd för fängelse (KVFS 2011:1) har kvinnliga intagna möjlighet att ha spädbarn upp till 1 år hos sig under verkställigheten.

Majoriteten av de kvinnliga klienterna hade ordnat boende. Detta stämmer väl med Kriminalvårdens egen kartläggning av förutsättningarna för kvinnor i anstalt och frivård på arbetsmarknaden år 2013, få av de kvinnliga klienterna uppgav där aktuell bostadslöshet (KVR, 2013). Tidigare forskning vid svenska kvinnoanstalter har visat en betydligt högre andel (43%) bostadslösa bland kvinnliga klienter (Kriminalvården, 2010). Att andelen bostadslösa varierar torde kunna förklaras av olika definitioner av begreppet bostadslös alternativt eventuella selektionseffekter.

En femtedel av kvinnorna saknade grundskolekompetens och hälften hade inte slutfört en gymnasieutbildning. I Kriminalvårdens egen kartläggning (Kriminalvården, 2013a) framgick att det är något fler kvinnor i anstalt (13%) än frivård (8%) som saknade grundskolekompetens. I en tidigare kartläggning av utbildningsnivån bland manliga och kvinnliga kriminalvårdsklienter i Norden år 2006 varierade andelen utan fullföljd grundskola mellan 7 och 16%. Högst andel utan fullföljd grundskola fanns på Island (16%), följt av Sverige (11%), Danmark (9%), Finland (7%) och Norge (7%). I den svenska delen framkom vidare att andelen kvinnor som fullföljt gymnasiet var 34%, jämfört med 49% i denna studie. Inga uttalade skillnader framkom mellan manliga och kvinnliga intagna (Eikeland, Manger & Asbjørnsen, 2008).

Resultaten i denna undersökning visar också att endast en liten andel av de kvinnliga klienterna (8%) hade någon form av eftergymnasial utbildning. Kriminalvårdens egen kartläggning 2013 visade att något fler kvinnor i frivård (15%) än i anstalt (11%) har ytterligare högre utbildning (KVR, 2013). Detta kan jämföras med normalbefolkningen i Sverige där betydligt fler (38%) har eftergymnasial utbildning. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) har kvinnor generellt sett högre utbildningsnivå än män i Sverige, särskilt unga kvinnor är välutbildade, bland dessa har mer än hälften mellan 25–34 år någon form av en eftergymnasial utbildning (SCB, 2011a, 2011b). Den förhållandevis låga utbildningsnivån bland de kvinnliga klienterna återspeglas bland annat i att endast varannan kvinna hade lön från arbete innan verkställighet.

Vid en jämförelse mellan de kvinnor som var svenskfödda respektive utlandsfödda framkom flera skillnader. En betydligt större andel av de kvinnor som var svenskfödda saknade ordnat boende, hade en IK>84 (resultat av språksvårigheter kan inte uteslutas), var narkotikaberoende, hade någon gång haft ett psykotiskt syndrom, samt uppfyllde oftare kriterierna för Antisocial personlighetsstörning. Vid jämförelse mellan kvinnor med och utan utvisning i dom framkom att de med utvisning oftare dömts för alkohol/narkotikarelaterad brottslighet, se APPENDIX A.1-2. Skillnaderna kan till stor del förklaras av internationell narkotikarelaterad brottslighet där många kvinnor fungerat som narkotikakurirer. Många av dessa har inte primärt eget narkotikaberoende utan ingår ofta som en länk i en större organiserad brottskedja.



## 4.2 Missbruk

Knappt en fjärdedel hade ett riskbruk av alkohol (23%) och något fler ett skadligt bruk/beroende av alkohol. (28%). Motsvarande siffror var knappt en fjärdedel för narkotikarelaterade problem (23%). Betydligt fler hade ett skadligt bruk/beroende av narkotika (50%). Resultaten stämmer väl överens med tidigare internationell forskning om fängelsedömda kvinnor där narkotikarelaterat missbruk (30-60%) regelmässigt varit vanligare än alkoholrelaterat missbruk (10-24%, Fazel et al., 2006).

I jämförelse med svensk normalbefolkning visar resultaten inte oväntat att kvinnliga anstaltsklienter betydligt oftare har substansrelaterade problem. Studier med svensk normalbefolkning visar att 15 procent av kvinnorna rapporterar riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol (Bergman & Källmén, 2003) medan 2 procent självskattar drogrelaterade problem, missbruk eller beroende (Berman, et al., 2005).

Fördjupade analyser visar att de båda missbruksprofilerna ”alkohol” och ”narkotika” skiljer sig åt väsentligt, se APPENDIX A.3-4. Av särskild betydelse för klienter med ett riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol var våldsbrott i aktuell dom, förhöjd aggressivitet, och Borderline personlighetsstörning. Av särskild betydelse för klienter med ett riskbruk, skadligt bruk och beroende av narkotika var alkohol/narkotikarelaterad dom, Antisocial personlighetsstörning och tidigare erfarenhet av trauma och psykotiska syndrom.

Ur ett behandlingsperspektiv enligt risk, behovs och mottaglighetsprinciperna (Andrews & Bonta, 2006) skiljer sig således behoven åt en del utifrån missbruksdiagnos. Resultaten ligger väl i linje med tidigare studier som visat att kvinnliga klienter i anstalt med missbruksproblem betydligt oftare också har andra psykiatriska problem (Sacks et al., 2008).

Systematisk identifiering av psykiatrisk samsjuklighet kan förbättra risk och behovsbedömningar, vägleda insättande av verksamma behandlingsinsatser och därmed maximera möjligheten till framgångsrik återfallsförebyggande behandling. Screening, kvalificerade bedömningar, planering och insättande av relevant behandling genom hela kriminalvårdsprocessen som stabiliserar psykiatriska symtom, kan minska beteendeproblem i häkte och fängelse (Osher, Steadman & Barr, 2003). Behandlingsformer som tar hänsyn till psykiatriska symtom utöver substansmissbruk kommer att bli allt mer efterfrågade i framtiden (McCauley et al., 2012)

## 4.3 Psykisk ohälsa

Våra resultat visade relativt omfattande psykisk ohälsa, väl i linje med tidigare forskning (se t ex Fazel & Baillargeon, 2011; Marzano et al 2010; Binswanger et al 2010; Fazel & Danesh, 2002) och betydligt mer omfattande än i normalpopulationen (Jenkins et al., 2005). Det vanligast var att kvinnorna uppfyllde kriterierna för förhöjd suicidrisk (30%) och aktuell depression (22%) och hade drabbats av - oftast drogutlösta - psykotiska syndrom någon gång i livet (16%). Fobier och ångestsyndrom, inte minst PTSD, samt maniska perioder förekom mindre ofta.

### 4.3.1 Personlighetsstörningar.

Enligt självskattningsformuläret DIP-Q uppfyllde en femtedel (18%) kriterierna för någon personlighetsstörning, vanligast var Antosocial (13%) och Bordeline personlighetsstörning (7%). Personlighetsstörningar enligt DIP-Q förekom dubbelt så ofta som i normalbefolkningen (se exempelvis Ekselius et al. 2001; Ottosson et al., 1998), men överensstämde måttligt med tidigare forskning i liknande populationer. En förklaring kan vara att studierna utförts i olika miljöer (häkte, fängelse, rättspsykiatrisk- och psykiatrisk vård), med varierande populationer (män, kvinnor, tidigare dömda, häktade, och nyligen dömda) med olika metoder (klinisk intervju, strukturerad intervju, självrapportering etc.) vilket försvårar direkta jämförelser. Ett exempel ses till exempel vid jämförelse med Fazel & Danesh (2002), som i sin systematiska litteraturoversikt fann att 38-45% av kvinnorna uppfyllde kriterierna för någon personlighetsstörning vid klinisk intervju. Andra studier från rättspsykiatriska och psykiatriska sammanhang som använt DIP-Q, har visat betydligt högre prevalenser, 59-68% för någon personlighetsstörning (Bodlund et al., 1998; Hiscoke et al., 2003). Ytterligare ett hinder för jämförelse är

att de många studier som redovisar resultat för specifika personlighetsstörningar framför allt fokuserat på Antisocial personlighetsstörning och därför uteslutit redovisning av övriga störningar (Sturek, 2010). Resultaten specifikt för Antisocial personlighetsstörning i vår undersökning stämmer väl överens med ett flertal studier, men ligger då i det nedre spannet av tidigare rapporterade nivåer.

Ytterligare ett hinder för jämförelse är att de många studier som redovisar resultat för specifika personlighetsstörningar framför allt fokuserat på Antisocial personlighetsstörning och därför uteslutit redovisning av övriga störningar (Sturek, 2010). Resultaten specifikt för Antisocial personlighetsstörning i vår undersökning stämmer väl överens med ett flertal studier, men ligger då i det nedre spannet av tidigare rapporterade nivåer.

Sammantaget är förekomsten av personlighetsstörningar bland kvinnor i svenska fängelser betydligt högre än i normalbefolkningen. Just förekomsten av personlighetsstörningar och impulsivitet samt dess inverkan på kvinnors förmåga att anpassa sig till inläsning i fängelse studerades i en amerikansk studie (Mahmood et al., 2012). Resultatet visade att schizotypa, borderline, undvikande och beroende personlighetsstörningar samt kognitiv impulsivitet var signifikanta prediktorer på ångest och depression. Forskning visar också att kvinnor i fängelse är särskilt utsatta för självskador (Corston, 2007), och i synnerhet de som har en Borderline personlighetsstörning (Fossy & Black, 2010). Att nästan var femte kvinna i svensk kriminalvård uppfyller kriteriet för någon personlighetsstörning bör beaktas i såväl verksamhets- som verkställighetsplanering.

#### **4.3.2 ADHD.**

Förekomst av ADHD-symtom hos de kvinnliga intagna undersöktes med hjälp av självskattningsformuläret ASRS. Resultaten visade att mer än var tredje (39%) kvinna hade symtom som skulle kunna överensstämma med vuxen-ADHD. Det behöver dock inte betyda att samtliga av dessa kvinnor skulle få en ADHD-diagnos vid en mer omfattande utredning. I Konstenius et al.'s (2012) studie med fängelsedömda kvinnor sjönk prevalensen från 49% (vid självskattning), till 29% (vid en senare diagnostisk intervju). Utifrån dessa resultat är det sannolikt att prevalensen även skulle vara lägre i föreliggande studie om kvinnorna hade blivit utredda för ADHD. Därtill kan läggas att ASRS är bättre på att korrekt screena fram ADHD i normalpopulationen än hos personer med missbruk, vilket en stor del av de intagna har (Daigre Blanco et al., 2009; Chiasson, et al., 2012).

Resultaten för ADHD bör därför tolkas med viss försiktighet, även i förhållande till tidigare svensk och internationell forskning där ADHD-prevalensen varierar ganska kraftigt i såväl studier av fängelsedömda (Konstenius et al. 2012: 29%; Edvinsson, et al., 2010: 50%; Westmoreland et al., 2010: 14%), missbrukare (Wilens & Dodson, 2004: 15-30%), psykiatriska patienter (Edvinsson, et al., 2010: 29%) som i normalpopulation (Polanczyk et al., 2007: 4%). Dock bör den höga förekomsten av ADHD-symtom bland de kvinnliga intagna, och de funktionshinder (ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet) som det för med sig, beaktas och hanteras i termer av diagnostiska undersökningar, behandling och rehabilitering.

#### **4.3.3 Autismspektrumstörning.**

Med självskattningsformuläret AQ studerades även förekomst av autismspektrumstörning; en liten andel av kvinnorna hade en totalpoäng över 32 (3%) vilket visat sig vara ett bra gränsvärde (Wakabayashi et al., 2006; Baron-Cohen et al., 2001). Så som tidigare nämnts är AQ inte ett instrument som används för att diagnostisera, utan snarare identifiera, personer med drag av autismspektrumstörningar och det tar inte heller hänsyn till om beteendet orsakar kliniskt signifikant nedsättning av funktionsförmågan, vilket är ett krav för en diagnos enligt DSM-V. I jämförelse med olika studier i normalpopulation, där prevalensen kan variera mellan 0,3-0,9% (Brugha et al., 2011; Cashin & Newman, 2009; Ehlers & Gillberg, 1993; Fombonne, 2003) var andelen personer med möjlig autismspektrumstörning högre bland de fängelsedömda kvinnorna och liknade mer specifika grupper som t ex rättspsykiatriska populationer (Mouridsen, 2012: 3-10%; Söderström & Nilsson, 2003: 4%). I en av få studier av autismspektrumstörning bland fängelsedömda hade 6% av de manliga och kvinnliga klienterna poäng över det rekommenderade gränsvärdet på AQ (Robinson et al., 2012)

#### **4.4 Kvinnornas barndomstrauman**

Vad gäller trauma uppgav över hälften (61%) av kvinnorna att de hade blivit utsatta för något sådant under barndomen i form av att ha bevittnat fysiskt våld mellan familjemedlemmar, känslomässig försummelse, fysisk misshandel och sexuella övergrepp. Även här var förekomsten hög i förhållande till normalbefolkningen (Gilbert et al., 2009; Janson, et al., 2007) men stämmer väl med tidigare forskning (Walsh et al., 2012). Sambandet mellan trauma i barndomen och senare kriminellt beteende eller beroendeproblematik är visserligen välbelagt (Walsh et al., 2012; Mullings, et al., 2004) men kan snarare härledas till överlappande genetiska och/eller miljömässiga faktorer (Forsman & Långström, 2012).

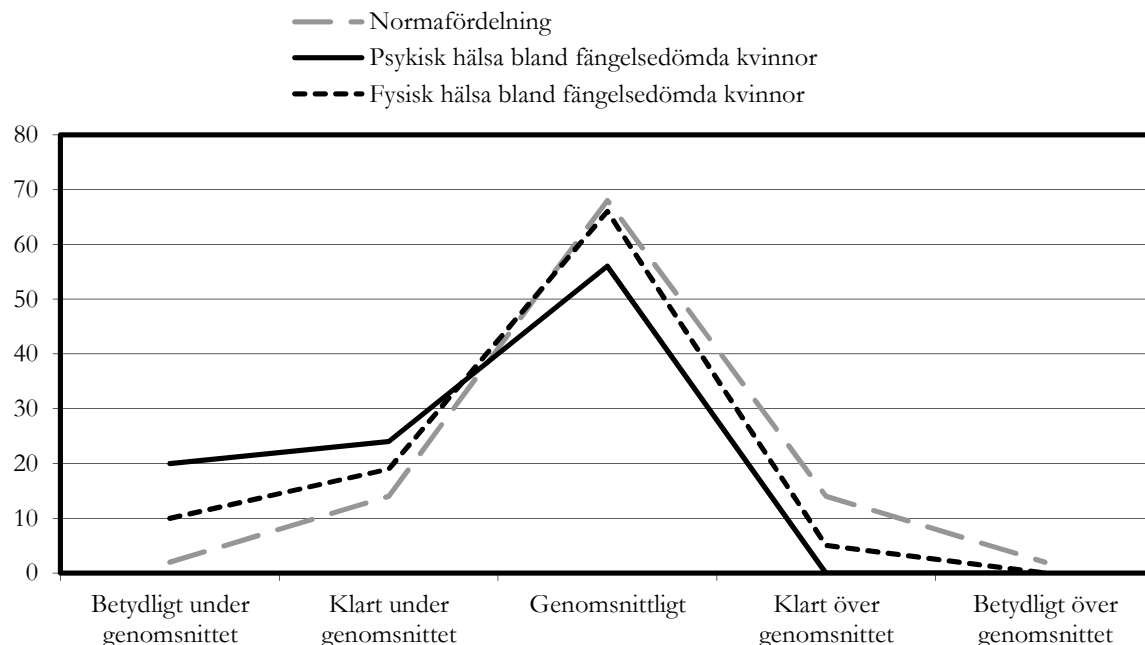
#### **4.5 Kvinnornas kognitiva funktionsnivå**

Resultaten från WAIS-IV visar att över en tredjedel (37%) av kvinnorna på anstalt hade ett estimerat IK klart under genomsnittet (<85, Wechsler, 2008a) och en tiondel (10%) betydligt under genomsnittet ( $\leq 70$ , Wechsler, 2008a). Resultaten ligger högre än resultat från en systematisk kunskapsöversikt från 2008 (Fazel, Xenitidis & Powell, 2008) där 0,5-1,5% av de fängelsedömda diagnostiserats med ett intellektuellt funktionshinder (IK $\leq 70$  samt en nedsättning av funktionsförmåga) men väl linje med en norsk studie där prevalensen låg intelligens undersöktes utan en nedsättning av funktionsförmåga. En tiondel (11%) av de intagna ha bedömdes ha en IK $\leq 70$ .

Tidigare forskning visar att anpassad behandling kan vara viktig för personer med intellektuell funktionsnedsättning och som samtidigt har problem med aggressivt beteende. Till exempel verkar behandling med en kognitiv beteendeariktning vara mer effektiv än en ren medicinsk behandling (Taylor, 2002). Områden som bör uppmärksammas vid behandling av personer med ett kognitivt funktionshinder är direkta interventioner samt samarbete med personens sociala nätverk. Även när det gäller riskbedömningar för återfall i brott bör särskild hänsyn tas till om personen har en intellektuell funktionsnedsättning i förhållande till de dynamiska riskfaktorerna (Jones, 2007).

## 4.6 Allmän hälsa, socialt stöd och självkänsla

Resultat på hälsodimensionerna fysisk och psykisk hälsa visar att drygt en tredjedel (29%) av kvinnorna självskattade sin fysiska hälsa- och över hälften (66%) sin psykiska hälsa klart under eller betydligt under genomsnittet. I de åtta delskalorna var medelvärdet lägst för "Vitalitet" (51) och "Psyiskt välbefinnande" (57). Högst medelvärde återfanns i delskalan "Fysisk funktion" (78). Figur 11 nedan illustrerar hur resultaten för fysisk- och psykisk hälsa bland de kvinnliga klienterna fördelar sig i olika kategorier normerade efter svensk normalbefolkning (Sullivan et al., 1995).



**Figur 11. Resultat på de två hälsodimensioner fysisk och psykisk hälsa för fängelsedömda kvinnor (n=148) normerat efter svensk normalbefolkning. Kategorin "Normalfördelning" visar jämförande procent för normalbefolkning.**

De fängelsedömda kvinnorna hade således en betydligt sämre psykisk hälsa, men inte lika dålig fysisk hälsa i jämförelse med normalbefolkningen.

Tidigare forskning har visat på vikten av att ha ett väl fungerande socialt nätverk omkring sig. Till exempel, och som tidigare tagits upp, visar forskning att personer med missbruksproblematik uppnår bättre behandlingsresultat om de har ett starkt socialt stöd runt sig (Staton-Tindall et. al., 2007). Socialt stöd spelar en viktig roll och utgör en psykosocial resurs i människors psykiska hälsa (Yap & Devilly, 2004) och är särskilt viktigt vid genomförandet och upprätthållandet av en förändring för att kunna stabilisera och vidareutveckla en ny livssituation (Skärner, 2001). Socialt stöd kan således ses som en värdefull resurs som är viktig att den upprätthålls men också med stora utvecklingsmöjligheter.

Med hjälp av självskattningsinstrumentet Perceived social support (PSS) mättes den subjektiva upplevelsen av socialt stöd. Instrumentet består av två skalor, varav en fokuserar på uppfattat stöd från vänner (PSS-Fr) och den andra avser upplevt stöd från familj (PSS-Fa). Medelvärde för totalpoäng från PSS-friends var 75. Knappt var tionde (9%, n=13) kvinna hade en låg totalpoäng, det vill säga svarade regelmässigt som att de sällan eller aldrig upplevde ett socialt stöd från sina vänner. Medelvärdet för totalpoäng för PSS-Family var något lägre, 72. Även här hade var tionde (10%) kvinna en låg totalpoäng, det vill säga svarade att de sällan eller aldrig upplevde ett socialt stöd från sin familj. Resultaten för de fängelsedömda kvinnorna skiljer sig intressant nog inte från resultat från tidigare studier av normalbefolkning och tyder därför på att de kvinnliga klienterna upplever att de har ett relativt bra socialt stöd från vänner och familj (Ghaderi, & Scott, 1999). Stödet från vänner var något högre än från familj.

Ett annat område av betydelse för individen är självkänsla. Medelvärde för fängelsedömda kvinnorna på självskattningsinstrumentet Self-Concept Questionnaire, SCQ, var 137. Resultatet skiljer sig avsevärt åt från tidigare forskning med svensk normalpopulation där kvinnorna (18-30 år, n=919) skattade betydligt högre, 153 (SD 19,8), men ligger i linje med resultat från kvinnor med tidigare, 137 (SD 23,9) eller nuvarande 130 (SD 19,8) ätstörningar (Ghaderi & Scott, 1999).

## 4.7 Aggressivitet

Trettiosex procent av de kvinnliga klienterna självskattade förhöjd eller markant förhöjd direkt aggressivitet (i form av fysisk eller verbal aggressivitet) på AQ-RSV. Motsvarande siffra för indirekt aggressivitet var något lägre (30%). I Tabell 21 jämförs våra resultat med tidigare studier; de fängelsedömda kvinnorna var signifikant mer aggressiva än kvinnor ur normalbefolkningen. De fängelsedömda kvinnornas resultat påminner mer om den manliga delen av normalbefolkningen. Vidare analyser av delskalorna visar att de kvinnliga klienterna självskattade mer fysisk aggressivitet och fientlighet än kvinnor ur normalbefolkningen och även mer fientlighet och ilska än män i normalbefolkningen.

Tabell 21. Jämförelse av självskattad aggressivitet enligt AQ-RSV.

Typ av aggressivitet	Normalpopulation män (Prochazka & Ågren, 2001) (n=229)	Normalpopulation kvinnor (Prochazka & Ågren, 2001) (n=268)	Denna studie Fängelsedömda kvinnor (n=136)
<b>Direkt</b>			
Fysisk	16,5 (SD 5,3)	13,4 (SD 4,0)*	17,2 (SD 6,7)
Verbal	11,3 (SD 2,5)	11,0 (SD 2,3)	11,4 (SD 2,7)
<b>Indirekt</b>			
Ilkska	13,1 (SD 3,8)*	13,8 (SD 3,8)	14,1 (SD 4,4)
Fientlighet	14,3 (SD 4,3)*	13,8 (SD 4,2)*	15,5 (SD 4,6)
Total aggressivitet	55,2 (SD 12,3)	51,9 (SD 10,7)*	57,6 (SD 15,4)

Fotnot: \* p < .05

Kvinnor registreras i högre utsträckning för våldsrelaterade brott. Man kan därför förvänta sig en ökning av kvinnliga fängelseklienter med mer uttalad aggressionsproblematik. Ökade kunskaper inom detta område är därför stort, båda för att kunna göra säkrare risk- och behovsbedömningar och anpassa återfallsförebyggande behandling efter denna förändring.

## 4.8 Våldsbrottsdömda kvinnor

Fördjupade analyser av kvinnor som var dömda för våldsbrott jämfört med de som inte var dömda för våldsbrott visar att de båda grupperna skiljde sig åt framförallt på några punkter. De våldsbrottsdömda kvinnorna var i mindre utsträckning än övriga också dömda för ekonomisk och/eller alkohol-/narkotikarelaterad brottslighet i aktuell dom men hade i högre utsträckning en alkoholrelaterad beroendediagnos (OR 4,4). Denna förhöjda risk kvarstod även vid analys utan ”annan typ av brottslighet” och då var även sannolikheten att ha en borderline personlighetsstörning signifikant förhöjd (OR 3,3), se APPENDIX A.5.

Kvinnor som är dömda för våldsbrott har således oftare än övriga anstaltsdömda kvinnor en alkoholrelaterad problematik och symptom som stämmer väl överens med Borderline personlighetsstörning, och om de är dömda för andra typer av brott är sannolikheten störst att det är tillgrepsbrott, trafikbrott eller ”övriga brott”<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> brott mot knivlagen, brott mot vapenlagen, falskt alarm, brott mot utlämningslagen, skadegörelse, bedrägligt beteende, olovligt innehav av farligt föremål, brott mot lagen om tillsyn över hund och katt, djurplågeri, vållande

## 4.9 Studiens begränsningar

Målsättningen med undersökningen var att erhålla information från ett representativt urval av samtliga kvinnor som är fängelsedömda i Sverige. Med representativt urval menas dels olika undergrupper av kvinnor (långtidsstraff, korttidsstraff, hög säkerhetsklass, låg säkerhetsklass) samt regional spridning för verksamheten (från Ystad i söder till Ljustadalen i norr). Resultaten visar att representativiteten var mycket god över strafftid, säkerhetsklass och samtliga anstalter med kvinnliga klienter.

Resultaten i undersökningen bygger på svar från klinisk intervju och ett antal självskattningsinstrument. Vid såväl intervju som vid självskattning finns det alltid en möjlighet att respondenten utelämnar vissa uppgifter eller att personen inte minns händelser, beteenden och/eller väljer av andra skäl att inte berätta (underrapportering). En annan möjlighet är att undersökningsspersonen finner skäl att överdriva händelser, beteenden eller lägga till episoder, beteenden som aldrig inträffat (öVERRAPPORTERING). Vissa resultat måste därför betraktas med viss försiktighet, eftersom det både kan röra sig om minimumskattningar och i vissa fall öVERRAPPORTERING, andra bygger på direkta mätningar och kan därför betraktas som mer reliabla.

Vidare kan ett självskattningsformulär aldrig ersätta en klinisk bedömning. Däremot kan de ge indikationer om problemområden, sårbarheter och möjliga diagnoser. För de två förväntat vanliga personlighetsstörningarna Antisocial- och Borderline personlighetsstörning användes både klinisk bedömning och självskattningsformulär. Den kliniska bedömningen av förekomst av Antisocial personlighetsstörning stämde väl överens med självskattning. Däremot sjönk förekomsten för Borderline personlighetsstörning vid den kliniska bedömningen.

En klinisk bedömning är alltid till viss del en subjektiv bedömning. För att säkerställa att resultaten från intervjuerna är var någorlunda oberoende av vem som utför intervjun genomfördes ett interbedömarreliabilitetstest. Totalt filmades 23 intervjuer (13% av alla intervjuer) med videokamera efter skriftligt samtycke från den intervjuade kvinnan. Interbedömarreliabiliteten prövades sedan genom att en annan person (legitimerad psykolog) bedömde de videoinspelade intervjuer utifrån samma intervjuinstrument. Sammantaget var överensstämmelsen god mellan intervjurens bedömning och den oberoende skattaren (se Tabell 2).

Analys av olika undergrupper har valts utifrån studiens syfte och frågeställningar. Risken för typ-1 fel (att förkasta nollhypotesen fast den är sann) ökar dock alltid ju fler analyser som genomförs.

## 4.10 Slutord

Resultaten i den här undersökningen visar på en rad problemområden och behov hos fängelsedömda kvinnor som i varierande utsträckning redan hanteras inom Kriminalvården. Studiens slutsatser (sammanfattning på 1) bör kunna utgöra underlag för analys av vilka områden som bör utvecklas. Förbättrade risk- och behovsbedömningar, vidareutvecklade brotts- och missbruksinriktade program för bästa möjliga återfallsförebyggande effekt, samt dimensionering och vidareutveckling av andra vårdinsatser för fängelsedömda kvinnor i Sverige kräver kunskap av den typ som denna studie genererat.

---

till annans död, vållande till kroppsskada, koppleri, brott mot griftefrid, olaga intrång, hemfridsbrott, förolämpning, egenmäktighet med barn, våldsamt motstånd, övriga sexualbrott som inte upptagna under våldsbrott)

## 5. REFERENSER

---

- Allgulander, C., Waern, M., Humble, M., Andersch, S. & Ågren, H. (2006). *Mini Internationell Psykiatrisk Intervju* (Svensk reviderad version 5.0.0). Stockholm – Karolinska Institutet, Göteborg – Sahlgrenska akademien.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (Herlofson J, & Landqvist M., övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 2000).
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed). Newark, NJ: LexisNexis.
- Archer, J., & Haigh, A. (1997). Beliefs about aggression among male and female prisoners. *Aggressive Behavior*, 23(6), 405-415.
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2009). *Statistics for psychology (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Allison, C. (2008). The autism spectrum quotient: Children's version (AQ-Child). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1230-1240.
- Axelrod, B. N. (2002). Validity of the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence and other very short forms of estimating intellectual functioning. *Assessment*, 9(1), 17-23.
- Axelrod, B. N., Ryan, J. J., & Ward, L. C. (2001). Evaluation of seven-subtest short forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale-III in a referred sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(1), 1-8.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care* (2nd ed.). World health Organization.
- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Advances in applied developmental psychology: Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-74). Norwood, NJ: Ablex.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(1), 5-17.
- Baumeister, R. F., Bushman, B. J., & Campbell, W. K. (2000). Self-Esteem, Narcissism, and Aggression Does Violence Result From Low Self-Esteem or From Threatened Egotism?. *Current directions in psychological science*, 9(1), 26-29.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological review*, 103(1), 5.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2003). Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor 1997-2001. *Läkartidningen*, 100, 71-78.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007). *The Drug use Disorders Identification Test. Manual*. Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Setting and in a Swedish Population Sample. *European Addict Research*, 11(1), 22-31.
- Binswanger, I.A., Merrill, J.O., Krueger, P.M., White, M.C., Booth, R.E., Elmore, J.G. (2010). Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *American Journal Of Public Health*, 100(3), 476-82.
- Bodlund, O., Grann, M., Ottosson, H., & Svanborg, C. (1998). Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(6), 433-439.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood Maltreatment, Intervening Variables, and Adult Psychological Difficulties in Women An overview. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(4), 375-388.
- Brinded, P. M., Simpson, A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 166-173.

- Britton, P. G., & Savage, R. D. (1966). A short form of the WAIS for use with the aged. *The British Journal of Psychiatry*, 112(485), 417-418.
- Brottsförebyggande rådet. (2008). BRÅ. *Brottsutvecklingen i Sverige fram till 2007*. Rapport 2008:23. Stockholm: Louise Ekström (ed).
- Brottsförebyggande rådet. (2012). Brå. *Brottsutvecklingen i Sverige år 2008-2011*. Rapport 2012:13. Stockholm: Hagstedt, J. (red).
- Brottsförebyggande rådet. (2013). *Statistik*. hämtad den September 26, 2013, från <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/statistik>
- Brugha, T.S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R., Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general psychiatry*, 68(5), 459-65.
- Bushman, B.J., & Baumeister, R.F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 219-229.
- Bushman, B. J., Baumeister, R. F., Thomaes, S., Ryu, E., Begeer, S., & West, S. G. (2009). Looking Again, and Harder, for a Link Between Low Self-Esteem and Aggression. *Journal of Personality*, 77(2), 427-446.
- Buss, A.H. & Perry, M. (1992). The aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Cashin, A., & Newman, C. (2009). Autism in the criminal justice detention system: A review of the literature. *Journal of Forensic Nursing* 5(2), 70-75.
- Chiasson, J. P., Stavro, K., Rizkallah, É., Lapierre, L., Dussault, M., Legault, L., & Potvin, S. (2012). Questioning the specificity of ASRS-v1. 1 To accurately detect ADHD in substance abusing populations. *Journal of attention disorders*, 16(8), 661-663.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284-290.
- Corston, J. (2007). *The Corston report: A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*. London: Home Office.
- Daigre Blanco, C., Ramos-Quiroga, J.A., Valero, S., Bosch, R., Roncero, C., Gonzalvo, B., Nogueira, M. (2009). Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas españolas de psiquiatría*, 37(6), 299-305.
- Davidshofer, K.R. & Murphy, C.O. (2005). *Psychological testing: principles and applications* (6th ed.). Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall.
- Davison, S., & Janca, A. (2012). Personality disorder and criminal behaviour: what is the nature of the relationship? *Current opinion in psychiatry*. 25(1), 39-45.
- Donnellan, M.B., Ge, X.J., & Wenk, E. (2000). Cognitive abilities in adolescent-limited and life-course-persistent criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 396-402.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., & Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372-1379.
- Edvinsson, D., Bingefors, K., Lindström, E., & Lewander, T. (2010). ADHD-related symptoms among adults in out-patient psychiatry and female prison inmates as compared with the general population. *Journal of Medical Sciences*; 115(1), 30-40
- Ehlers, S., & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Journal of child psychology and psychiatry* 34(8), 1327-50.
- Eikeland, O.J., Manger, T., & Asbjørnsen, A. E. (red.) (2008). *Innsatte i nordiske fengsler: Utdanning, utdanningsønske og motivasjon* (TemaNord 2008:592). København: Nordisk Ministerråd.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T. & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 311-320.
- Eronen, M., Hakola, P., Tiihonen, J. (1996). Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Archives of general psychiatry*: 53(6), 497-501.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9782), 956-65.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.



- Fazel, S. & Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2129-31.
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.
- Fazel, S., Doll, H., & Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.
- Fazel, S., Xenitidis, K., & Powell J. (2008). The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners - a systematic review. *International journal of law and psychiatry*, 31(4), 369-73.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365-382.
- Forsman, M. & Långström, N. (2012). Child maltreatment and adult violent offending: population-based twin study addressing the 'cycle of violence' hypothesis. *Psychological Medicine*, 42(9), 1-7.
- Franklin, C.A. (2008). Women offenders, disparate treatment, and criminal justice: a theoretical, historical, and contemporary overview. *Criminal Justice Studies*, 21, 341-360.
- Friedrichs, B., Igl, W., Larsson, H., & Larsson, J. O. (2012). Coexisting psychiatric problems and stressful life events in adults with symptoms of ADHD—A large Swedish population-based study of twins. *Journal of Attention Disorders*, 16(1), 13-22.
- Frisell, T., Pawitan, Y., & Långström, N. (2012). Is the association between general cognitive ability and violent crime caused by family-level confounders?. *PLoS one*, 7(7), e41783.
- Fängelselagen. (2010:610). Stockholm: Justitiedepartementet.
- García-León, A., Reyes, G.A., Vila, J., Pérez, N., Robles, H. & Ramos, M.M. (2002). The Aggression Questionnaire: A Validation Study in Student Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 45-53.
- Gerevich J., Bacskal, E. & Czobor P. (2007). The generalizability of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 16(3), 124-136.
- Ghaderi, A. (2005). Psychometric Properties of the Self-Concept Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 139-146.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (1999). Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females ages 18-30 years in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(4), 261-266.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1991). Brief report: violence in Asperger syndrome, a critique. *Journal of autism and developmental disorders* 21(3), 349-54.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, Y & Lindfors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among long-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10:112.
- Goff, A., Rose, E., Rose, S., Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal behaviour and mental health* 17(3), 152-62.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.
- Gunter, T.D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B. & Black, D.W. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36(1), 27-34.
- Hiscoke, U.L., Långström, N., Ottosson, H. & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: a prospective study. *Journal of Personality disorders*, 17(4), 293-305.
- Hoekstra, R.A., Bartels, M., Cath, D.C. & Boomsma, D.I. (2008). Factor structure, reliability and criterion validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): a study in Dutch population and patient groups. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(8), 1555-66.
- von Hofer, H. (1985). *Brott och straff i Sverige. Historisk kriminalstatistik 1750-1984*. Skriftserie utgiven av statistiska Centralbyån.
- Janson, S., Långberg, B., & Svensson, B. (2007). *Våld mot barn 2006-2007. En nationell kartläggning*. Stockholm: Allmänna barnhuset och Karlstad universitet.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrell, M., Lewis, G. & Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35(2), 257-69.

- Jones, J. (1996). The effects of non-response on statistical inference. *Journal of Health & Social Policy*, 8(1), 49-62.
- Jones, J. (2007). Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system: review of issues. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 51(6), 723-33.
- Jordan, B.K., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A. & Caddell, J.M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 513-9.
- Kendler, K. S., & Baker, J. H. (2007). Genetic influences on measures of the environment: a systematic review. *Psychological medicine*, 37(5), 615-626.
- Kennedy, T.D., Burnett, K.F. & Edmonds, W.A. (2011). Intellectual, behavioral, and personality correlates of violent vs. non-violent juvenile offenders. *Aggressive Behaviour*, 37(4), 315-25.
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Delmer, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B. & Walters, E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A Short Screening Scale for Use in the General Population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256.
- Konstenius, M., Larsson, H., Lundholm, L., Philips, B., van de Glind, G., Jayaram-Lindström, N., & Franck, J. (2012). An epidemiological study of ADHD, substance use, and comorbid problems in incarcerated women in Sweden. *Journal of Attention Disorders*.
- Kriminalvården (2010). *Prevalens av uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet (ADHD) och missbruk hos fängelsedömda kvinnor*. Utvecklingsenheten. Norrköping: Konstenius, M., Lundholm, L., Jayaram-Lindström, N., Philips, B. & Franck, J.
- Kriminalvården. (2013a). *Dömda kvinnors förutsättningar på arbetsmarknaden*. Norrköping: Yourstone, J., & Wenander, D.
- Kriminalvården. (2013b). *Tidigt debuterande beteendestörning: Förekomst och betydelse bland vålds och sexualbrottsdömda*. Norrköping: Billstedt, E., & Hofvander, B.
- KVFS. (2011:1). Kriminalvårdens författningssamling.
- KVR. (2013). Kriminalvårdsregistret.
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S., ... & Larsson, H. (2012). Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *New England Journal of Medicine*, 367(21), 2006-2014.
- Lindal, E. & Stefansson, J.E. (2009). The prevalence of personality disorder in the greater-Reykjavik area. *Læknablidid*, 95(3), 179-84.
- Lindwall, M. (2011). *Självkänsla. Bortom populärpsykologi och enkla sanningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindwall, M., Aççi, F.H., Palmeira, A., Fox, K.R., & Hagger, M.S. (2011). The Importance of Importance in the Physical Self: Support for the Theoretically Appealing but Empirically Elusive Model of James. *Journal of Personality*, 79(2), 303-334.
- Lobbstaël, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-79.
- Lundström, S., Forsman, M., Larsson, H., Kerekes, N., Serlachius, E., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2013). Childhood neurodevelopmental disorders and violent criminality: a sibling control study. *Journal of autism and developmental disorders*. Epub ahead of print.
- Långström, N., Grann, M., Ruchkin, V., Sjöstedt, G., & Fazel, S. (2009). Risk factors for violent offending in autism spectrum disorder: a national study of hospitalized individuals. *Journal of interpersonal violence* 24(8), 1358-70.
- Mahmood, S.T., Tripodi, S.J., Vaughn, M.G., Bender, K.A. & Schwartz, R.D. (2012). Effects of personality disorder and impulsivity on emotional adaptations in prison among women offenders. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 467-480.
- Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A. & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *British journal of Psychiatry*, 197(3), 219-26.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A. & Fazel, S. (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social Science & Medicine*, 72(6), 874-883.
- Matsuura N, Hashimoto T, Toichi M. (2009). Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 478-485.

- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D.F., Brady, K.T. & Back, S.E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(3), 283–304.
- McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E. W., Russell, L., Colleen, C. Liebschutz, J. & Kimerling, R. (2005). The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *The journal of behavioural health services & research*, 32(2), 113 -127.
- Merk, W., Oribio de Castro B., Koops, W., & Matthys, W. (2005). The distinction between reactive and proactive aggression: Utility for theory, diagnosis and treatment?. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(2), 197-220.
- Michel, P.O., Lundin, T. & Larsson, G. (2005). Personality disorders in a Swedish peacekeeping unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 134-138.
- Miller, H., Streiner, D. & Goldberg, J. (1996). Short, shorter, shortest: the efficacy of WAIS-R short forms with mixed psychiatric patients?. *Assessment*, 3(2), 165-169.
- Milligan, R.J., Waller, G., & Andrews, B. (2002). Eating disturbances in female prisoners: the role of anger. *Eating behaviors*, 3(2), 123-32.
- Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1988). Iq and delinquency - A direct test of the differential detection hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 330-333.
- Mouridsen, S.E. (2012). Current status of research on autism spectrum disorders and offending Research in Autism. *Spectrum Disorders* 6(1), 79–86.
- Mullings, J.L., Hartley, D.J. & Marquart, J.W. (2004). Exploring the relationship between alcohol use, childhood maltreatment, and treatment needs among female prisoners. *Substance use & misuse*, 39(2), 277-305.
- Newman, S. & Ghaziuddin, M. (2008). Violent Crime in Asperger Syndrome: The Role of Psychiatric Comorbidity. *Journal of autism and developmental disorders* 38(10), 1848-1852.
- Osher, F.C., Steadman, H.J. & Barr, H. (2003). A best practice approach to community reentry from jails for inmates with co-occurring disorders: The APIC Model. *Crime and Delinquency*, 49(1), 79-96.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E. & Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 Personality Disorders: A Comparison of a Self-Report Questionnaire (DIP-Q) with a Structured Interview. *European Psychiatry*, 13(5), 246-253.
- Ottosson, H., Grann, M., Kullgren, G. (2000). Test-retest reliability of a self-report questionnaire for DSM-IV and ICD-10 personality disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(1), 53-58.
- Persson, L., Karlsson, J., Bengtsson, C., Steen, B., Sullivan, M. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of Clinical Validity: Results from Population Studies of Elderly and woman in Gothenburg. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1095-1103.
- Plugge, E. & Fitzpatrick, R. (2005). Assessing the Health of Women in Prison: A Study from the United Kingdom. *Health Care for Women International*, 26(1), 62–68.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*: 164(6), 942-948.
- Prochazka, H. & Ågren, H. (2001). Aggression in the general Swedish population, measured with a new self-rating inventory: The Aggression Questionnaire-revised Swedish version (AQ-RSV). *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(1), 17-23.
- Prochazka, H. & Ågren, H. (2003). Self-rated aggression and cerebral monoaminergic turnover Sex differences in patients with persistent depressive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253(4), 185-192.
- Procidano, M. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Proposition (2002/03:53). *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Ramklint, M., von Knorring, A.L., von Knorring, L. & Ekselius, L. (2002). Personality disorders in former child psychiatric patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(6), 289–295.
- Ramklint, M., von Knorring, A.L., von Knorring, L. & Ekselius, L. (2003). Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder: a follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 23-28.

- Rasmussen, K., Almqvist, R., & Levander, S. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 29(2), 186-193.
- Riksdagen. (2009). *Uppföljning av kvinnor intagna i kriminalvårdsanstalt* (Rapport från Riksdagen 2008/09: RFR9). Stockholm: Riksdagstryckeriet.
- Robinson, L., Spencer, M.D., Thomson, L.D., Stanfield, A.C., Owens, D.G., Hall, J. & Johnstone, E.C. (2012). Evaluation of a screening instrument for autism spectrum disorders in prisoners. *In: PLoS One*, 7(5), 1-8.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19(2), 513-518.
- Rosner, B. (2006). *Fundamentals of biostatistics* (6. Ed.). Belmont, Calif.: Thomson/Brooks/Cole.
- Ross, J. M., & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive aggression among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Family Violence*. 24(8), 607-617.
- Rothman, K.J., Greenland, S. & Lash, T.L. (2008). *Modern epidemiology*.  
<http://books.google.se/books?id=Z3vjT9ALxHUC&hl=sv&sitesec=reviewsLippincott:Williams&Wilkins>.
- Ruta, L., Mazzone, D., Mazzone, L., Wheelwright, S. & Baron-Cohen, S. (2012). The Autism-Spectrum Quotient--Italian version: a cross-cultural confirmation of the broader autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 625-633.
- Rösler, M., Wender, P., Thome, J., Dovi-Akue, N., Pinhard, K., Schwitzgebel, P., ... Retz, W (2004). Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 365-371.
- Sacks, J.Y. (2004). Women with co-occurring substance use and mental disorders (COD) in the criminal justice system: A research review. *Behavioural Sciences and the law*, 22(4), 477-501.
- Sacks, J. Y., Sacks, S., McKendrick, K., Banks, S., Schoeneberger, M., Hamilton, Z., Stommel, J. & Shoemaker, J. (2008). Prison Therapeutic Community Treatment for Female Offenders: Profiles and Preliminary Findings for Mental Health and Other Variables. *Journal of Offender Rehabilitation*, 46(3-4), 233-261.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2006). *Självskattning av personlighet, funktionsförmåga och livshändelser med hjälp av DIP-Q*. (FoU-rapport. Allmänpsykiatriska sektionen). Göteborg: Carlsson, K.O.
- Samuels, J. (2011). Personality disorder: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De La Fuente, J.R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- SBU. (2013). *ADHD - Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet* (SBU-rapport nr 217). En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SCB (2011a). *Befolkningens utbildning 2010*. Serie: Utbildning och forskning 2011.
- SCB (2011b). *Utbildningsstatistik årsbok 2011*. Statistiska Centralbyrån.
- SCB (2013) *Sveriges folkmängd (i ettårsklasser) 1860-2012*. Hämtat från <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/MainTable.asp?yp=tansss&xu=C9233001&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&lang=1>.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 20), 22-33.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. & Meltzer, H. (2001). Psychiatric morbidity among adults living in private households 2000. *International review of psychiatry*, 15(1-2), 65-73.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. & Deasy, D. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales: A survey carried out in 1997 by the social survey dimension of ONS on behalf of the Department of Health*. London: HMSO.
- Sirdifield, C., Gojkovic, D., Brooker, C., & Ferriter, M. (2009). A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: a summary of findings. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(S1), S78-S101.

- Skårner, A. (2001). *Skilda världar? En studie av narkotikamisbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- SOU (2001:72). *Barnmisshandel. Att förebygga och åtgärda*. Slutbetänkande av kommittén mot barnmisshandel. Statens offentliga utredningar (SOU).
- SOU (2009:99). *Utredningen om vanvård i den sociala barnvården, Vanvård i social barnvård under 1900-talet: delbetänkande*. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2011:61). *Vanvård i social barnvård – slutbetänkande*. Statens offentliga utredningar (SOU).
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Staton-Tindall, M., Royse D. & Leukfeld C. (2007). Substance use criminality and social support: An exploratory analysis with incarcerated women. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 33(2), 237-243.
- Sturek, J. (2010). *Paranoid characteristics and adjustment in incarcerated men and women*. Ann Arbor: PROQuest.
- Sullivan, M., Karlsson, J. & Ware, J.E. jr. (1995). The Swedish SF-36 health survey. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1349-1358.
- Söderström, H. & Nilsson, A. (2003). Childhood-onset neuropsychiatric disorders among adult patients in a Swedish special hospital. *International journal of law and psychiatry*, 26(4), 333-338.
- Taylor, J.L. (2002). A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 46(s1), 57-73.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Treasure J., Claudino A.M., Zucker N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*, 375(9714), 583-593.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381-390.
- US. Department of justice. (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates* (Bureau of justice statistics. Special report). James, D.J. & Glaze, L.E.
- Utlänningslagen. (2005:716).
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and alcohol dependence*, 122(1), 11-19.
- Værøy, H. (2013). Aggression questionnaire scores in extremely violent male prisoners, male bodybuilders, and healthy non-violent men. *Open Journal of Psychiatry*, 3(3), 293-300.
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Tojo, Y. (2006). The Autism-Spectrum Quotient (AQ) in Japan: A cross-cultural comparison. *Journal of autism and developmental disorders* 36(2), 263-70.
- Walsh, K., Gonsalves, V.M., Scalora, M.J., King, S. & Hardyman, P.L. (2012). Child maltreatment histories among female inmates reporting inmate on inmate sexual victimization in prison: the mediating role of emotion dysregulation. *Journal of interpersonal violence*. 27(3), 492-512.
- Ware, J.E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130–3139.
- Ware, J.E., Gandek, B., Kosinski, M., Aaronson, N.K., Apolone, G., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Prieto, L., Sullivan, M. & Thunedborg, K. (1998). The Equivalence of SF-36 Summary Health Scores Estimated Using Standard and Country-Specific Algorithms in 10 Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1167–1170.
- Ware, J.E., Gandek, B.G. & The IQOLA Project Group. (1993). The SF-36 Health Survey development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73.
- Wechsler, D. (2008a). Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition. San Antonio, TX: Pearson. Svensk översättning 2010.
- Wechsler, D. (2008b). Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition: Technical and interpretive manual. San Antonio, TX: Pearson.
- Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U. & Bergman, H. (2006). *The Alcohol Use Disorders Test, AUDIT. MANUAL.* Hämtad från [http://www.kfsk.se/download/18.2eb7f7b2125205646208000341/AUDIT\\_svensk\\_manual\\_1\\_0.pdf](http://www.kfsk.se/download/18.2eb7f7b2125205646208000341/AUDIT_svensk_manual_1_0.pdf)

- Westmoreland, P., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., Sieleni, B. & Black, D.W. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 54(3), 361-377.
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- Wilens, T.E., & Dodson, W. (2004). A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *The Journal of clinical Psychiatry*. 65(10), 1301-1313.
- Wolfe, J. & Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 192–238. New York, NY: Guilford Press.
- Woodbury-Smith, M.R., Robinson, J., Wheelwright, S. & Baron-Cohen, S. (2005). Screening adults for Asperger Syndrome using the AQ: a preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *Journal of autism and developmental disorder*, 35(3), 331–335.
- Wymer, J.H., Rayls, K. & Wagner, M.T. (2003). Utility of a clinically derived abbreviated form of the WAIS-III. *Archives of clinical neuropsychology*, 18(8), 917-927.
- Yap, M.B.H. & Devilly, G.J. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical psychology review*, 24(1), 1-14.
- Young, S., & Thome, J. (2011). ADHD and offenders. *World journal of biological psychiatry*, 12(S1), 124-128.
- Zweben, J.E., Cohen, J.B., Chrustian, D., Galloway, G.P., Salinardi, M., Parent, D. & Iguchi, M. (2004a). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *American Journal on Addictions*, 13(2), 181-190.
- Zweben, J.E., Clark, H.W. & Smith, D.E. (2004b). Traumatic experiences and substance abuse: mapping the territory. *Journal of psychoactive drugs*, 26(4), 327-344.
- Österlund, A. & Bäckström, A. (2010). *Samband mellan autistiska drag, emotionell smitta och anknytningsstil i en normalpopulation* (kandidat-uppsats Örebro universitet, Örebro). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:323238/FULLTEXT01.pdf>

## 6. TABELL- OCH FIGURFÖRTECKNING

### 6.1 Figurer

Figur 1. Utveckling av antal kvinnor misstänkta för brott 2003-2012. (Källa: BRÅ, 2013) .....	7
Figur 2. Utveckling dömda kvinnor för våldsbrott 2003-2013 (frivård & anstalt). Källa: KVR (2013).....	8
Figur 3. Deltagandefrekvens för samtliga kvinnoanstalter. ....	17
Figur 4. Andel av samtliga intervjuade kvinnor (N=178) samt fördelning av antal platser (N=289) per anstalt, procent. Källa: KVR (2013) .....	28
Figur 5. Brottsrubricering i aktuell dom (n=178).....	30
Figur 6. Strafftid för samtliga kvinnliga klienter den 1 oktober 2011 (procent, n=303) samt intervjuade kvinnor (procent, n=178).....	31
Figur 7. Ålder hos de fängelsedömda kvinnorna uppdelat i ålderskategorier (procent, n=178).....	32
Figur 8. Födelseland, uppdelat på världsdel (plus Norden) och medborgarskap (procent, n=178).....	32
Figur 9. Huvudsaklig inkomstkälla före verkställighet (procent, n=178).....	34
Figur 10. Fördelningen över estimerat fullskaligt IK för intervjuade kvinnor (n=134) samt en normalfördelningskurva. ....	40
Figur 11. Resultat på de två hälsodimensioner fysisk och psykisk hälsa för fängelsedömda kvinnor (n=148) normerat efter svensk normalbefolkning. Kategorin "Normalfördelning" visar jämförande procent för normalbefolkning. ....	48

### 6.2 Tabeller

Tabell 1. Fördelning av samtycke och andel intervjuade uppdelat per anstalt, procent och antal. ....	17
Tabell 2. Procent överensstämmelse av diagnoserna i M.I.N.I. och SCID-II mellan två bedömare. ....	21
Tabell 3. Verbala beskrivningar av IK-värden från WAIS-IV-manualen.....	23
Tabell 4. Tolkning av AUDIT-poäng av Wennberg et. al., (2006). ....	24
Tabell 5. Andel av samtliga platser (N=289) 1 juli 2011 samt andel av samtliga intervjuade (N=178), utifrån säkerhetsklass, i procent och antal. Källa: KVR/Statistikportalen (2013). ....	28
Tabell 6. Antal barn per kvinna. ....	33
Tabell 7. Boendesituation innan anstalt (n=178). ....	33
Tabell 8. Högsta utbildningsnivå (n=178). ....	34
Tabell 9. Alkoholvanor utifrån den svenska AUDIT-manualens gränsvärden (n=167). ....	35
Tabell 10. Drogrelaterade problem utifrån den svenska DUDIT-manualens gränsvärden (n=165). ....	35
Tabell 11. Psykiatriska diagnoser enligt M.I.N.I. och SCID-II (n=178). ....	36
Tabell 12. Självrappporterat barndomstrauma enligt Life Stressor Checklist Revised (n=168). ....	37
Tabell 13. Personlighetsstörningar enligt DSM-IV utifrån självskattning med DIP-Q (n=147). ....	38
Tabell 14. AQ-RSV: självskattat normal, förhöjd eller markant förhöjd aggressivitet bland fängelsedömda kvinnor (n=136). ....	39
Tabell 15. Svartsfördelning utifrån AQ-RSV: självskattning av fysisk-/verbal aggressivitet, ilska, fiendtlighet samt total aggression bland fängelsedömda kvinnor. (n=136).....	39
Tabell 16. Estimerad IK för kvinnor i anstalt (n=134). ....	40
Tabell 17. Delskalorna fysisk funktion, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion och psykiskt välbefinnande från hälsoenkäten (medelvärde, standardavvikelse, n=148; Kvinnor svensk normalpopulation n= 4582). ....	41
Tabell 18. Hälsodimensionerna fysisk och psykisk hälsa från hälsoenkäten (n=148). ....	41
Tabell 19. Exempel på frågor ur PSS-friends med tillhörande svarsfrekvens.....	42
Tabell 20. Exempel på frågor ur PSS-family med tillhörande svarsfrekvens. ....	42
Tabell 21. Jämförelse av självskattad aggressivitet enligt AQ-RSV. ....	49
Tabell 22. Jämförande analys mellan kvinnor födda i Sverige och utlandet samt mellan kvinnor med utvisning eller ej i dom (n=178). ....	A-2
Tabell 23. Oddsquoter för alkoholmissbruk (risk/beroende) (n=51) vs ej alkoholmissbruk (n=116).....	A-3
Tabell 24. Oddsquoter för narkotikamissbruk (risk/beroende) (n=87) vs ej alkoholmissbruk (n=78).....	A-4
Tabell 25. Faktorer associerade med att vara dömd för våldsbrott (n=57) vs. ej i aktuell dom (n=121). ....	A-5

## APPENDIX A - Fördjupade analyser

---

För att beskriva materialet ytterligare följer här ett antal fördjupade analyser utifrån födelse-land, utvisning i dom, missbruk och våldsbrott i dom.

### A.1. Svenskfödda vs. utlandsfödda

Vid jämförelse mellan de kvinnor som var svenskfödda respektive utlandsfödda framkom signifikanta skillnader, se Tabell 22 nedan. En betydligt större andel av de kvinnor som var svenskfödda saknade ordnat boende (20% vs. 7%,  $\chi^2(1, n=178)=4,96, p<.05$ ), hade trafikbrott i aktuell dom (31% vs. 6%,  $\chi^2(1, n=178)=15,16, p<.01$ ), beroendediagnos av narkotika (40% vs. 16%,  $\chi^2(1, n=165)=9,22, p<.01$ ), och hade någon gång drabbats av ett psykotiskt syndrom (22% vs. 7%,  $\chi^2(1, n=178)=6,27, p<.05$ ). Svenskfödda kvinnor uppfyllde oftare kriterierna för antisocial personlighetsstörning (18% vs. 6%,  $\chi^2(1, n=178)=5,02, p<.05$ ). Däremot hade en mindre andel svenskfödda en intelligenskvot  $\leq 84$  (31% vs. 57%,  $\chi^2(1, n=134)=5,66, p<.05$ ). Det kan dock inte uteslutas att detta resultat berodde på språksvårigheter.



## A.2. Utvisning i dom vs. ej utvisning

Även vid jämförelse mellan de kvinnor som hade utvisning respektive inte utvisning i dom framkom skillnader, se Tabell 22 nedan. Inga kvinnor med utvisning i dom var dömda för trafikbrott (0 vs. 23%, Fisher's exact test  $p < .05$ ) eller hade haft något psykotiskt syndrom (0 vs. 17%, Fisher's exact test  $p < .05$ ). Betydligt färre av dem med utvisning i domen hade en beroendediagnos av narkotika (5% vs. 34%,  $\chi^2(1, n=165)=5,11, p < .05$ ). Däremot var kvinnor med utvisning i dom oftare dömda för alkohol/narkotikarelaterad brottslighet (84% vs. 55%,  $\chi^2(1, n=178)=4,91, p < .05$ ).

**Tabell 22. Jämförande analys mellan kvinnor födda i Sverige och utlandet samt mellan kvinnor med utvisning eller ej i dom (n=178).**

Variabel <sup>a</sup>	Född i Sverige antal (procent)		Utvisning i dom antal (procent)	
	Ja (n=105)	Nej (n=73)	Ja (n=19)	Nej (n=159)
Saknar ordnat boende	21 (20%)	5 (7%)*	1 (5%)	25 (16%)
Låg utbildningsnivå	56 (53%)	35 (48%)	10 (53%)	81 (51%)
IK≤84	32 (31%)	17 (57%)*	-	- <sup>b</sup>
Något barndomstrauma	64 (64%)	38 (56%)	11 (58%)	91 (61%)
I aktuell dom				
Våldsbrott	39 (37%)	18 (25%)	0 (0%)	57 (36%)**
Substansrelaterad brottslighet	61 (58%)	42 (58%)	16 (84%)	87 (55%)*
Tillgreppsbrott	23 (22%)	19 (26%)	3 (16%)	39 (25%)
Ekonomisk brottslighet	20 (19%)	14 (19%)	3 (16%)	31 (20%)
Trafikbrott	32 (31%)	4 (6%)**	0 (0%)	36 (23%)*
Övriga brott	17 (16%)	5 (7%)	1 (5%)	21 (13%)
Depression (pågående)	19 (18%)	20 (27%)	7 (37%)	32 (20%)
Psykotiskt syndrom (någonsin)	23 (22%)	5 (7%)**	0 (0%)	28 (17%)*
Narkotikaberoende (DUDIT)	39 (40%)	11 (16%)**	1 (5%)	49 (34%)*
Alkoholberoende (AUDIT)	18 (18%)	5 (8%)	0 (0%)	23 (16%)
Möjlig ADHD (ASRS-6)	40 (41%)	19 (37%)	3 (25%)	56 (41%)
Agorafobi	12 (11%)	9 (12%)	0 (0%)	21 (13%)
Förhöjd eller markant förhöjd aggressivitet	38 (41%)	16 (37%)	-	- <sup>b</sup>
Någon personlighetsstörning (DIP-Q)	20 (20%)	7 (15%)	-	- <sup>b</sup>
Antisocial personlighetsstörning (MINI)	19 (18%)	4 (6%)*	0 (0%)	23 (15%)
Borderline personlighetsstörning (SCID)	9 (9%)	3 (4%)	0 (0%)	12 (8%)
Hälsoenkät, fysisk hälsa under genomsnitt	24 (26%)	19 (36%)	3 (21%)	40 (30%)
Hälsoenkät, psykisk hälsa under genomsnitt	41 (43%)	25 (47%)	9 (64%)	57 (43%)

Fotnot: <sup>a</sup>) Endast psykiatriska diagnoser eller andra faktorer med förekomst på minst 10% undersöktes.

<sup>b</sup>) Data saknas pga att tolk ej använts och/eller översättning av instrument saknats.

\*\*\*  $p < .01$  \*\*  $p < .05$  \*  $p < .10$

### A.3. Alkoholmissbruk vs. ej alkoholmissbruk.

Vid fördjupad analys av de kvinnor som hade ett missbruk av alkohol (riskbruk eller beroende) kontra de som inte hade det återfanns en signifikant samvariation mellan de kvinnor som hade alkoholrelaterade problem och våldsbrott i aktuell dom (OR 4,3), suicidrisk (OR 1,9), psykotiska syndrom (OR 2,7), borderline personlighetsstörning (OR 8,1) samt aggressivitet (OR 2,4). För att även fånga eventuella tendenser sattes, som tidigare nämnts, signifikansnivån till .10.

För att pröva vilken betydelse dessa variabler hade i förhållande till varandra genomfördes regressionsanalys med kontroll för samtliga variabler som på en  $\leq 0,10$  signifikansnivå samvarierade med alkoholmissbruk. Resultaten visar att kvinnor med ett riskbruk/beroende av alkohol har en ökad risk att ha en förhöjd eller markant förhöjd aggressivitet (OR 2,1), borderline personlighetsstörning (OR 5,4) och/eller har våldsbrott i aktuell dom (OR 3,1), se Tabell 23 nedan.

**Tabell 23. Oddskvoter för alkoholmissbruk (risk/beroende) (n=51) vs ej alkoholmissbruk (n=116).**

	risk/beroende Oddskvot (CI)	Antal	Model (0,10, n=135) Oddskvot (CI)
Ålder	1,0 (1,0-1,0)	178	—
Ej ordnat boende	1,4 (0,6-3,6)	178	—
Låg utbildningsnivå	1,3 (0,7-2,5)	178	—
Barndomstrauma	1,5 (0,7-2,9)	158	—
Alk./nark. brottslighet i aktuell dom	0,8 (0,4-1,6)	178	—
Våldsbrott i aktuell dom	4,3 (2,1-8,8)***	178	3,10 (1,40-6,80)***
IQ $\leq$ 84	1,5 (0,7-3,2)	134	—
Depression (pågående)	0,8 (0,4-1,9)	178	—
Suicidrisk (låg, medel, hög)	1,9 (1,0-3,8)*	178	1,10 (0,50-2,70)
PTSD (pågående)	0,6 (0,1-3,2)	178	—
Psykotiska syndrom (någonsin)	2,7 (1,2-6,4)**	178	1,00 (0,30-3,10)
Agorafobi	1,6 (0,6-4,2)	178	—
Borderline personlighetsstörning	8,1 (2,1-31,3)***	178	5,40 (0,90-33,80)*
Antisocial personlighetsstörning	2,1 (0,9-5,3)	178	—
ADHD-symtom	1,3 (0,6-2,6)	150	—
Aggressivitet (förhöjd eller markant förhöjd)	2,4 (1,2-5,0)**	136	2,10 (1,00-4,80)*

\*\*\*  $p \leq 0,01$  \*\*  $p \leq 0,05$  \*  $p \leq 0,10$

#### A.4. Narkotikamissbruk vs ej narkotikamissbruk.

En signifikant samvariation återfanns också mellan de kvinnor som hade narkotikarelaterade problem (riskbruk eller beroende) och ålder (OR 1,0), ej ordnat boende (OR 3,8), låg utbildningsnivå (OR 2,3), barndomstrauma (OR 4,1), alkohol/narkotikarelaterad brottslighet (OR 5,4), suicidrisk (OR 1,9), psykotiska syndrom (OR 13,7), agorafobi (OR 3,0), borderline personlighetsstörning (OR 4,4), antisocial personlighetsstörning (OR 24,5), ADHD-symptom (OR 4,2) och aggressivitet (OR 4,4), se Tabell 24 nedan.

För att pröva vilken betydelse dessa variabler hade i förhållande till varandra genomfördes även här en regressionsanalys med kontroll för samtliga variabler som på en  $\leq 0,10$  signifikansnivå samvarierade med de kvinnor som hade narkotikarelaterade problem.

Kvinnor med ett riskbruk/beroende av narkotika har en ökad risk att ha varit utsatt förr trauma (OR 4,9), ha en alkohol-/narkotikarelaterad dom (OR 12,87), antisocial personlighetsstörning (OR 20,5) och/eller haft psykotiska syndrom någonsin (OR 14,2), se Tabell 24 nedan.

**Tabell 24. Oddskvoter för narkotikamissbruk (risk/beroende) (n=87) vs ej alkoholmissbruk (n=78).**

	risk/beroende Oddskvot (CI)	Antal	Model (0,10, n=130) Oddskvot (CI)
Ålder	1,0 (1,0-1,0)*	178	1,0 (1,0-1,1)
Ej ordnat boende	3,8 (1,3-10,8)**	178	3,5 (0,6-19,0)
Låg utbildningsnivå	2,3 (1,2-4,2)**	178	2,1 (0,7-6,7)
Barndomstrauma	4,1 (2,1-7,9)***	158	4,9 (1,5-15,7)***
Alk/nark brott i aktuell dom	5,4 (2,7-10,5)***	178	12,9 (3,9-42,7)***
Våldsbrott i aktuell dom	0,7 (0,4-1,4)	178	—
IQ $\leq$ 84	0,9 (0,4-2,0)	134	—
Depression (pågående)	1,2 (0,6-2,4)	178	—
Suicidrisk (låg, medel, hög)	1,9 (1,0-3,7)*	178	1,2 (0,3-3,9)
PTSD (pågående)	1,1 (0,3-4,4)	178	—
Psykotiska syndrom (någonsin)	13,7 (3,1-60,2)***	178	14,2 (1,5-139,9)**
Agorafobi	3,0 (1,1-8,8)**	178	1,3 (0,3-6,4)
Borderline personlighetsstörning	4,4 (0,9-21,0)*	178	6,0 (0,3-126,2)
Antisocial personlighetsstörning	24,5 (3,2-187,1)***	178	20,5 (1,6-263,4)**
ADHD-symtom	4,2 (2,0-8,8)***	150	1,5 (0,5-5,1)
Aggressivitet (förhöjd/markant förhöjd)	4,4 (2,0-9,6)***	136	1,9 (0,6-6,6)

\*\*\*  $p \leq 0,01$  \*\*  $p \leq 0,05$  \*  $p \leq 0,10$

## A.5. Våldsbrott vs. ej våldsbrott

En jämförelse mellan kvinnor med våldsbrott i dom respektive utan våldsbrott i dom visar en ökad sannolikhet för våldsbrottsdömda kvinnor att ha en alkoholrelaterad beroendediagnos (OR 3,6), pågående depression (OR 2,2), ett psykotiskt syndrom (OR 2,1), antisocial personlighetsstörning (OR 2,2) samt borderline personlighetsstörning (OR 4,8). Sannolikheten att i aktuell dom vara dömd för trafikbrott (OR 0,4), ekonomisk brottslighet eller alkohol- och narkotikarelaterad brottslighet var reducerad, se Tabell 25.

En multivariat regressionsanalys visar att endast den reducerade risken att i aktuell dom vara dömd för ekonomisk brottslighet (OR 0,1), alkohol- och narkotikarelaterad brottslighet (OR 0,0) samt den ökade sannolikheten att ha en alkoholrelaterad beroendediagnos (OR 4,2) kvarstod som oberoende riskfaktorer för en våldsbrottsdom. Vid justerad analys utan ”annan brottslighet” kvarstod den ökande sannolikheten att ha en alkoholrelaterad beroendediagnos (OR 3,3) men även risken att ha en eller Borderlinepersonlighetsstörning var signifikant förhöjd (OR 3,3), se Tabell 25.

**Tabell 25. Faktorer associerade med att vara dömd för våldsbrott (n=57) vs. ej i aktuell dom (n=121).**

Variabel	Univariat association Oddsquot (95% KI)	Antal	Multivariat association (0,10, n=167) Oddsquot (95% KI)
Ålder	1,0 (1,0-1,0)*	178	1,0 (0,9-1,0)
Ej ordnat boende	1,2 (0,5-2,8)	178	—
Låg utbildningsnivå	1,0 (0,5-1,9)	178	—
IQ≤84	1,0 (0,5-2,0)	134	—
Ekonomisk brottslighet i aktuell dom	0,2 (0,1-0,7)***	178	0,1 (0,0-0,3)***
Alkohol-/narkotikarelateradrelaterad brottslighet i aktuell dom	0,1 (0,1-0,2)***	178	0,0 (0,0-0,1)***
Tillgreppsbrott i aktuell dom	0,8 (0,4-1,7)	178	—
Trafikbrott i aktuell dom	0,4 (0,2-1,1)*	178	0,8 (0,2-3,3)
Övriga brott i aktuell dom	1,6 (0,6-3,9)	178	—
Beroendediagnos narkotika (DUDIT)	1,4 (0,7-2,8)	165	—
Beroendediagnos alkohol (AUDIT)	3,6 (1,5-9,0)***	167	4,2 (1,0-18,1)*
<i>Justerat<sup>a)</sup></i>	—	—	3,3 (1,3-8,4)**
ADHD-symtom	0,6 (0,3-1,2)	150	—
Barndomstrauma	1,7 (0,9-3,4)	158	—
Pågående depression	2,2 (1,1-4,6)**	178	1,6 (0,5-4,9)
<i>Justerat<sup>a)</sup></i>	—	—	1,5(0,7-3,5)
Förhöjd eller markant förhöjd aggressivitet	1,4 (0,7-2,8)	136	—
Psykotiska syndrom (någonsin)	2,1 (0,9-4,8)*	178	2,1 (0,5-8,5)
<i>Justerat<sup>a)</sup></i>	—	—	1,1(0,4-3,0)
Agorafobi	0,6 (0,2-1,8)	178	—
Hälsoenkät- fysisk hälsa (under genomsnitt)	0,6 (0,3-1,3)	146	—
Hälsoenkät- psykisk hälsa (under genomsnitt)	1,3 (0,7-2,6)	148	—
Antisocial personlighetsstörning (MINI)	2,2 (0,9-5,3)*	178	1,6 (0,4-6,3)
<i>Justerat<sup>a)</sup></i>	—	—	1,3(0,5-3,6)
Borderline personlighetsstörning (SCID)	4,8 (1,4-16,6)**	178	2,5 (0,4-18,0)
<i>Justerat<sup>a)</sup></i>	—	—	3,3(0,8-13,8)*





Kriminalvården

---

[www.kriminalvarden.se](http://www.kriminalvarden.se)  
601 80 Norrköping  
Telefon 077-22 80 800  
Fax 011-496 36 40