

Tidigt debuterande beteendestörning: förekomst och betydelse bland vålds- och sexualbrottsdömda

**Tidigt debuterande beteendestörning:
förekomst och betydelse bland vålds- och
sexualbrottsdömda**

Projektnummer: 2009-115

Eva Billstedt, Björn Hofvander

Layout: Jenny Botvidsson Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2013
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvården, 601 80 Norrköping
Beställningsnr: 6093
ISBN: 978-91-86903-10-7
Hemsida: www.kriminalvarden.se/publikationer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	6
INTRODUKTION.....	7
FRÅGESTÄLLNINGAR OCH SYFTEN.....	8
METOD	9
UNDERSÖKNINGSPERSONER.....	9
PROCEDURER.....	9
METODER	10
STATISTISKA METODER	11
RESULTAT	12
BORTFALL	12
DEMOGRAFISK BAKGRUND OCH UPPVÄXTFÖRHÅLLANDEN.....	12
SKOLBAKGRUND OCH ARBETE	13
TIDIGARE KRIMINALITET.....	13
AKTUELLA BROTT.....	14
KLINISKA STÖRNINGAR - LIVSTIDSFÖREKOMST.....	16
MISSBRUK.....	17
NEUROUTVECKLINGSRELATERADE FUNKTIONSHINDER	18
BEGÄVNING.....	20
PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR	20
DISKUSSION	21
KRIMINLAVÅRDSRELEVANS.....	22
REFERENSER.....	23

SAMMANFATTNING

Den övergripande målsättningen med studien var att beskriva förekomsten av psykiatrisk problematik och därmed sammanhängande stöd- och behandlingsbehov hos unga vuxna förövare av vålds- och sexualbrott. Ett delsyfte var att analysera hur psykiatriska, neurokognitiva, sociala och kriminella problembilder skiljer sig mellan undersökningsspersoner med tidig respektive sen debut i aggressivt och antisocialt beteende. Vi har även önskat undersöka hur personer dömda för sexualbrott skiljer sig från de dömda för andra våldsbrott. Studiegruppen har bestått av 270 unga män (18 – 25 år, medelålder 22 år, 4 mån) dömda för vålds- eller sexualbrott och som avtjänar sina straff på en av sju anstalter inom Kriminalvårdens Region Väst. Bortfallet i studien uppgick till 29 % av de möjliga klienterna. Resultatet från studien visade att psykosociala belastningsfaktorer var vanligt förekommande i hela gruppen. Majoriteten var dömd tidigare och debutåldern för brott var oftast lägre i den tidigt debuterande gruppen. Dessa var också oftare tidigare dömda, var dömda vid fler tillfällen och hade begått brott i fler brottskategorier än de med sen debut. En majoritet av deltagarna uppfyllde kriterierna för en eller flera kliniska psykiatriska tillstånd under livsloppet. Ungefär hälften rapporterade förekomst av såväl depressiva som ångestrelaterade tillstånd under deras liv. En femtedel led dessutom av en depression under tiden för undersökningen. Mindre grupper hade allvarliga psykiatriska tillstånd som psykotiska syndrom eller posttraumatiskt stressyndrom i anamnesen. En betydande minoritet uppfyllde kriterierna för spelmani. Den psykiatriska samsjukligheten var stor. Samtliga stora psykiatriska diagnoskategorier (förstämning, ångest och psykos) var överrepresenterade bland deltagarna med tidigt debuterande aggressiv antisocialitet. Däremot framkom inga skillnader mellan de sexualbrottsdömda och de våldsbrottsdömda förutom en högre andel av sexuella avvikelser i gruppen sexualbrottsdömda. Sextiotre procent av den totala gruppen bedömdes uppfylla kriterierna för AD/HD som barn. I vuxen ålder uppfyllde 43 % kriterierna för AD/HD och majoriteten av dessa var av kombinerad typ (uppmärksamhets och hyperaktivitet/impulsivitet). Bland de med tidig debut var AD/HD ännu vanligare, både i barndom och aktuellt, men vi fann inga sådana övergripande skillnader mellan de sexualbrottsdömda och de våldsbrottsdömda. Autismspektrumtillstånd förekom hos 10 % av den totala gruppen och här fann vi inga skillnader mellan subgrupperna. En undergrupp hade kroniska tics och Tourettes syndrom var överrepresenterat hos de med tidig debuterande uppförandestörning. Inlärningshinder, både självrapporterade men också konstaterade med psykologtest, uppmärksammades i betydande undergrupper. Här fann vi inga skillnader mellan subgrupperna.

INTRODUKTION

Våld är en av de främsta orsakerna till för tidig död världen över med långtgående konsekvenser för samhället på alla nivåer (t ex Krug et al., 2002). Tillämpningen av psykiatrisk kunskap för att förklara, förutse och förebygga brott, har tills nyligen fokuserat på personbrott begångna av psykotiska förövare. Detta fokus utmanas nu av forskning som visar på den stora betydelsen av tidigt debuterande aggressiva och antisociala beteendestörningar eller Uppförandestörning (Conduct disorder/CD) med debut i barndomen (något symtom före 10 års ålder) som föregångare till det spektrum av psykiatriska tillstånd som är associerat med kronisk kriminalitet i vuxenlivet eller Antisocial personlighetsstörning (Kim-Cohen et al., 2003; Moffitt et al., 2002; Anckarsäter et al., 2006).

Överaktivitet och ouppmärksamhet i barndomen (AD/HD), autismspektrumtillstånd (AST, nedsatt förmåga till socialt samspel, kommunikation och flexibilitet), tics, motoriska- och/eller perceptuella problem, och inlärningshinder kan med ett gemensamt begrepp betecknas som neuro-utvecklingsrelaterade störningar eller funktionshinder. AD/HD har visat sig vara tydligt kopplat till såväl normbrytande och aggressivt beteende i barn- och ungdomsåren (uppförandestörning) som med psykisk ohälsa och psykosocial problematik senare under livsloppet (Biederman et al 2006; Hofvander et al, 2009). AD/HD och andra neuroutvecklingsrelaterade störningar finns hos så gott som alla barn med barndomsdebuterande CD, medan aggressivt antisocialt beteende som debuterar postpubertalt tycks ha sin bakgrund i olika psykologiska och sociala förhållanden (t ex Lahey et al., 1997). För de övriga neuroutvecklingsrelaterade störningarna är kunskapen om kopplingen till CD och kriminalitetsutveckling mer begränsad. Barn med tidig CD förefaller emellertid ha mer socio-kommunikativa svårigheter och autistiska drag än andra barn (Donno et al., 2010; Geluk et al., 2012; Oliver et al., 2011) och ett antal tvärsnittsundersökningar har påvisat samband mellan AST och kriminalitet bland unga inom institutionsvård och vuxna som vårdas inom rättspsykiatri (Anckarsäter et al., 2008; Siponmaa et al., 2001; Ståhlberg et al., 2010). Kopplingen mellan antisocialt beteende och tics har också föreslagits (Robertsson 2012), liksom till AD/HD med kombinerad motorik och/eller perceptuella störningar (DAMP, Gillberg & Rasmussen, 2000).

Kunskapen om hur neuroutvecklingsrelaterade problem formar vuxendebuterande psykiatriska problembilder och kriminella beteendemönster är alltså mycket ofullständig. Flera tvärsnittsundersökningar har försökt fastställa förekomsten av dessa funktionshinder i vuxna allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska patientgrupper (Nylander et al, 2009; Soderstrom et al, 2004). Studier som undersöker dessa frågeställningar bland personer dömda till fängelse är få och ännu färre har specifikt undersökt personer dömda för interpersonella brott (vålds- och sexualbrott). Vad gäller AST finns det idag inga prevalensstudier gjorda på fängelsedömda. Majoriten av tidigare fängelsestudier har byggt på självrapportering eller screening före klinisk undersökning eller har inte kontrollerat för förekomsten av andra psykiatriska tillstånd (Ginsberg et al., 2010; Konstenius et al., 2012; Rasmussen et al., 2001). Få studier har genomfört en fullständig klinisk psykiatrisk och neuropsykologisk undersökning av en hel population och kunskapen om tillämpbarheten av traditionella diagnostiska metoder i denna grupp är alltså begränsad.

Forskning kring psykiatrisk problematik hos kriminella grupper har hitintills främst fokuserat på antingen ungdomsgrupper eller vuxna förövare. De studier som gjorts av unga förövare har funnit att deras stöd- och behandlingsbehov ofta inte tillgodoses inom det rättsliga systemet (Bailey & Tarbuck, 2006) och att en betydande undergrupp vårdats ineliggande för psykiatriska problem vid minst ett tillfälle innan 32 års ålder (Timmonen et al. 2000). Vidare finns det en kunskapsbrist om stöd- och behandlingsbehov hos förövare av interpersonella brott så som vålds- och sexualbrott samt om förövare med neuroutvecklingsrelaterade störningar. Vi har tidigare kartlagt behovet av psykiatriskt stöd hos institutionaliserade ungdomar, vilka visat att mer än hälften av de undersökta var i behov av psykiatrisk behandling för ADHD, depression eller ångeststörningar (exklusive missbruksproblematik eller uppförandestörning) och att mellan 20-25% uppfyller de kriterier (AST, psykotiska tillstånd och/eller utvecklingsstörningar) som är uppställda för att få hjälp inom ramen för Lag om Stöd och Service för vissa funktionshindrade (LSS) (Anckarsäter et al, 2007, Ståhlberg et al, 2010).

FRÅGESTÄLLNINGAR OCH SYFTEN

Projektet baserar sig på antagandet att psykiatriska och psykologiska problem, missbruk och mönster av kriminellt beteende i vuxen ålder skiljer sig mellan personer som har haft tidigt debuterande beteendestörning (tidig CD) och personer som istället utvecklat ett aggressivt och antisocialt beteende senare i livet (Moffitt, 1993; Moffitt & Caspi, 2001).

Projektet har två syften. Först vill vi beskriva förekomsten av psykiatrisk problematik (inklusive neuroutvecklingsrelaterade funktionshinder) och därmed sammanhängande stöd- och behandlingsbehov hos unga vuxna förövare av vålds- och sexualbrott. Sedan kommer vi att analysera hur psykiatriska, neurokognitiva, sociala och kriminella problembilder skiljer sig mellan undersökningspersoner med tidig respektive sen debut i aggressivt och antisocialt beteende.

Aktuella specifika frågeställningar är:

1. Hur vanliga är neuroutvecklingsrelaterade störningar och andra psykiatriska störningar hos unga vuxna vålds- och sexualförbrytare och hur samvarierar dessa, samt vilka stöd- och behandlingsbehov kan identifieras?
2. Uppvisar unga vuxna förövare av vålds- och sexualbrott som haft tidigt debuterande beteendestörningar ökad förekomst av neuroutvecklingsrelaterade störningar, andra psykiatriska problem, sämre kognitiva förmågor, sämre psykosocial anpassning och mer kriminell belastning i vuxen ålder jämfört med personer med sen debut av aggressiv antisocialitet?

METOD

Undersökningsspersoner

Samtliga unga vuxna (18-25 år) vålds- och sexualbrottsdömda män inom Kriminalvårdens anstalter i Region Väst har erbjudits delta i någon av projektets delstudier. Grundstudien, som innebar en klinisk undersökning på anstalten och som var en förutsättning för de övriga delstudierna, en anhörigintervju, där en anhörig, efter tillstånd från klienten, telefonintervjuades, en genetisk tilläggsstudie, där klienten fick lämna ett salivprov för DNA-extraktion samt en registerbaserad uppföljningsstudie, där klienten godkände att projektledningen följer upp honom genom svenska myndigheters register. I den ursprungliga forskningsplanen var ett syfte att även telefonintervjua ett biologiskt helsyskon till klienten för att möjliggöra jämförelser mellan klient och syskon men p.g.a. betydande svårigheter att dels få tillstånd av klienten att kontakta syskon, dels få syskon till klienten att vilja medverka lyfte vi ut detta moment efter sex månader då vi endast fått till stånd en handfull syskonintervjuer. För de undersökningsspersoner där anhörigintervjuer inte kommit till stånd har övriga moment i studien ändå fullföljts.

Exklusionskriterier för deltagande i studien har varit bristande kunskaper i svenska språket i sådan utsträckning att tolk krävts för att kunna fullfölja de ingående momenten. En grundförutsättning har också varit att klienten vistats tillräckligt länge på anstalten för att möjliggöra information om projektet, samtycke samt undersökning, vilket i praktiken utesluter klienter som vistats mindre än en månad på anstalten. För dem som uppfyllt inklusionskriterierna men avböjt medverkan i studien har, utan koppling till några personuppgifter, noterats brottstyp, ålder, kön och eventuellt pågående psykiatrisk behandling eller uppenbara behandlingsbehov för att medge en karakteristik av bortfallet i studien.

Procedurer

Projektet har letts och koordinerats från forskargruppen Rättspsykiatri vid Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet och Lunds Universitet, som är kopplad till Kriminalvårdens utvecklingsenhet och Region Väst. Efter en noggrann presentation av studien inför regionledning och ansvariga på de aktuella anstalterna gjordes en överenskommelse att kriminalvårdschef på respektive enhet utsåg en eller flera "siteansvariga" på sin enhet. Siteansvariga har agerat som praktiska samordnare för studien. De har fått en inledande utbildning samt under en heldag per termin samlats i grupp med övriga siteansvariga och projektledning och då fått kontinuerlig information om projektet. Dessa siteansvariga har varit ovärderliga för genomförandet av projektet.

Proceduren för rekrytering av deltagare samt genomförande av datainsamling har varit följande:

1. Siteansvarig kontrollerade aktuell beläggning mot inklusions-/exklusionskriterier och informerade de klienter som uppfyllde inklusionskriterierna om möjligheten att delta i projektet både skriftligen och muntligt. Därefter inhämtades informerat samtycke från de klienter som önskade delta.
2. Siteansvarig informerade projektkoordinator i forskargruppen om klienter som önskade delta i studien.
3. Koordinator gav kliniker undersökningssuppdrag.
4. Kliniker bokade tid för undersökning med siteansvarig.
5. Siteansvarig bokade in klient och lokal samt lämnade ut protokoll med självskattning-formulär som klienten fyllde i inför undersökningen.
6. Undersökningen, ca 6 timmar inklusive pauser, utfördes. Självskattningsformulär samlades in och kompletterades i den mån det behövdes. Salivprov samlades in i samband med undersökning.
7. Siteansvarig tillsåg att deltagaren erhöll ersättning för deltagande i studien.
8. Klinikern gjorde tillsammans med projektledning en klinisk slutbedömning av Grundsstudie-protokollet.

Alla deltagare som har gett informerat samtycke har genomgått kliniska undersökningar enligt ett strukturerat utredningsprotokoll. Samtliga kliniska undersökningar har genomförts av legitimerade psykologer med särskild utbildning för ingående moment. Telefonintervjuer har genomförts med

hjälp av en leg psykolog samt en socionom som båda har varit ”blinda“ i förhållande till vad som framkommit om klienten i övrigt. De metoder som använts i telefonintervjuerna har validerats och prövats för att administreras på detta sätt.

Metoder

Klinisk diagnostisk bedömning

I den kliniska intervjun har en kartläggning av undersökningspersonens psykosociala bakgrund (däribland familjebakgrund, uppväxtförhållanden, tidigare kriminalitet, missbruk, institutions-placeringar och psykiatriska kontakter) gjorts enligt ett strukturerat protokoll. En basal neurologisk undersökning och strukturerad neuropsykiatrisk status har också gjorts enligt protokoll. Deltagarna har intervjuats om förekomst av psykiatriska, medicinska och kriminalitetsrelaterade problemställningar i deras familjer, tre generationer bakåt. Som beslutsstöd för ställandet av psykiatriska diagnoser och dimensionellt mått på psykisk ohälsa i ett livstidsperspektiv har de validerade intervjuerna SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders) och SCID-II (the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders) använts och i tillägg ett strukturerat protokoll för övriga psykiatriska diagnostiska kategorier enligt DSM-IV. För bedömning av autismsymtom har instrumentet ASDI (The Asperger Syndrome/high functioning autism Diagnostic Interview) använts vilket är en kombinerad intervju och observationsinstrument. Deltagarna har också fått besvara frågor om avvikande reaktioner på perceptuella stimuli, vilket är vanligt förekommande vid AST. Vidare har klinikern gjort en bedömning av livstidsförekomsten av aggressiva, självdestruktiva och antisociala beteenden (Life History of Aggression), psykopatiska drag (Psychopathy Checklist-Revised) samt motivet bakom brottet.

Neuropsykologisk undersökning

Generell begåvningsnivå har bedömts med de deltest i Wechsler Adult Intelligence Scales-III (WAIS-III) som tillhandhåller det sammanfattande begåvningsmättet General Ability Index (GAI). För bedömning av uppmärksamhet, minne och exekutiva funktioner har det datoriserat testbatteriet Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) använts.

Föräldrintervjuer

Telefonintervjuer med en förälder eller annan person som känt undersökningspersonen i barndomen har innehållit en strukturerad familjehistoria, medicinsk anamnes för undersökningspersonen samt screening av neuroutvecklingsrelaterade störningar hos undersökningsdeltagaren med den strukturerade och validerade telefonintervjun A-TAC (The Autism – Tics, ADHD and other Comorbidities Inventory).

Insamling av genetiskt material

DNA-prov via salivprov har samlats i biobanken ”Regionalt biobankscentrum södra sjukvårdsregionen” i region Skåne. Dessa prov kommer att analyseras i samarbete med genetiker i Sverige och Frankrike inom vetenskapliga samarbeten som redan finns med forskargruppen.

Fördjupad autismutredning

För deltagare med misstanke om autismspektrumstörning har, i de fall det varit praktiskt genomförbart, föräldrar intervjuats avseende autismsymtom m h a den svenska översättningen av Diagnostic Interview for Social and COmmunication disorders (DISCO) eller att en i projektledargruppen besökt undersökningsdeltagaren och då gjort en bedömning av deltagarens kommunikation och sociala interaktionsmönster med hjälp av Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

Självskattningsformulär

Deltagarna har några dagar innan undersökningdagen tilldelats ett svarshäfte innehållande flera självskattningsformulär som de ombetts besvara och lämna över till projektets kliniker på undersökningdagen. Följande instrument har ingått: The Temperament and Character Inventory (TCI), Wender Utah Rating Scale (WURS), The Neuropsych Questionnaire (NPQ), The Aggression Questionnaire (AQ), The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), The Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) och Gudjonsson Blame Attribution Inventory (BAI). Data från dessa frågeformulär kommer att analyseras under 2013.

Statistiska metoder

Statistiska analyser har genomförts med hjälp av mjukvaran SPSS 20.0. För att belysa det deskriptiva första syftet redovisas beskrivande mått (antal, andel, median, medelvärde och spridningsmått) för varje aktuell variabel. För att redovisa det andra syftet, där projektet har en fall-kontroll design och fallen utgörs av de deltagare som uppvisar en tidigt debuterande beteendestörning och kontroller blir de undersökningspersoner som först senare i livet uppvisar ett aggressivt antisocialt beteende, har vi använt icke-parametriska testmetoder, såsom Chitvå- (Fisher´s Exact test för små grupper), Wilcoxon Signed Rank test samt Mann-Whitney test.

RESULTAT

Bortfall

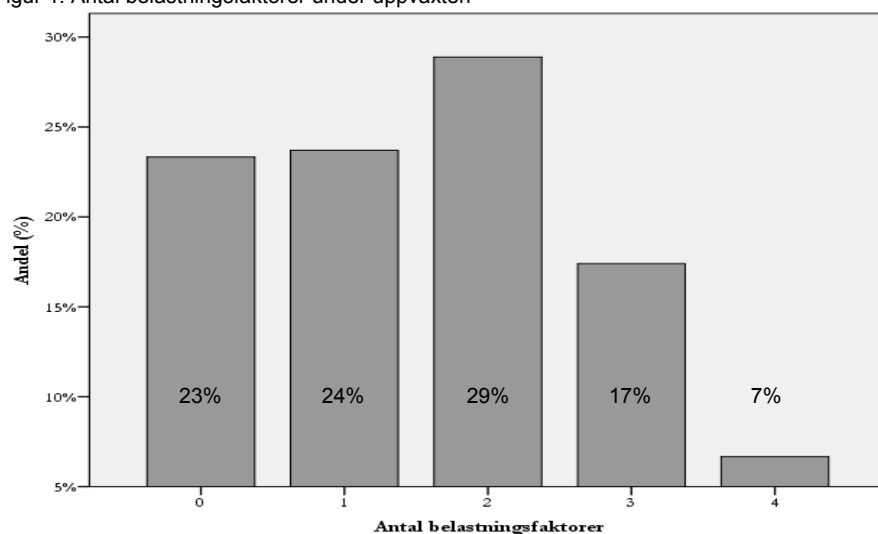
Den totala populationen 18-25 åriga män, dömda för vålds- eller sexualbrott och som avtjänade sitt fängelsestraff på någon av anstalterna i Region Väst under den avsedda perioden var 421. Av dessa har 23 exkluderats pga. alltför bristfälliga kunskaper i svenska språket och 19 för att de förflyttats innan undersökningen gått att genomföra. Vidare har 109 avböjt/avbrutit deltagande vilket innebär att studiegruppen består av 270 undersökningsdeltagare, motsvarande ett bortfall på 29 % (av 379 möjliga). Av gruppen som exkluderats pga. av språk var 12 (52 %) dömda för sexualbrott och resterande 11 (48 %) för våldsbrott. Av de som avböjt/avbrutit deltagande var 16 (14 %) dömda för sexualbrott och 94 (86 %) dömda för våldsbrott. Medelålder för gruppen som avböjt deltagande var 22 år 3 månader (median 23 år, spridning 19-25 år). För de som exkluderats p g a språksvårigheter var medelåldern 23 år och 0 mån (medianålder 23 år, spridning 19-25 år)

Demografisk bakgrund och uppväxtförhållanden

Åldersspridningen i gruppen är 18 år 7 mån till 25 år och 11 månader (medelålder 22 år 4 mån, medianålder 22 år 1 mån). Av undersökningsdeltagarna är 74 (27 %) födda utrikes. I den totala gruppen rapporterar 114 (43 %) undersökningsdeltagare ha föräldrar som båda är födda utrikes och ytterligare 54 (20 %) har en förälder som är född utrikes. Fyra deltagare (2 %) uppgav att de var adopterade.

Som framgår av Figur 1 har en tydlig majoritet av klienterna en eller flera belastande faktorer i sin uppväxt. Tre fjärdedelar (77 %) har antingen blivit vittne till upprepat våld mot en vårdnadshavare i hemmet, själv blivit slagen vid upprepade tillfällen, haft alkohol och/eller drogmissbrukande föräldrar eller skiljts från sin ursprungsfamilj och bott i familjehem eller på institution före 18 års ålder. Således har en knapp femtedel (n=50, 19 %) vuxit upp med båda föräldrar och utan någon boendeplacering utanför hemmet innan 18 års ålder. Antalet deltagare som varit familjehemsplacerade under uppväxten är 70 (26 %) och antalet som någon gång under uppväxten varit placerade på institution är 104 (39 %). Sammantaget hade 46 % (n=123) varit antingen familjehemsplacerade eller institutionsplacerade någon gång under uppväxten. Femtio (20 %) deltagare rapporterar att föräldrar varit delvis bidragsberoende, 39 (15 %) att föräldrar varit huvudsakligen bidragsberoende och 167 (64 %) rapporterar inget bidragsberoende under uppväxten. Alkohol- och/eller drogmissbruk hos minst 1 förälder under uppväxten rapporterar 109 (41 %) deltagare. Våld i hemmet riktat mot någon förälder rapporterar 89 (33 %) har förekommit och 110 (41 %) deltagare uppges sig ha blivit utsatt för våld vid upprepade tillfällen av någon vuxen i hemmiljön. Elva (4 %) uppges att de blivit sexuellt utnyttjade under uppväxten.

Figur 1. Antal belastningsfaktorer under uppväxten



Skolbakgrund och arbete

Majoriteten, 203 (76 %) har avslutat grundskolan i förväntad ålder men endast 60 (22 %) har avslutat en gymnasieutbildning. Sju (3 %) har gått i särskola. Skolkning rapporterar 240 (90 %), 67 (25 %) uppger att de har blivit mobbade och 122 (46 %) har mobbat andra. Någon form av stödinsats i skolan har 202 (75 %) deltagare fått. Vid tid för häktning var 165 (62 %) deltagare arbetslösa.

I fråga om kontakt med vård- och stödinsatser rapporterar ett fåtal (n=5, 2 %) att de haft kontakt med habilitering. Däremot har 107 (40 %) av deltagarna uppgett att de haft kontakt med BUP under uppväxten, 107 (40 %) berättar att de varit placerad på SIS-institution och 60 klienter (23 %) har både fått vård inom BUP och SiS. Bland deltagarna har 86 (32 %) tidigare haft kontakt med vuxenpsykiatri och 27 (20 %) klienter har tidigare erhållit rättspsykiatrisk vård.

Tidigare kriminalitet

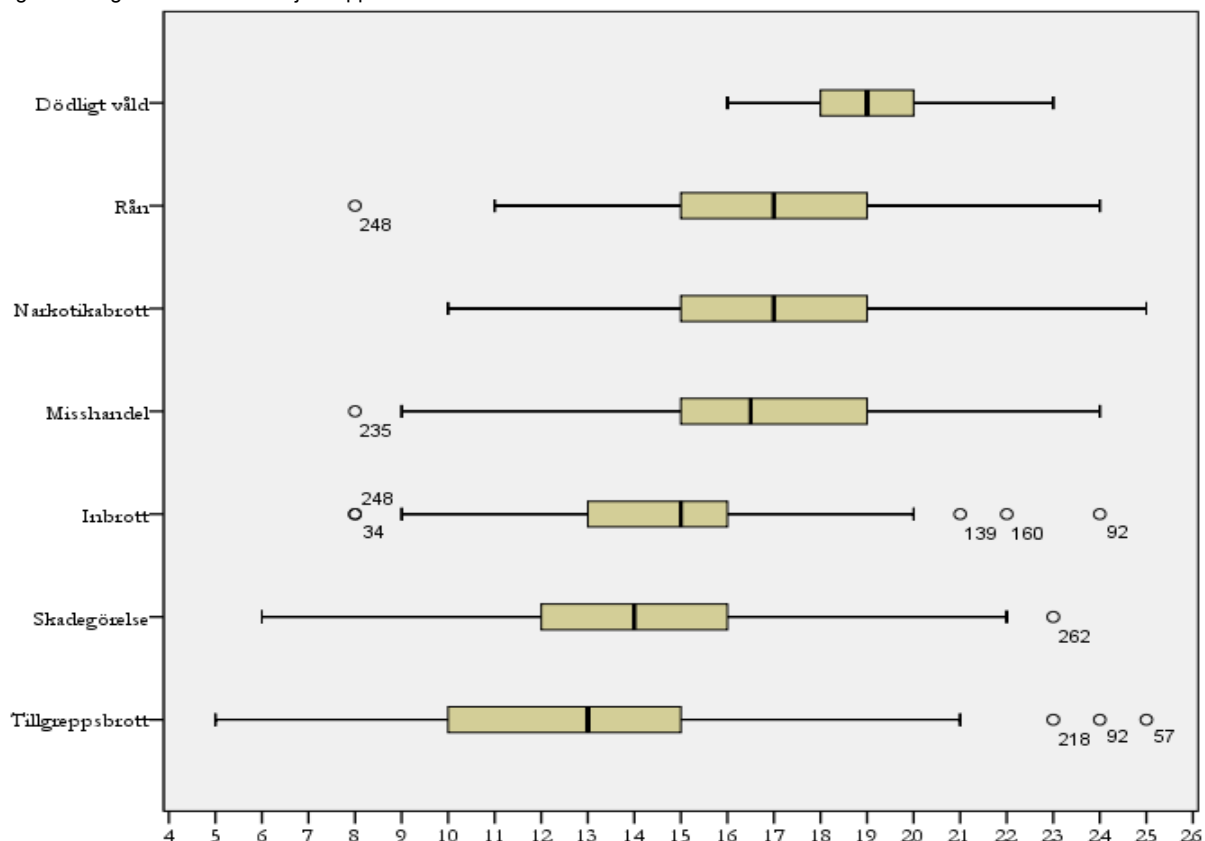
Här har vi valt att fråga deltagaren vilka typer av brott han begått tidigare och inte vilka brott han är dömd för eftersom såväl tidigare forskning (t ex Langenbucher & Merrill, 2001) som vår egen erfarenhet säger oss att det ofta finns en oklarhet i vilka brott som man faktiskt är dömd för. Vi inte har haft tillgång till utdrag från brottsregistret.

Majoriteten av deltagarna är tidigare dömda (n=231, 86 %) och 37 % (n=96) har tidigare avtjänat minst ett fängelsestraff. Självrapporterad brottslighet före aktuell dom ser ut som följer: mord/dråp 15 (6 %), mordbrand 35 (13 %), olaga hot 163 (61 %), sexualbrott 31 (12 %), tillgreppsbrott 217 (81 %), inbrott 169 (64 %), skadegörelse 169 (64 %), rån 160 (60 %), bedrägeri 69 (26 %), rattfylleri 107 (40 %), olovlig körning 161 (60 %) och narkotikabrott 198 (174 %). Ungefär en tredjedel (34 %, n=92) uppger att de utfört sina våldsbrott som ensamma gärningsmän, 25 % (n=66) att de utfört dem i grupp och 40 % (n=106) att de begått våldsbrott både i grupp och ensamma. Vad gäller organiserad våldsbrottslighet uppger 12 % (n=33) att de varit involverade i detta. Nittioåtta (38 %) deltagare rapporterar att de huvudsakligen begått sina våldsbrott under inverkan av droger och substanser.

Vad gäller gruppskillnader fann vi att de med tidig CD oftare var tidigare dömda ($p \leq 0.01$) och hade fler domar bakom sig ($p \leq 0.001$). Däremot fann vi inga skillnader mellan tidig och sen debut vad gäller frekvensen av tidigare fängelsedomar. Bland tidigare brottskategorier var olaga hot ($p \leq 0.001$), rån ($p \leq 0.001$) och mordbrand ($p \leq 0.05$) överrepresenterade bland de med tidig debut. De tidigt debuterande hade begått brott ur signifikant fler kategorier än de med sen debut ($p \leq 0.01$). Det var mindre vanligt i den tidigt debuterande gruppen ($p \leq 0.05$) att bara ha begått våldsbrott tillsammans med andra och vanligare att ha begått våldsbrott både ensam och tillsammans med andra ($p \leq 0.01$). De tidigt debuterande hade också begått signifikant fler våldsbrott inom ramen för organiserad brottslighet ($p \leq 0.001$). De sexualbrottsdömda hade färre antal domar totalt ($p \leq 0.01$) och även färre antal fängelsedomar ($p \leq 0.01$) jmf med våldsbrottslingarna. Det var signifikant mindre vanligt med misshandelsbrott ($p \leq 0.001$), rån ($p \leq 0.001$) och olaga hot ($p \leq 0.001$) i anamnesen, medan samtliga sexualbrottsdömda tidigare hade begått minst ett sexualrelaterat brott ($p \leq 0.001$). De sexbrottsdömda hade tidigare begått brott ur fler brottskategorier än de som nu avtjänade straff för våldsbrott ($p \leq 0.05$). Det var vanligare att de sexualbrottsdömda bara begått våldsbrott ensamma ($p \leq 0.001$) och mindre vanligt att de begått brott både ensamma och tillsammans med andra ($p \leq 0.05$). Det var mindre vanligt att de sexualbrottsdömda huvudsakligen begått våldsbrott när de varit påverkade av alkohol och droger ($p \leq 0.05$).

Debutålder för de olika brottskategorierna varierade i hela studiegruppen. Figur 2 ger en bild av deltagarnas genomsnittliga brottskarriärer där det framgår att de allra flesta började med tillgreppsbrott (mediandebutålder 13 år), följt av skadegörelse (mediandebutålder 14 år) och inbrott (mediandebutålder 15 år) medan rån (mediandebutålder 17 år) och dödligt våld (mediandebutålder 19 år) är de brottskategorier som har den högsta mediandebutålder. Gruppen med tidig CD hade en brottsdebutålder som var signifikant tidigare i de flesta brottskategorier; olaga hot ($p < 0.05$), tillgreppsbrott ($p < 0.05$), inbrott ($p < 0.01$), skadegörelse ($p < 0.01$), rån ($p < 0.01$), olovlig körning ($p < 0.01$) och narkotikabrott ($p < 0.05$). Mellan gruppen dömda för sexbrott och gruppen dömda för våldsbrott fann vi inga signifikanta skillnader i tidpunkten för brottsdebut.

Figur 2. Tidigare kriminalitet – självrapporterad debutålder



Aktuella brott

Som framgår av Tabell 1 så är genomsnittspåföljden 2 år och 8 månader för gruppen som helhet. Den största brottskategorin är ”annat våldsbrott”, vilken innehåller en rad olika våldsbrott, varav de vanligaste är olaga hot, hot och våld mot tjänsteman och kvinnofridskränkning. Därefter kommer misshandelsbrott och rån. En stor andel har förutom våld-eller sexualbrott också t ex narkotikabrott i den aktuella domen.

Gruppen med tidig CD skilde sig inte från de med sen debut vad gäller längden på det aktuella straffet och var inte heller överrepresenterade i någon särskild brottskategori. Sexualbrottsgruppen hade däremot signifikant längre strafflängd än våldsbrottsgruppen ($p \leq 0.01$). Våldsbrottsgruppen är i högre utsträckning dömd för misshandel, rån, annat våld och narkotikabrott än sexualbrottsgruppen. Ingen i våldsbrottsgruppen har sexualbrott i sin aktuella dom.

I gruppen med tidig CD är offret oftare en man än en kvinna ($p \leq 0.001$). Vad gäller relationen till offret framkommer att det oftare är en främling ($p \leq 0.05$) eller en partner ($p \leq 0.05$). För sexbrottsgruppen är offret oftare yngre eller jämnårigt med gärningsmannen ($p \leq 0.001$). Offret är också oftare en kvinna ($p \leq 0.001$) som är bekant ($p \leq 0.001$) till dem dömde.

Tabell 1. Brottskaraktäristika

Aktuella brott	N (%)						
	Total (N=269)	Tidig debut* (N=73)	Sen debut** (N=194)	P	Sexbrott (N=29)	Våldsbrott (N=240)	P
Påföljdstid (mån)	20 (1-108)	22 (1-108)	18 (2-96)	ns ^a	26 (3-60)	18 (1-108)	≤0.01 ^a
Brottskategori							
-dödligt våld	13 (5)	4 (6)	9 (5)	ns ^b	0 (0)	13 (5)	ns ^b
-misshandel	116 (43)	38 (52)	78 (40)	ns	3 (10)	113 (47)	≤0.001
-rån	100 (37)	32 (44)	66 (34)	ns	0 (0)	100 (42)	≤0.001
-annat våld	118 (44)	28 (38)	89 (46)	ns	5 (17)	113 (47)	≤0.01 ^b
-sexualbrott/vuxen	16 (6)	3 (4)	13 (7)	ns ^b	16 (55)	0 (0)	≤0.001
-sexualbrott/barn	14 (5)	1 (1)	13 (7)	ns ^b	14 (48)	0 (0)	≤0.001
-narkotikabrott	92 (34)	21 (29)	71 (37)	ns	2 (7)	90 (38)	≤0.01 ^b
Aktuella offer							
Ålder							
4-12 år	3 (1)	1 (1)	2 (1)	ns ^b	3 (10)	0 (0)	≤0.001 ^b
13-19 år	46 (17)	9 (13)	36 (19)	ns	16 (55)	30 (13)	≤0.001
20-65 år	225 (84)	64 (89)	160 (83)	ns	11 (38)	214 (90)	≤0.001
över 65 år	2 (1)	2 (3)	0 (0)	ns ^b	0 (0)	2 (1)	ns
Kön							
-man	167 (62)	57 (78)	108 (58)	≤0.001	5 (17)	162 (68)	≤0.001
-kvinna	63 (23)	5 (7)	58 (30)	≤0.001 ^b	24 (83)	39 (16)	≤0.001
-man och kvinna	43 (16)	12 (16)	31 (16)	ns	0 (0)	43 (18)	≤0.01 ^b
Relation gärningsman							
-främmande	150 (56)	49 (67)	99 (51)	≤0.05	4 (14)	146 (61)	≤0.001 ^b
-bekant	92 (34)	22 (30)	70 (36)	ns	19 (66)	73 (30)	≤0.001
-partner	42 (16)	5 (7)	37 (19)	≤0.05	6 (21)	36 (15)	ns

^aMann-Whitney U-test; ^bFisher's Exact Test; *Tidig debut =debut av Uppförandestörning före 10 års ålder; **Sen debut=debut av antisocialt beteende efter 10 års ålder

Kliniska störningar - livstidsförekomst

Förekomsten av kliniska tillstånd under livsloppet var mycket hög i den totala gruppen (Tabell 2). Mer än hälften (n=145, 54 %) bedöms ha uppfyllt kriterierna för ett förstämningssyndrom någon gång under sin livstid. Av dessa bedöms majoriteten ha haft ett depressivt syndrom (n=131, 49 %) och en mindre del bipolärt syndrom (n=14, 5 %). Nästan en femtedel av gruppen (18 %, n=47) uppfyllde kriterierna för en pågående depression.

Tabell 2. Kliniska störningar – livstidsförekomst

Axel I störningar	N (%)						
	Total (N=268)	Tidig debut (N=73)	Sen debut (N=195)	P	Sexbrott (N=29)	Våldsbrott (N=239)	P
Förstämmningssyndrom	145 (54)	50 (69)	95 (49)	≤0.05	17 (59)	128 (54)	ns
Depressivt syndrom	131 (49)	43 (59)	88 (45)	≤0.05	15 (52)	116 (49)	ns
-aktuell episod	47 (18)	15 (21)	32 (17)	ns	6 (21)	41 (17)	ns*
Bipolärt syndrom	14 (5)	7 (10)	7 (4)	≤0.05	2 (7)	12 (5)	ns*
Psykotiskt syndrom	22 (8)	13 (18)	8 (4)	≤0.001	1 (3)	21 (9)	ns*
Ångestsyndrom	138 (52)	46 (64)	92 (47)	≤0.05	12 (41)	126 (53)	ns
-panikångest m/u agora	77 (29)	26 (36)	51 (26)	ns	8 (28)	69 (29)	ns
-specific fobi	9 (3)	2 (3)	7 (4)	ns*	1 (3)	8 (3)	ns*
-social fobi	7 (3)	4 (6)	3 (2)	ns*	1 (3)	6 (3)	ns*
-tvångssyndrom	22 (8)	12 (17)	10 (5)	≤0.01	1 (3)	21 (9)	ns*
-PTSD	28 (10)	9 (13)	19 (10)	ns	3 (10)	25 (11)	ns
-GAD	5 (2)	2 (3)	3 (2)	ns*	0 (0)	5 (2)	ns*
-akut stressyndrom	13 (5)	5 (7)	8 (4)	ns*	2 (7)	11 (5)	ns*
-substansbetingad ångest	22 (8)	7 (10)	15 (8)	ns	0 (0)	22 (9)	ns*
Somatiseringsyndrom	1 (0.5)	0 (0)	1 (1)	ns*	0 (0)	1 (0.5)	ns*
Ätstörning	3 (1)	0 (0)	3 (2)	ns*	0 (0)	3 (1)	ns*
Impulskontrollstörning	54 (20)	20 (27)	34 (18)	ns	5 (17)	49 (21)	ns*
-intermittent explosivitet	10 (4)	5 (7)	5 (3)	ns*	1 (3)	9 (4)	ns*
-kleptomani	5 (2)	0 (0)	5 (3)	ns*	1 (3)	4 (2)	ns*
-pyromani	3 (1)	1 (1)	2 (1)	ns*	1 (3)	2 (1)	ns*
-spelmani	43 (16)	15 (21)	28 (15)	ns	4 (14)	39 (17)	ns*
Dissociativt syndrom	2 (1)	2 (3)	0 (0)	ns*	0 (0)	2 (1)	ns*
Sexuella avvikelser	3 (1)	2 (3)	1 (1)	ns*	2 (7)	1 (0.5)	≤0.05*

*Fisher's Exact Test

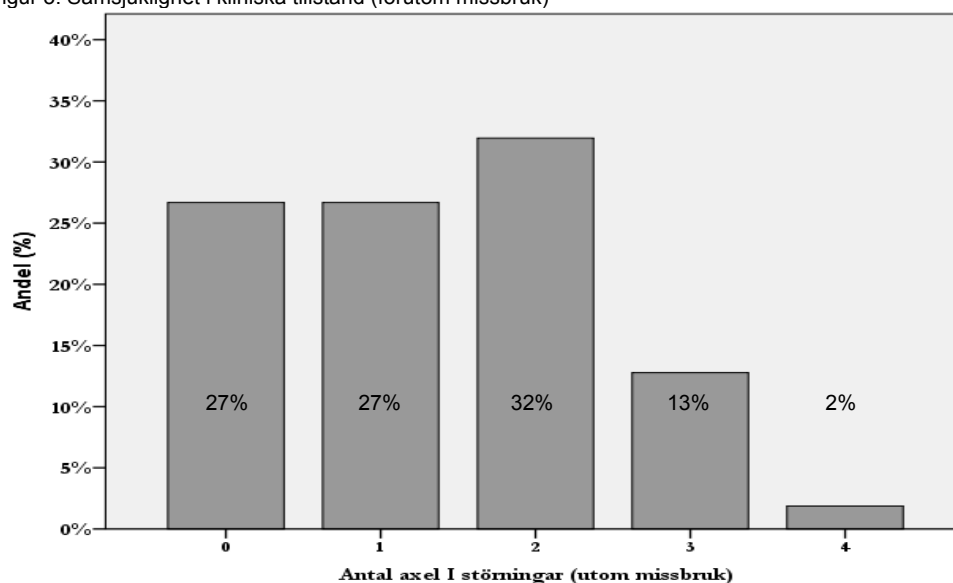
Ångestsyndrom var också vanligt förekommande hos studiedeltagarna (n=138, 52 %) och det är främst panikångest med eller utan agorafobi som rapporteras (n=77, 29 %) men även tvångssyndrom (n=22, 8 %) och PTSD (n=28, 10 %) förelåg hos många.

En mindre andel bedömdes ha haft ett psykotiskt syndrom (n=22, 8 %). Vad gäller impulskontrollstörningar (n=54, 20 %) dominerade spelmani (n=43, 16 %).

Gruppen med tidig CD var överrepresenterade i samtliga stora diagnostiska grupper, undantaget impulskontrollstörningar. Däremot fann vi inte några signifikanta skillnader mellan sexualbrottsgruppen och våldsbrottsgruppen i fråga om förekomst av kliniska tillstånd undantaget sexuella avvikelser som var vanligare bland de sexualbrottsdömda.

Det fanns en betydande samsjuklighet av psykiatriska störningar i gruppen (Figur 3). Tjugosju procent av gruppen uppfyllde inte kriterierna för någon psykiatrisk störning (missbruk inte inkluderad) medan 47 % uppfyller kriterier för två eller flera psykiatriska störningar under sin livstid.

Figur 3. Samsjuklighet i kliniska tillstånd (förutom missbruk)

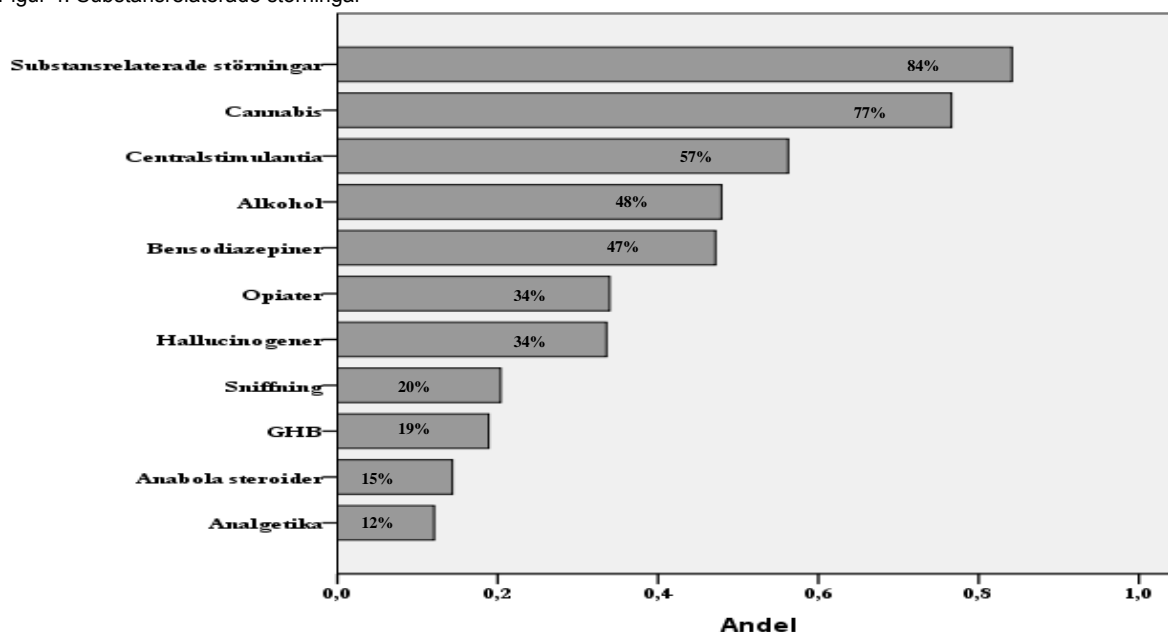


Missbruk

Förekomsten av missbruk och eller beroendetillstånd var mycket hög i gruppen (Figur 4) och en fjärdedel (n=58, 25 %) bedömdes ha/ha haft ett extremt destruktivt missbruk där ett okontrollerat blandmissbruk med destruktiva avsikter förekommit. En mindre grupp (n=36, 16 %) uppgav att de hade/hade haft ett injektionsmissbruk.

Den tidigt debuterande gruppen var överrepresenterade ($p \leq 0.05$) generellt vad gäller dessa tillstånd och 93 % av dem uppfyllde kriterierna för någon substansrelaterad störning. Signifikant högre förekomst framkom vad gäller alkohol ($p \leq 0.05$), bensodiazepiner ($p \leq 0.01$), cannabis ($p \leq 0.01$), centralstimulantia ($p \leq 0.05$) och hallucinogener ($p \leq 0.05$). Varken det extremt destruktiva missbruket eller injektionsmissbruket var över-representerat i denna grupp. För gruppen dömda för sexualbrott återfanns signifikant mindre missbruk överlag ($p \leq 0.001$) men det var ändå över hälften (n=16, 55 %) som uppfyllde kriterierna för någon substansrelaterad störning. Bensodiazepiner ($p \leq 0.01$), cannabis ($p \leq 0.001$), central-stimulantia ($p \leq 0.01$), hallucinogener ($p \leq 0.05$), GHB ($p \leq 0.05$), opiater ($p \leq 0.01$) och analgetika ($p \leq 0.05$) var underrepresenterat i sexualbrottsgruppen. Det extremt destruktiva missbruket var också mindre vanligt ($p \leq 0.05$).

Figur 4. Substansrelaterade störningar



Den självrapporterade debutåldern (medianålder) för olika substanser var följande: rökning 13 år, alkohol 14 år, sniffning 14 år, cannabis 15 år, bensodiazepiner 17 år, amfetamin 17 år, opiater 18 år. Klienter med tidigt debuterande CD började röka ($p \leq 0.001$), använda alkohol, ($p \leq 0.001$) amfetamin ($p \leq 0.05$), cannabis ($p \leq 0.001$), bensodiazepiner ($p \leq 0.01$) och att sniffa ($p \leq 0.05$) tidigare än de med sent debuterande CD. För de sexualbrottsdömda jämfört med våldsbrottsdömda framkom inga signifikanta skillnader

Neuroutvecklingsrelaterade funktionshinder

Nära två tredjedelar av deltagarna (63 %) uppfyllde kriterierna för AD/HD under barndomen (Tabell 3). Majoriteten av dessa har haft AD/HD- kombinerad typ (ouppmärksamhets- och hyperaktivitet/ impulsivitetsproblematik) medan AD/HD-huvudsakligen ouppmärksamhet eller huvudsakligen hyperaktivitet/impulsivitet drabbar färre. Ett betydande antal ($n=116$, 43 %) bedömdes fortfarande uppfylla kriterierna för AD/HD som vuxna och majoriteten av dessa uppfyller AD/HD kombinerad typ.

Det var en större andel av gruppen med tidig CD som har AD/HD, både i barndom men också som vuxna. AD/HD är annars lika vanligt förekommande (både i barndom och som vuxen) i våldsbrottsgruppen som i sexualbrottsgruppen men andelen med AD/HD huvudsakligen ouppmärksamhet är större i sexbrottsgruppen.

Autismspektrumstörning förekommer hos 10 % av den totala gruppen och det finns ingen skillnad mellan tidig/sen CD eller våld-/sexualbrottsdömda. Trettionio studiedeltagare (15 %) rapporterar kroniska tics och av dessa uppfyller 17 Tourette syndrom. Det är en större andel av dessa som har en tidig CD.

Vid psykometrisk testning erhöll 5 studiedeltagare ett resultat inom området för en lindrig utvecklingsstörning ($<IK 70$) och 53 erhöll ett resultat motsvarande svag begåvning eller marginell mental retardation (IK 71-85). En betydande undergrupp ($n=61$, 23 %) självrapporterar specifika inlärningshinder såsom läs- och skrivsvårigheter och räkningsvårigheter.

Tabell 3. Neuroutvecklingsrelaterade funktionshinder

Diagnoser	N (%)						
	Total (N=267)	Tidig debut (N=73)	Sen debut (N=194)	P	Sexbrott (N=29)	Våldsbrott (N=238)	P
AD/HD barndom	170 (63)	57 (78)	112 (58)	≤0.01	20 (69)	150 (63)	ns
-i kombination	102 (38)	46 (63)	55 (28)	≤0.001	7 (24)	95 (40)	ns
-uppmärksamhet	50 (19)	9 (12)	41 (21)	ns	10 (35)	40 (17)	≤0.05
-hyper/impuls	18 (7)	2 (3)	16 (8)	ns*	3 (10)	16 (6)	ns*
AD/HD vuxen	116 (43)	44 (60)	72 (37)	≤0.001	10 (35)	106 (45)	ns
-i kombination	80 (30)	38 (52)	42 (22)	≤0.001	4 (14)	76 (32)	ns*
-uppmärksamhet	23 (9)	5 (7)	18 (9)	ns*	4 (14)	19 (8)	ns*
-hyper/impulsivitet	12 (5)	1 (1)	11 (6)	ns*	2 (7)	10 (4)	ns*
Autismspektrumtillstånd	26 (10)	10 (14)	15 (8)	ns	4 (14)	22 (9)	ns*
-autistiskt syndrom	2 (1)	1 (1)	0 (0)	ns*	0 (0)	2 (1)	ns*
-aspergers syndrom	18 (7)	6 (8)	12 (6)	ns	2 (7)	16 (7)	ns*
-atypisk autism	6 (2)	3 (4)	3 (2)	ns*	2 (7)	4 (2)	ns*
Kroniska tics	39 (15)	13 (18)	25 (13)	ns	2 (7)	37 (15)	ns*
-motoriska tics	16 (6)	3 (4)	13 (7)	ns*	1 (3)	15 (6)	ns*
-vokala tics	6 (2)	2 (3)	4 (2)	ns*	1 (3)	5 (2)	ns*
-tourettes syndrom	17 (6)	8 (11)	8 (4)	≤0.05	0 (0)	17 (7)	ns*
Lindrig utvecklingsstörning	5 (2)	0 (0)	5 (3)	ns*	0 (0)	5 (2)	ns*
Marginell utvecklingsstörning	53 (21)	11 (16)	41 (23)	ns	8 (28)	45 (20)	ns
Specifik inlärningsstörning	61 (23)	21 (29)	40 (21)	ns	10 (35)	51 (22)	ns

*Fisher's Exact Test

Begåvning

Vad gäller begåvning låg medianvärdet för Global Ability Index (GAI) för hela gruppen på 94 IK-poäng (spridning 67-126). På de språkliga deltesten var medianvärdet 91 IK-poäng och för performance (icke-språkliga) deltesten 99 IK-poäng, vilket var en statistiskt säkerställd skillnad ($p \leq 0.001$). Vi fann inga skillnader i dessa tre mått mellan gruppen tidig CD och sen debut eller mellan gruppen sexualbrottsdömda och våldsbrottsdömda.

Personlighetsstörningar

TVå tredjedelar av deltagarna ($n=180$, 67 %) uppfyllde kriterierna för en eller flera personlighetsstörningar. Vanligast var antisocial personlighetsstörning ($n=170$, 63 %), paranoid personlighetsstörning ($n=26$, 10 %), personlighetsstörning UNS ($n=19$, 7 %) samt borderline personlighetsstörning ($n=13$, 5 %). Personlighetsstörningar var tydligt överrepresenterade ($p \leq 0.001$) i gruppen med tidigt debuterande CD där 90 % ($n=66$) uppfyllde kriterierna för någon personlighetsstörning. Bland de enskilda personlighetsstörningarna var paranoid ($p \leq 0.05$) och antisocial ($p \leq 0.001$) båda vanligare än bland de med sent debuterande antisocialt beteende. De dömda för sexualbrott uppfyllde kriterierna för personlighetsstörning i mindre utsträckning än de dömda för våldsbrott ($p \leq 0.01$). Antisocial personlighetsstörning var vanligare bland de dömda för våldsbrott ($p \leq 0.001$) medan personlighetsstörning UNS var vanlig bland de dömda för sexualbrott ($p \leq 0.01$).

DISKUSSION

Tidigare studier av fängelsedömda har visat på en ansevärd psykiatrisk sjuklighet i gruppen (Fazel & Danesh, 2002). Den nu aktuella studien fyller ett behov i forskningslitteraturen dels utifrån dess högkvalitativa data, dels utifrån att den studerat en nationellt representativ grupp unga vuxna män som avtjänar fängelsestraff för personbrott. Projektet har gett ett unikt material av strukturerade kliniska observationer och visat att kvalificerade psykiatriska utredningar kan genomföras i en krävande miljö på kort tid. Bortfallet i gruppen är sällsynt lågt vilken ger projektet särskilt stor betydelse. Då denna grupp är storkonsumenter av psykiatrisk vård (56 % i gruppen har tidigare varit patienter inom BUP eller vuxenpsykiatri) kan studien dessutom inför en kommande lagstiftning kring psykiskt störda lagöverträdare ge vägledning kring gruppens behov och lämpliga insatser.

Det övergripande resultatet från studien är att majoriteten av denna grupp unga vålds- och sexualbrottsdömda män uppvisar ett stort antal sårbarhetsfaktorer i form av neuro-utvecklingsrelaterade funktionshinder och psykosociala belastningsfaktorer så som bristande omvårdnad och trauman under uppväxten men också att de allra flesta lider eller har lidit av påtaglig psykisk ohälsa. Mer än hälften bedöms ha haft en depressiv eller manisk episod i livet. Lika många har eller har haft ångest i sådan utsträckning att de fick en diagnos. En betydande minoritet bedömdes uppfylla kriterierna för ett allvarligt psykotisk eller posttraumatiskt stressyndrom, tillstånd som kräver psykiatrisk specialistvård. Samsjukligheten, dvs att man led av flera olika psykiatriska tillstånd samtidigt, var mycket stor. Begåvningsmässigt ligger gruppen som helhet på en genomsnittlig nivå men med signifikant lägre språkliga än icke-språkliga förmågor.

Under senare år har det kommit en rad studier som visat att en stor andel i ungdomsvård (Ståhlberg et al., 2010), rättspsykiatri (Anckarsäter et al., 2005) och fängelse (Rösler et al., 2004) uppfyller kriterierna för AD/HD i barndomen. Young och hennes kollegor (2011) rapporterar att ungefär 45 % av unga fängelsedömda har AD/HD, vilket också är den prevalens som en nyligen publicerad svensk studie funnit (Ginsberg et al., 2010). I föreliggande studie fann vi att 63 % av den totala gruppen bedöms ha en ADHD livstidsdiagnos (oavsett subtyp) och 43 % bedömdes ha så stora kvarstående svårigheter att de uppfyllde kriterierna även som vuxna.

Det finns inga tidigare prevalensstudier av autismspektrumtillstånd i fängelser. Ginsberg och kollegor (2010) fann att 23 % av internerna med AD/HD på en högsäkerhetsanstalt uppfyllde kriterierna för AST. Tidigare studier har funnit att AST är tydligt överrepresenterat såväl bland unga på SiS-institution (Ståhlberg et al., 2010) som inom rättspsykiatri (Anckarsäter et al., 2008). I dessa tidigare studier var det framför allt atypisk autism (PDD-NOS) som rapporterades. I föreliggande studie fann vi att 10 % av den totala gruppen hade en AST och Aspergers syndrom var den vanligast förekommande subtypen.

Skillnaderna mellan de dömda för sexualbrott och de dömda för våldsbrott var relativt omfattande vad gäller tidigare brottslighet. De våldsbrottsdömda var signifikant mer kriminellt belastade. De sexualbrottsdömda hade dock samtliga tidigare begått sexualbrott och brottsdebutåldern var densamma för båda grupperna. Vad gäller psykiatrisk sjuklighet fanns det så gott inga skillnader mellan grupperna.

Vad gäller frågeställningen om psykiatriska och psykologiska problem, missbruk och mönster av kriminellt beteende i vuxen ålder skiljer sig mellan personer som har haft tidig CD och personer med sen debut av aggressivt antisocialt beteende bekräftade studien att de med tidig debut löper en klart förhöjd risk på samtliga områden. Tidigare forskning har visat att personer med barndomsdebuterande CD är en av de starkaste prediktorerna dels för en kronisk kriminell utveckling (Caspi, 2000; Farrington, 1995) men också för en rad psykiatriska och somatiska problem (Odgers et al., 2007). Även om majoriteten av den totala studiegruppen hade varit dömd tidigare var debutåldern för brott oftast lägre i gruppen med tidigt debuterande CD, de var dömda fler gånger och hade begått brott ur fler brottskategorier än de med sen debut. Ifråga om psykiatrisk sjuklighet var depressionssyndrom, ångest syndrom och psykotiskt syndrom oftare förekommande i den tidiga CD gruppen. Vi fann också att AD/HD var vanligare, både i barndom och vuxenliv, liksom Tourettes syndrom.

Den främsta bristen i projektet består av den retrospektiva diagnostiken av psykiatriska problem under barn- och ungdomsåren. Kliniska långtidsstudier av riskindivider kräver emellertid mycket stora grupper för att få tillräckligt många individer som utvecklar de avsedda fenotyperna och är mycket kostsamma. Det åldersspann som projektet undersöker utgör en skärningspunkt där den minskande förmågan att minnas barndomsfungerandet möter den ökande förmågan att tillförlitligt skatta det egna beteendet. Vidare är det också svårt att generalisera resultaten av studien till de relativt sett mycket få kvinnor som är dömda för dessa brott. Studien kunde potentiellt inkludera en handfull kvinnor i rätt ålder och brottskategori men dessa kunde då inte utnyttjas i analyserna p.g.a. sitt fåtal. Slutligen är svårigheterna att få fram kollateralinformation till barndomsanamnes ett resultat i sig som är viktigt i mötet med dessa patienter. I övrigt har bortfallet varit mycket lågt i jämförelse med motsvarande andra studier.

Kriminlavårdsrelevans

Studien uppmärksammar det psykiska måendet hos unga män dömda för vålds- eller sexualbrott och som avtjänar sina straff inom Kriminalvården. Det övergripande resultatet är att den psykiska ohälsan i denna grupp är mycket stor. Gruppen uppvisar en komplex psykiatrisk bild och det är snarare i undantagsfall som personer med denna bakgrund saknar behandlingskrävande diagnoser. Särskilt viktiga psykiatriska tillstånd att lyfta fram är naturligtvis de depressiva syndromen som kvarstår på anstalt, där det kan finnas en tydlig suicidrisk, men det är också viktigt att lyfta fram gruppen med tidigare psykotiska symtom som särskilt känslig liksom gruppen med PTSD.

Att så många som över 40 % har kvarstående AD/HD talar ytterligare för behovet av psykiatrisk kompetens inom kriminalvården. För att få denna diagnos krävs att man från unga år har svårigheter med koncentration, impuls kontroll samt ofta en förhöjd motorisk aktivitetsnivå och att bibehålla dessa svårigheter in i vuxenlivet, utan adekvat behandling, har sannolikt en betydelse, inte bara för utvecklingen av antisocialt beteende, utan även för möjligheterna att i vuxen ålder svara på de psykologiska och psykopedagogiska insatser och behandlingsprogram som erbjuds.

Ett viktigt fynd är att en betydande minoritet, 10 % uppfyller kriterierna för ett autismspektrumtillstånd. Dessa tillstånd innebär en bristande förmåga att ta andra människors perspektiv, svårigheter att uppfatta sociala signaler, ofta ett egocentriskt förhållningssätt, konkret språkförståelse samt behov av att rutiner följs i större utsträckning än gemene man ger uttryck för. Alla dessa symtom påverkar den närmiljö man befinner sig i och den rådande behandlingsrekommendationen för dessa personer är att omgivningen har ett bemötande baserat på förståelse för autism.

Tidigt debuterande Uppförandestörning tycks vara en mycket betydelsefull faktor för att urskilja de klienter i denna grupp som är såväl kriminellt som psykiatriskt mest belastade. Det återstår att se om denna grupp även är den mest resurskrävande på anstalterna, konsumerar mest vård efter frigivning och återfaller i högst utsträckning i brott, men redan dessa initiala fynd ger Kriminalvården anledning att överväga utvecklandet av verktyg för att rutinmässigt identifiera dessa individer.

Studien understryker behovet av kunskapsbaserad verksamhet om psykiatriska tillstånd med en förståelse för hur dessa symtom tar sig uttryck. Resultaten betonar behovet av att uppmärksamma denna grupps psykiska hälsa, i synnerhet de med tidig CD eftersom denna grupp med all sannolikhet utgör den mest sårbara i en rad olika avseenden.

Studien har vidare visat att det går att genomföra fördjupade kliniska bedömningar inom ramen för kriminalvårdens verksamhet och det höga deltagarantalet talar för att det också finns ett intresse hos klienter att få förståelse för sig själva.

REFERENSER

- Anckarsäter H, Nilsson T, Saury JM, Råstam M, Gillberg C. (2008). Autism spectrum disorders in institutionalized subjects. *Nord J Psychiatry*, 62(2):160-7.
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larsson, T., Hakansson, C., Jutblad, S-B., Niklasson, L., Nydén, A., Wentz, E., Westergren, S., Cloninger, R., Gillberg, C., & Rastam, M. (2006). The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development. *Am J Psychiatry*, 163:1239-1244
- Anckarsäter H, Nilsson T, Ståhlberg O, Gustafson M, Saury JM, Råstam M, Gillberg C. Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents.(2007). *Dev Neurorehabil* 10(1):57-65.
- Bailey, S., Tarbuck, P. (2006). Recent advances in the development of screening tools for mental health in young offenders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4): 373-377
- Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med*, 36(2):167-79
- Caspi A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78:158-172.
- Donno, R., Parker, G., Gilmour, J., & Skuse, D.H. (2010). Social communication deficits in disruptive primary-school children. *British Journal of Psychiatry*, 196, 282–289.
- Farrington DP. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in delinquent development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36:929-964.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545–50.
- Geluk C, Jansen L, Vermeiren R, Doreleijers T, van Domburgh L, de Bildt A, Twisk J, Hartman C. (2012). Autistic symptoms in childhood arrestees: longitudinal associations with delinquent behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 53 (2), 160-167.
- Ginsberg, Y, Hirvikoski T, Lindefors N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 22;10:112.
- Hofvander B, Ossowski D, Lundström S, Anckarsäter H. (2009). Childhood-onset disruptive behaviours as the core phenotype definition of aggressive antisociality. *Int J Law Psych*, 5(8), 224-234.
- Johansson, P., Kerr, M., Andershed, H. (2005)6 Linking Adult Psychopathy with Childhood Hyperactivity Impulsivity-Attention Problems and Conduct Problems Through Retrospective Self-reports. *J of Personality Disorders*, 19(1): 94-101.
- Kim-Cohen, Caspi, A., Moffit, T.E., Harrington, H-L., Milne, B.J., & Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorders. Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 60,709-717.
- Konstenius M, Larsson H, Lundholm L, Philips B, Glind GV, Jayaram-Lindström N, Franck J. (2012). An Epidemiological Study of ADHD, Substance Use, and Comorbid Problems in Incarcerated Women in Sweden, *J Atten Disord*, Jul 13 (Epub ahead of print).

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lahey, B. B., & Loeber, R. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: A life span perspective. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 51–59). New York: J. Wiley & Sons.
- Nylander L, Holmqvist M, Gustafson L, Gillberg C. (2009). ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. *Nord J Psychiatry*, 63(1):64-71.
- Moffitt T & Caspi A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited pathways among males and females. *Dev Psychopathology*, 13, 355-375
- Moffitt TE. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev*, 100(4):674-701
- Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol*, 14(1):179-207
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd ed., Vol. 3, pp. 570-598). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Oggers CL, Caspi A, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomson WM, Moffitt TE (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Arch Gen Psychiatry*, 64:476–484
- Oliver B, Barker E, Mandy W, Skuse D, Maughan B.(2011). Social cognition and conduct problems: a developmental approach. *J Am Acad Child Adolesc Psych*, 50 (4), 385-394.
- Rasmussen P, Gillberg C, (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psych*, 39(11):1424-31.
- Rasmussen K, Almvik R, Leander S (2001). Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *J Am Acad Psychiatry Law*, 29(2):186-93
- Robertsson MM (2012). The Gilles De La Tourette syndrome: the current status. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 97(5):166-75.
- Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender P, et al (2004). Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 254(6):365-371
- Siponmaa, L., Kristiansson, M., et al. (2001). Juvenile and young adult mentally disordered offenders: the role of child neuropsychiatric disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* (2001) 29(4):420-6.
- Ståhlberg O, Anckarsäter H, Nilsson T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(12):893-903.
- Soderstrom H, Sjodin AK, Carlstedt A, Forsman A. (2004). Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res*, 121(3):271-80
- Timonen, M., Miettunen, J., Hakko, H., Järvelin, M-R., Veijola, J., Kinnunen, J., Räsänen, P. (2000) Psychiatric admissions at different levels of the national health care services and male criminality: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2000) 35: 198-201

Young, S, Adamou, M, Bolea, B, Müller, U, Pitts, M, Thome, J, Asherson, P. (2011).The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies. *BMC Psychiatry*, 11: 32.



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
Fax 011-496 36 40