



LUNDS  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykologprogrammet*

# Dömda av livet

*– en pilotstudie om kvinnor som blivit dömda till rättspsykiatrisk vård,  
ett livsloppsperspektiv.*

Michael Sandsjö & Anna Telhammar  
Psykologexamensuppsats vt 2009

Handledare: Margit Wångby-Lundh

Björn Gustavson

## Abstract

This was a pilot of the women (N=14) in the Malmö Clinical Forensic Psychiatric Cohort, comprising all individuals sentenced to forensic psychiatric in-patient treatment in the University Hospital MAS catchment area from 1999 until 2005. Focus of the study was family background factors and childhood life circumstances of the women. Data were collected from the Forensic Psychiatric Investigations (FPI). Theoretical starting points were models for women's antisocial development and attachment theory. Most of the women had very problematic life circumstances from the start, with problems escalating during childhood. A clear majority had parents with addiction problems and almost all (n=13) had addiction problems of their own. Only one woman was considered to have a secure attachment to both parents. Half of the women had no earlier convictions, and the authors suggested that their index crime was more related to their major mental illness than to an antisocial lifestyle. They also suggested that early interventions might have prevented their problems from escalating and eventually leading up to a sentence to forensic psychiatric care. Problems with and limitations in research on background factors based on FPI were discussed and complementary data sources were recommended.

## Key words:

Antisocial behaviour, Attachment, Female perpetrators, Forensic psychiatric in-patient treatment, Forensic psychiatric investigation, Major mental disorder, Psychosocial background.

## Abstract

Denna pilotstudie utgick från de kvinnor (N=14) som ingår i en kohort (Malmö-kohorten) av personer som genomgått rättspsykiatrisk undersökning under perioden 1999-2005. Fokus för studien var en kartläggning av faktorer som antogs spegla betydelsen av hereditet och uppväxtförhållanden. Teoretiska utgångspunkter var modeller för kvinnors utveckling av antisocialt beteende respektive anknytning. Studien undersökte även problem och metodbegränsningar då forskning bedrivs på bakgrundsfaktorer med rättspsykiatriska undersökningar (RPU) som underlag.

Kvinnorna som kartläggs hade redan tidigt i livet stora problem, vilka senare eskalerade. En klar majoritet av kvinnorna hade missbrukande föräldrar och nästan samtliga (n=13) hade eget missbruk. Endast en bedömdes ha haft förutsättningar för en trygg anknytning till båda föräldrar. Författarna ansåg att tidigare insatser till stor del kunnat hindra kvinnornas problem från att eskalera och därmed sannolikt även hindra majoriteten av dem från att bli dömda till rättspsykiatrisk vård. Hälften av kvinnorna var inte tidigare lagförda och författarna ansåg att de 14 kvinnornas brottslighet snarare berodde på deras allvarliga psykiska störning än på en antisocial livsstil. Även om RPU innebar en unik möjlighet att få tillgång till sekretessbelagt material, var de varken fullständiga eller oproblematiska att använda som enda informationskälla. Därför rekommenderades kompletterande undersökningsmetoder då forskning ska bedrivas inom detta område.

## Nyckelord:

Allvarlig psykisk störning, Anknytning, Antisocialitet, Kvinnliga lagöverträdare, Psykosocial bakgrund, Rättspsykiatrisk utredning, Rättspsykiatrisk vård.

## Förord

Vi har båda sedan en tid tillbaka en nyfikenhet inför och önskan om fördjupad kunskap om allvarlig psykisk problematik. Då vi båda tidigare arbetat vid den rättspsykiatriska kliniken i Malmö har vi haft förmånen att möta människor som tar emot respektive erbjuder rättspsykiatrisk vård. Vi hade tidigare, som så många andra, en hel del fördomar och förutfattade meningar kring det mesta som rörde rättspsykiatri och deras patienter. Fast precis som med så mycket annat, så sprack de en efter en, i takt med att vår erfarenhet och kunskap växte. Vi insåg ganska snart att skillnaderna mellan oss och dem faktiskt inte är så stora alla gånger. Under vårt arbete med denna uppsats har vi fått en djupare och mer ingående kunskap om hur vägen till en rättspsykiatrisk klinik kan se ut, vilket vi är oerhört tacksamma för. Det är nu ännu tydligare för oss att vi alla en gång varit små och i behov av andras stöd. Tyvärr är det för somliga av oss fortfarande så i vuxenlivet.

Vi vill inleda med att tacka professor Henrik Anckarsäter för att vi har fått möjligheten att skriva den här uppsatsen inom UPPRÄTT-projektet med användning av det kodschema som utvecklats inom projektet.

Vi vill även tacka forskningspsykolog Thomas Nilsson för hans vänliga bemötande samt generositet med material och information kring UPPRÄTT-projektet.

Vi vill vidare rikta ett stort tack till Björn Hofvander, Hedvig Vincent, Marielle Nyman och Helena Andreasson för att ni tagit er tid och så generöst delat med er av både ert material och era erfarenheter.

Vi vill avslutningsvis rikta ett varmt tack till våra handledare Margit Wångby-Lundh och Björn Gustavson. Utan er hade vi inte fått möjligheten att arbeta med detta fascinerande material och än mindre lyckats få ordning på detsamma!

INLEDNING	8
BAKGRUND	9
<i>Rättspsykiatri och juridik</i>	9
<i>Rättsmedicinalverket</i>	11
<i>Rättsliga rådet</i>	12
<i>Rättspsykiatri och etik</i>	12
<i>UPPRÄTT-projektet</i>	13
SYFTE	14
UTVECKLINGEN AV FLICKORS ANTISOCIALA BETEENDE	14
<i>Könsskillnader i utvecklingen av antisocialitet</i>	14
<i>Uppförandestörning</i>	17
<i>Puberteten</i>	18
<i>Personlighet</i>	19
<i>Partnerval</i>	19
<i>Flickors problem i utvecklingen av de mentala och sociala färdigheterna</i>	20
Flickor som växer ifrån sina problembeteenden.	20
Flickor som utvecklar inåtvändhetsproblematik.	21
Flickor som utvecklar utagerandestörningar.	21
<i>Moffitts modell över åldersbeständigt och tonårsbegränsat antisocialt beteende</i>	22
<i>Risikfaktorer i uppväxten för utvecklandet av antisocialt beteende</i>	26
<i>Utveckling av allvarlig psykisk störning</i>	26
<i>Anknytning och anknytningsteori</i>	28
Biologi och neurobiologi	29
Primära omsorgspersoner	32
Inre arbetsmodell	33
Utveckling av beteendeproblematik.	34
Utveckling av personlighetsstörning.	35
<i>Skillnader beroende av informationskälla</i>	37
METOD	38
UNDERSÖKNINGSGRUPP	38
<i>UPPRÄTT-projektets kohort i Malmö</i>	38
MATERIAL	38
<i>UPPRÄTTs kodschema</i>	38
<i>Komplettering av kodschema</i>	39
<i>Variabler tillagda i denna studie</i>	39
<i>Allmänintellektuell förmåga och IK-poäng.</i>	39

<i>PCL-R och HCR-20</i>	39
<i>Ursprung och hereditet.</i>	39
Uppväxtfamiljens situation.	40
Anknytning till föräldrarna.	40
Hälsa under uppväxten.	40
Skolgång.	41
Sexuell historik	41
Suicidförsök	41
Missbruk	41
Vuxenliv	42
Brottskarriär	42
Indexgärning	42
Indexgärningens profil.	43
Året före indexgärningen	43
<i>Kodningsförfarande</i>	43
RESULTAT	44
ALLMÄNT	44
FÖREKOMSTEN AV HJÄRNSKADOR	45
BEDÖMNINGAR AV INTELLEKTUELL FÖRMÅGA, PSYKOPATI OCH RISK	45
DIAGNOSER	45
<i>Axel I (kliniska syndrom)</i>	45
<i>Axel II (Personlighetsstörningar och mental retardation)</i>	46
<i>Axel III (Somatisk skada/sjukdom)</i>	46
<i>Axel IV (Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter)</i>	47
<i>Axel V (Global skattning av funktionsförmåga [GAF])</i>	47
URSPRUNG OCH HEREDITET	47
UPPVÄXTFAMILJENS SITUATION	50
HÄLSA UNDER UPPVÄXTEN	52
SKOLGÅNG	55
SEXUELL HISTORIK	55
SUICIDFÖRSÖK	57
MISSBRUK	58
VUXENLIV	58
BROTTSKARRIÄR	60
INDEXGÄRNING	61
INDEXGÄRNINGENS PROFIL	61
ÅRET FÖRE INDEXGÄRNINGEN	62
AKTUELLT MÅL	63
TIDIGARE RÄTTSPSYKIATRISKA UNDERSÖKNINGAR	63

DISKUSSION	63
KVINNORNA	63
RÄTTSPSYKIATRISKA UTREDNINGAR OCH DERAS BEGRÄNSNINGAR	69
TEORIERNAS BEGRÄNSNINGAR	71
PÅVERKAR PSYKOLOGERS YRKESETISKA PRINCIPER RPU-MATERIALET?	72
UPPSATSENS OCH FÖRFATTARNAS BEGRÄNSNINGAR	74
FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING	75
REFERENSLISTA:	81

## Inledning

En solig vårdag kommer ett välskapt litet flickebarn till livet efter en komplikationsfri förlossning. Hon är, precis som alla människor, ett harmlöst och sött litet spädbarn, fullständigt beroende av sina föräldrars omhändertagande. Ingen anar att detta vackra barn om drygt 20 år ska bli dömd för mord. Alla föds med ett helt liv framför sig med oändligt många möjliga utfall. Varför fylls livet för somliga av oöverkomliga svårigheter och besvikelser medan det för andra fylls av utmaningar som är hanterbara och utvecklande? Finns det något som kan förhindra eller lindra dessa människors lidande? Finns det kunskap som kan användas för att undvika att de flickor som föds idag, 2009, hamnar i liknande situationer?

Våldet i samhället betraktas idag, såväl i Sverige som internationellt, som ett av de stora folkhälsoproblemen. Varje år dör över en halv miljon människor i världen som en direkt följd av kriminellt interpersonellt våld, vilket jämförelsevis är mer än dubbelt så många dödsoffer än som skördas i alla väpnade konflikter i världen (World Health Organization [WHO], 2002).

Kvinnors brottslighet ökar mycket i jämförelse med mäns kriminalitet, även om de fortfarande står för en liten andel av den totala summan av brott. Då kvinnors biologi och genetik fortfarande är densamma idag, som för trettio år sedan, beror det sannolikt inte på dessa faktorer att frekvensen kvinnor som misshandlar okända kvinnor utomhus, ökat med 223 % mellan åren 2000-2007 (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2007). Vidare har antalet unga kvinnor som döms för våldsbrott ökat årligen sedan 1980-talet även i USA, vilket torde tyda på att det inte är specifikt svenska samhällsfaktorer som orsakar denna dramatiska ökning (Ryder, 2007).

En kvinna som begår ett brott, framför allt ett våldsbrott, bryter inte enbart mot den i brottsbalken nedskrivna lagstiftningen, utan även mot de mer grundläggande normerna för hur en kvinna ska vara. När en kvinna använder sig av fysiskt våld leder vanligtvis tankarna in på psykisk sjukdom. Motsvarande beteende hos en man uppfattas visserligen ofta kriminellt men mer som typiskt. Naturligtvis är även mannens handling straffbar, men den ses snarare som naturlig, om än överdriven, än som tecken på psykisk sjukdom (Hodgins & Janson, 2002). Vad är det då som får vissa kvinnor att träda över denna till synes höga tröskel och bryta mot båda dessa lagar? Det kan inte per definition vara en allvarlig psykisk störning, då kvinnor som begår våldsbrott även döms till fängelse. År 2007 dömdes 74 kvinnor till fängelse för brott mot liv och hälsa, medan 13 kvinnor dömdes till rättspsykiatrisk vård för samma brott (BRÅ, 2007).



En del av svaren står möjligen att finna vid en närmare granskning av deras tidiga anknytningsrelationer. Möjligen har dessa kvinnors uppväxt präglats av en viss typ av erfarenheter, vilket lett dem in på liknande vägar i livet. Måhända att det slutgiltigt är svårt, eller kanske till och med omöjligt, att helt säkert avgöra om det är exempelvis den initialt otrygga anknytningen som lett dem in på en missbrukande eller kriminell bana eller om det är kriminaliteten eller missbruket som leder till att personerna främst minns anknytningens brister. Oavsett så är det utifrån ett preventivt perspektiv väl värt att granska närmare (Ansbro, 2008; Rich, 2006).

### *Bakgrund*

I Sverige, år 2007, dömdes 14 375 personer till frihetsberövande påföljder, exempelvis fängelse, sluten ungdomsvård och rättspsykiatrisk vård (RPV). Fördelningen mellan män och kvinnor är i detta sammanhang ojämn, då endast cirka åtta procent av dessa personer är kvinnor, varpå männen följaktligen utgör 92 % av denna grupp. Totalt dömdes år 2007 ungefär 310 personer till RPV, varav 55 (knappt 18 %) var kvinnor (BRÅ, 2007).

Det är med hänsyn till ovanstående föga förvånande att den ansenliga forskningen kring gärningsmän och kriminalitet har en dominans kring manliga gärningsmän. Motsvarande forskning kring kvinnliga gärningsmän och kvinnlig kriminalitet är i sammanhanget oansenlig både med hänsyn till kvantitet och till kvalitet. Det sistnämnda kan sannolikt i vissa avseenden förklaras av att forskningen oftast utgår från ett manligt perspektiv, vilket leder till oklarheter med hänsyn till exempelvis psykosocial bakgrund, utveckling mot kriminell livsstil, psykiatrisk bakgrund samt komorbiditet (Cale & Lilienfeld, 2001; Cernkovich et al., 2008; Dolan & Völlm, 2009; Hodgins & Janson, 2002; Moffitt et al., 2001; Nicolls & Petrila, 2005; Ryder, 2007; Silverthorn & Frick, 1999; Strand & Belfrage, 2005; Weizmann-Henelius et al., 2003; Yourstone et al., 2008). Det har vidare hitintills forskats förhållandevis lite kring eventuell koppling mellan gärningsmannens, såväl kvinnliga som manliga, psykiatriska problematik och exempelvis somatiska besvär (Bass & Murphy, 1995; Bornstein & Gold, 2007; Lilienfeld, 1992; Lilienfeld & Hess, 2001; Wilson et al., 1999). Sannolikt beror detta till viss del på att gärningsmannaforskningen utgår ifrån ett manligt perspektiv medan forskning kring somatiseringsproblematik i huvudsak fokuserar på kvinnor.

### *Rättspsykiatri och juridik*

Då en person begått ett brott under inverkan av en allvarlig psykisk störning (APS) får denne, enligt 30 kapitlet 6 § Brottsbalken, inte dömas till fängelse, då så kallat fängelseförbud

råder. APS är snarare ett juridiskt än ett medicinskt begrepp, som utifrån rådande praxis innefattar psykotiska tillstånd, depressioner med självmordsrisk, svåra personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller annan psykotisk episod och svåra psykiska störningar med starka tvångsmässiga beteenden. Kleptomani, pyromani och sexuella perversioner kan i vissa fall utgöra en allvarlig psykisk störning. Huruvida en psykisk störning är allvarlig eller ej bedöms utifrån störningens art och grad (Socialstyrelsen, 2002).

När den juridiska skuldfrågan är avklarad och beslut om påföljd ska fattas kan domstolen inhämta en medicinsk bedömning, antingen i form av ett läkarintyg, så kallat § 7-intyg, eller en rättspsykiatrisk undersökning (RPU). Dessa undersökningsformer kallades förr i folkmun för liten respektive stor sinnesundersökning (Rättsmedicinalverket [RMV], 2005). I Sverige utfärdas, enligt lag (1996:15) om särskild personundersökning i brottmål, cirka 1800 läkarintyg per år. Dessa innebär i korthet att en rättspsykiater, efter en kortare undersökning, dels uttalar sig om den misstänkta personens psykiska hälsa och dels om det finns skäl för att låta personen i fråga genomgå en RPU.

Varje år genomgår i genomsnitt 650 personer en RPU, enligt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, varav ungefär 65 personer är kvinnor. I de bägge undersökningsformerna är omkring 90 % män och 10 % kvinnor. Genomsnittsåldern är för samtliga drygt 30 år och ungefär 70 % är födda i Sverige. De mest frekventa brott som de undersökta åtalats för är misshandel, olaga hot, mord/dråp, sexualbrott och mordbrand (RMV, 2005). Ungefär 30 % av de 55 kvinnor som 2007 dömdes till RPU dömdes för mordbrand, vilket överensstämmer med andelen kvinnor som totalt sett dömdes för detta brott. Detta kan till exempel jämföras med att 49 kvinnor samma år dömdes för grov misshandel, vilket är cirka 11 % av det totala antalet vuxna som dömdes för detta brott. Endast tre (5,5 %) av de 55 kvinnorna som 2007 dömdes till RPU dömdes för grov misshandel. Andelen kvinnor som döms för mordbrand är hög även i förhållande till andra brott (BRÅ, 2007).

Cirka 70 % av dem som genomgår en RPU är häktade och är således frihetsberövade även under tiden för undersökningen. Fyra veckor senare, då undersökningen är avslutad, återförs den undersökta till häktet. Undersökningsteamet består av rättspsykiater, psykolog, socionom samt en omvårdnadspersonal, som alla bidrar med var sitt utlåtande. Rättspsykiatern sammanfogar dessa fyra delar och skriver sedan ett sammanfattande rättspsykiatriskt utlåtande, vars främsta syfte är att svara på om personen i fråga lider av en i lagens mening allvarlig psykisk störning. Denna bedömning gäller dels för gärningstillfället och dels för undersökningstillfället (RMV, 2005).

Drygt 95 % av dem som genomgår en RPU bedöms ha någon form av psykisk störning. Generellt sett bedöms denna störning som allvarlig, i enlighet med lagstiftningens krav, i ungefär hälften av fallen. För omkring 45 % av de undersökta rekommenderas rättspsykiatrisk vård, medan skyddstillsyn eller vård inom socialtjänsten rekommenderas för ca 15 % (RMV, 2005). Det är domstolen som beslutar om påföljd och enligt svensk lagstiftning får domstolen överlämna personen till RPV, vilket alltså innebär att de inte måste (BrB 31:3). I huvudsak (95 %) följer dock domstolen rekommendationerna i det rättspsykiatriska utlåtandet.

I de fall det bedöms föreligga behov av rättspsykiatrisk vård innefattar det rättspsykiatriska utlåtandet, enligt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, även en rekommendation om så kallad särskild utskrivningsprövning (SUP). Domstolen kan i de fall brottet har begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning besluta att SUP ska gälla. En förutsättning för att ett sådant beslut ska vara aktuellt är att den tilltalade led av en allvarlig psykisk störning vid gärningstillfället och att det också finns ett orsakssamband mellan den psykiska störningen och brottet (BrB 31:3). Särskild utskrivningsprövning innebär att exempelvis permissioner och utskrivningar beslutas i rätten och inte av ansvarig läkare. Rättsväsendet tar i sina beslut bland annat hänsyn till allmänhetens syn på brottet ifråga, vilket den ansvarige läkaren vid en rättspsykiatrisk klinik däremot inte gör.

Vid en rättspsykiatrisk undersökning finns det unika möjligheter att få tillgång till i princip vilket material som helst, då ordinarie sekretessregler är undantagna vid denna typ av undersökning. Utöver detta kan data även samlas in med hjälp utav allehanda testinstrument, intervjuer med patienten och ibland även med anhöriga, klinisk beteendeobservation samt skattningsformulär som vanligen fylls i av patienten själv. Även om det i statens offentliga utredningar [SOU] (2006:63), ges uttryck för att det är det personliga samtalet som är det viktigaste undersökningsinstrumentet, så är det i stort upp till den rättspsykiatriska klinik där undersökningen utförs att avgöra vilket material som är relevant (SOU, 2006). Detta kan vara en av flera anledningar till varför det finns stora skillnader mellan de olika undersökningarna.

### *Rättsmedicinalverket*

Rättsmedicinalverket (RMV) har två avdelningar, i Stockholm respektive Göteborg, vilka sinsemellan delar på huvudansvaret för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. På uppdrag från RMV utför även två landstingsdrivna psykiatriska kliniker, Rättspsykiatriska kliniken i Malmö respektive Norrlands universitetssjukhus i Umeå, en andel av de rättspsykiatriska undersökningarna. Rättspsykiatrins utredningsverksamhet finansieras

av anslag och dess omfattning är beroende av domstolarnas efterfrågan på beslutsunderlag. Den rättspsykiatriska vården bedrivs däremot av landstingen.

RMV ansvarar även för så kallade riskbedömningar, dels i samband med rättspsykiatriska utlåtanden då det är aktuellt med särskild utskrivningsprövning och dels då en livstidsdömd ansöker om tidsbestämt straff. I förordning (2006:1119) om omvandling av fängelse på livstid, regleras att rättsmedicinalverket ansvarar för genomförandet av utredningar om risk för återfall i brottslighet enligt lag (2006:45) om omvandling av fängelse på livstid. Fördelningen av ärenden mellan Rättsmedicinalverkets utredningsavdelningar sker på geografisk grund. I praktiken innebär detta att den av Rättsmedicinalverkets utredningsenheter som ligger närmst, den anstalt där den dömda befinner sig, ansvarar för undersökningen. Bedömningen av risken för framtida brottslighet utgår från de ovan nämnda olika delutredningarna, inhämtat material, klinisk bedömning och skattningar enligt strukturerade metoder. I detta sammanhang används främst skattningsinstrumentet HCR-20 (historical, clinical and risk management), vilket består av totalt 20 stycken riskfaktorer. Den sammantagna riskbedömningen anges endast i relativa termer, som låg, måttlig eller hög (RMV, 2005).

### *Rättsliga rådet*

Enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning får rätten inhämta ett yttrande av Socialstyrelsen, genom det så kallade Rättsliga rådet, över en rättspsykiatrisk undersökning eller en § 7-undersökning. Vanligen begärs denna prövning av försvaret vid allvarliga brott, som exempelvis mord och grov våldtäkt, då det inte bedöms som allvarlig psykisk störning. Åklagaren och ansvarig undersökningsläkare begär oftast prövning när bedömningen är olika vid gärning och undersökning, exempelvis att den psykiska störningen bedöms som allvarlig vid gärningen, men inte vid undersökningen. Ungefär fem procent av samtliga rättspsykiatriska undersökningar prövas av Rättsliga rådet, som i drygt hälften av dessa ärenden gör en annan bedömning än i de ursprungliga undersökningarna (Socialstyrelsen, 2002).

### *Rättspsykiatri och etik*

Då rättspsykiatriska kliniker ytterst styrs av RMV och vidare ingår i en eller annan landstingsorganisation genomsyras verksamheten av så kallad regeletik. I korthet innebär detta att verksamheten har fasta regler och procedurer, vilket är tänkt att skapa rättvisa och lika behandling (Øvreeide, 2003). Med hänsyn till RPU innebär detta bland annat att alla utredningar bör vara lika långa och ha samma upplägg. Vidare råder, enligt psykologers

yrkesetiska principer, generellt en princip om förtrolighet och tystnadsplikt (Sveriges psykologförbund, 1998). Vid en RPU ska dock psykologen och övriga medlemmar av utredningsteamet lämna upplysningar till den domstol som beslutat att undersökningen ska genomföras, vilket patienten ifråga informeras om då denne anländer till kliniken. Det bör i detta sammanhang dock påpekas att trots att de som anländer till RPK gör detta antingen ofrivilligt eller under absolut tvång, så åligger det psykologen, enligt ovan nämnda yrkesprinciper, att oavsett omständigheterna försöka få till stånd en god samarbetsallians med patienten.

Det bör vidare påpekas att den institutionella kontexten vid en rättspsykiatrisk klinik i sig försvårar för att ett verkligt frivilligt samtycke, enligt de yrkesetiska principerna, kan ges. De olika yrkesetiska principerna om informerat samtycke, valfrihet samt självbestämmande handlar, i detta sammanhang, i slutändan om att patienten själv ska kunna fatta ett välgrundat beslut om deltagande i undersökningen (Sveriges psykologförbund, 1998). Vid en RPU åligger det personalen att hjälpa patienten förstå vad de olika valen får för konsekvenser samt förtydliga att det är patienten själv som bestämmer vad denne ska välja. Ett rättspsykiatriskt utlåtande kommer dock, oavsett om patienten väljer att delta eller inte, att skickas till domstolen, som enligt ovanstående i huvudsak följer det rättspsykiatriska utlåtandet.

### *UPPRÄTT-projektet*

Uppföljningsstudier inom Rättspsykiatri, även kallat UPPRÄTT, är ett gediget projekt som utgår ifrån kliniska studiegrupper (kohorter) bestående av psykiskt störda lagöverträdare. Projektets huvudsäte är Göteborg och leds av chefsutredare Thomas Nilsson, verksam vid FoUU (Forskning, Utveckling och Utbildning) område rättspsykiatri inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt institutionen för neurovetenskap och fysiologi vid Göteborgs universitet (Nilsson, 2009).

Vid den rättspsykiatriska kliniken i Malmö bedrivs ett projekt som följer de 101 individer från Malmöregionen som under åren 1999-2005 dömdes till rättspsykiatrisk vård och som alla vårdades på den rättspsykiatriska kliniken i Malmö. Individerna var under denna period mantalsskrivna i antingen Trelleborg, Vellinge, Svedala eller Malmö kommun.

Detta projekt är i en inledningsfas och pågående när denna uppsats skrivs. Projektet består av *Baseline* som utgår från RPU och fokuserar på tiden fram till brottstillfället, *Vårdförlopp* som fokuserar på den tid personerna befinner sig under rättspsykiatrisk vård samt *Uppföljning* som fokuserar på tiden efter utskrivning från denna vård. Ansvarig för UPPRÄTT-projektet i Malmö är professor Henrik Anckarsäter, som vidare tillsammans med

Vicencio Fernandez är upphovsman till det kodschema som utvecklats. Läkaren Hedvig Vincent har sedermera tillsammans med kollegan Vicencio Fernandez använt detta kodschema i UPPRÄTT-projektets första del. Projektet har genomgått etisk prövning och godkänts.

Författarna av aktuell uppsats utgår, avseende tillägg av UPPRÄTT-projektets kodschema, från de riskfaktorer i uppväxten, samt konsekvenserna av dem, som diskuteras i Hodgins och Janson (2002), Moffitt et al. (2001), Ryder (2007) samt Yourstone, Lindholm och Kristiansson (2008) (se nedan för närmare beskrivning av riskfaktorer). Vissa kompletteringar görs vidare där det anses nödvändigt, dels för att erhålla en mer mångfacetterad beskrivning av kvinnorna och dels som en anpassning till de rättspsykiatriska undersökningarnas utformning och upplägg.

### *Syfte*

Med ovanstående som utgångspunkt har denna uppsats främst fyra syften:

- 1) Att genom en litteraturgenomgång av tidigare forskning samt teori inom området identifiera relevanta faktorer i utvecklingen av kriminalitet och psykisk sjukdom hos kvinnor.
- 2) Att utifrån de rättspsykiatriska undersökningarna kartlägga livsförloppet hos 14 kvinnor dömda till rättspsykiatrisk vård.
- 3) Att utifrån teori och resultat diskutera de kartlagda kvinnornas problematik och dess bakgrund.
- 4) Att utifrån teori och resultat studera kvinnors livsproblematik utifrån rättspsykiatriska undersökningar.

### *Utvecklingen av flickors antisociala beteende*

#### *Könsskillnader i utvecklingen av antisocialitet*

Moffitt et al. (2001) hävdar att den samlade forskningen visar att antisocialt beteende har en kraftig topp under tonårstiden och att män är mer antisociala än kvinnor. Hur skillnaden mellan könen ser ut och bakgrundsfaktorerna till dessa är dock tämligen outforskat. Vidare ökar även andra problem under tonåren, till exempel depression och ätstörningar, men bland dessa finns en klar kvinnlig överrepresentation. Generellt sett har ofta sociala och psykologiska faktorer framförts som förklaringar till kvinnors antisociala beteende, tonårsökningen och den höga graden av emotionella problem. I motsats till detta hävdar

författarna att problematik med manlig överrepresentation, såsom ADHD, språkförsening, mental retardation och autism, inte har samma topp i tonårstiden, även om männen har en överrepresentation av antisocialt beteende även i denna ålder. Hypoteserna kring bakgrundsfaktorerna till antisocialt beteende anses därför kunna delas in i två huvudgrupper, dels en neurologisk utvecklingsproblematik, med manlig övertalighet och dels en emotionell med socialt ursprung där gruppen kvinnor är större.

I forskningen kring den psykosociala bakgrunden för kvinnor som använt dödligt våld kommer Yourstone, Lindholm och Kristiansson (2008) fram till att skillnaden är slående mellan könen, där de kvinnliga förövarna till en lägre grad hade uppvisat aggressivt beteende under barndomen men hade mer aggressivt beteende vid brottstillfället. Författarna utgår ifrån HBAW teorin (Theory of Homicidal Behaviour Among Women) som gör gällande att kvinnor snarare vänder negativa affekter inåt, som skuld och sårbarhet, än att agera ut dem som ilska mot målet för affekterna. Utifrån teorin hävdas att flickors aggression oftare är indirekt och att flickor med hög nivå av aggression rapporterar en mer inåtvänd problematik, såsom självskadebeteende och anorexi. Dessutom hävdas att starka aggressiva reaktioner och beteenden traditionellt sett uppfattas som maskulina. Däremot betraktas det som mer acceptabelt om kvinnors uttryckssätt för starka känslor sker i form av kraftlösa reaktioner såsom rädsla och osäkerhet. Dessa könsrelaterade förväntningarna och emotionella normer etableras redan i tidig ålder. Kvinnor och flickor som bryter mot dessa normer gör det i ännu högre grad än män, vilket gör att de bryter mot två lagar. I ena fallet mot landets lagar och i andra fallet mot den sociala norm som innebär att kvinnor, och även flickor, bör vara mer av passiva vårdare och mindre av aktiva angripare. Med detta som utgångspunkt tänker sig Yourstone och hennes medarbetare att det krävs mer frustration och aggressivitet från en kvinna för att bruka våld. Utifrån ovanstående bedömer författarna det som rimligt att tänka sig att kvinnliga förövare kan ha varit utsatta för svårare psykosociala omständigheter under barndomen än män som begått samma typ av brott. Studien ger stöd åt HBAW teorin och finner bland annat att många fler kvinnor hade negativt emotionellt klimat i familjen, var oftare sexuellt utnyttjade och oftare hade en vårdnadshavare med psykiska problem under uppväxten. Resultaten överensstämmer med de fynd Roe-Sepowitz (1999) gjorde då hon jämför 136 flickor och pojkar som gjort sig skyldiga till mord. Hon finner då att flickor som begår ett mord, jämfört med pojkar, har högre grad av rapporterade övergrepp i uppväxten, har ett allvarigare missbruk och mentala hälsoproblem, inklusive suicidtankar, ångest och irritation. Författarna i båda dessa studier drar slutsatsen att flickor och pojkar som begår ett mord är mycket olika och därför bör betraktas som två helt olika fenomen.

En ökande andel av forskningen bedömer att det är få könsskillnader med både hänsyn till grad och till antal problem i tidig barndom, men att det uppstår en rad skillnader vid ungefär fyra års ålder (Keenan & Shaw, 1997). Vid skolstart är utagerandestörningar, däribland ADHD och uppförandestörning, upp till tio gånger mer vanligt bland pojkar än bland flickor, medan andelen av inåtvänd problematik inte skiljer sig åt mellan könen. Detta mönster ses som stabilt under barndomen, men en förändring av detta förhållande sker under tonåren. Flickors inåtvända problematik ökar och blir jämförelsevis betydligt vanligare bland flickor än hos pojkar. I början av vuxenlivet har kvinnor dubbelt så stor risk som män att drabbas av en affektiv ångeststörningsdiagnos. En del av förklaringen till denna utveckling anser författarna vara att det i de flesta samhällen är normativt för flickor att ägna sig åt tysta lekar, vara oroliga, beroende och uttrycka mild ångest däremot inte att vara överaktiv, aggressiv eller trotsig. Flickor som är besvärliga som barn och ungdomar kan därför bli socialiserade att uttrycka sina tidiga problembeteenden i könsstereotyp form, till exempel genom att vända sina problem inåt. Om då blyghet och tillbakadragande inte anses som problematiskt för flickor kan det förefalla som om de har växt ifrån sina tidiga problembeteenden och uppmärksammas därför inte av föräldrar och lärare. Detta mönster tenderar framför allt mödrar och lärare att förstärka.

Keenan och Shaw (1997) tar även upp en alternativ förklaring till den skenbara bristen på kontinuitet i flickors problem genom könsskillnaden i den mentala utvecklingsprocessen. Inom flera funktionsområden, inklusive det fysiska, verbala, sociala och emotionella, tycks det som om flickor mognar tidigare än pojkar. Denna skillnad i utvecklingen ökar med åldern och vid skolstarten har flickor, generellt sett, ett års försprång gentemot pojkarna både vad gäller fysisk, social och emotionell utveckling. Detta ger flickor en större anpassningsförmåga som kan påverka deras förmåga att hantera passager i utvecklingen på ett mer konstruktivt och funktionellt sätt (Keenan & Shaw, 1997).

Moffitt et al. (2001) har på Nya Zeeland, i en longitudinell studie (Dunedinstudien), följt 1000 ungdomar födda 1972-1973 mellan 3-21 års ålder med hjälp av multipel datainsamling (bland annat med intervjuer och skattningsformulär från både ungdomarna och anhöriga). Författarna studerar utvecklingen av antisociala beteenden och deras ursprung. Resultaten visar att män från tidig ålder är mer antisociala än kvinnor samt att skillnaden är stabil över åldrarna, med undantag för mitten av tonåren då skillnaderna mellan könen är som minst. I åldern 10-17 år hade pojkarna dubbelt så mycket kontakt med polisen och var tre gånger så ofta dömda för brott. Den största skillnaden mellan könen återfanns vad gäller våldsbrott med förhållandet 1:4,8 mellan antalet dömda flickor och pojkar, räknat över



intervallet 13-21 års ålder. Minst var skillnaden vad gäller alkohol och drogrelaterade brott som i 15-årsåldern var likartad mellan pojkar och flickor, enligt mätningarna från de olika rapporteringarna. Det var 12 gånger vanligare att som man bli dömd till fängelsestraff, vilket är proportionerligt till andelen män och kvinnor som sitter i fängelse på Nya Zeeland.

### *Uppförandestörning*

Även hur kriterierna används för diagnosen uppförandestörning skiljer sig åt mellan olika studier, datainsamlingsmetoder och kliniker. I Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) uppfyllde två tredjedelar av pojkarna och hälften av flickorna vid någon tidpunkt, fram till 21 års ålder, kriterierna för diagnosen uppförandestörning om man använde sig av tre eller fler av de kännetecken som anges i DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994, i Moffitt et al., 2001) för mild uppförandestörning. Författarna hävdar att man riskerar en överdiagnostisering av deltagarna om man använder sig av tre eller fler kriterier som en gräns för diagnos och sätter därför istället gränsen vid fem eller fler kriterier. Anledningen till skillnaden hävdas vara att dessa kännetecken kan vara svårare att upptäcka i en klinisk miljö, då patienter vanligtvis inte är intresserade av att avslöja sina antisociala beteenden, än med hjälp av självskattning i en longitudinell studie med uttalad konfidentiellitet. Av denna anledning anses därför tre kriterier vara mer lämpligt i de föregående miljöerna än i författarnas upplägg som ger mycket mer symtominformation till förfogande. Flickors prevalens för uppförandestörning i Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001), med fem eller fler symptom uppfyllda, var markant högre vid 15 års ålder än i andra åldrar. I denna åldersgrupp var förhållandet mellan flickor och pojkar 1:1,9 för uppförandestörningsdiagnos. Livstidsprevalensen (här definierat som diagnos vid någon tidpunkt upp till 18 års ålder) för flickorna var 14 %. Vid 21 års ålder användes diagnosen antisocial personlighetsstörning (ASPD) i stället för uppförandestörning och den diagnosen uppfylldes av en procent av kvinnorna och sex procent av männen. Dessa kvinnor och män hade då haft minst tre kriterier uppfyllda för uppförandestörning före 15 års ålder, vilket är ett av villkoren för att diagnosen ASPD ska kunna användas enligt DSM-IV (APA, 1994).

När uppförandestörning över åldrarna studerades i Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) uppmärksammades en tydlig topp, både vad gällde prevalens och nydiagnostiserade, vid 15 års ålder för flickor. Pojkarnas antal var fortfarande högre än flickornas men vid denna ålder var skillnaderna minst både vad gällde prevalens och nydiagnostisering. Flickornas uppförandestörning var alltså betydligt mer åldersberoende än pojkarnas. Denna tendens bekräftas även i andra studier (se t.ex. Cohen et al., 1993 i Moffitt et al., 2001; Lahey et al.,

2000, i Moffitt et al., 2001), där könsskillnaderna gällande prevalensen för uppförandestörning hade en fördelning mellan flickor och pojkar mellan 1:2 - 1:4 före 13 och efter 16 års ålder. Mellan 13-16 års ålder fanns dock knappt några könsskillnader i dessa studier. Vid 15 års ålder kan flickorna anses vara mer mogna både vad gäller biologisk och social utveckling, vilket medför att man generellt sett i denna åldersgrupp jämför pojkar som fortfarande är barn med flickor som kan betraktas som unga kvinnor. Att könsskillnaderna ökar igen vid 18 års ålder ger en indikation på att höjdpunkten vid 15 års ålder för flickor är en mer kortlivad pubertal effekt som är mer kortvarig för de flesta flickor (Moffitt et al., 2001).

### *Puberteten*

Den minskade könsskillnaden, vad gäller uppförandestörning, inträffar vid samma ålder som könsskillnaderna minskar vad gäller alkoholrelaterade brottslighet i Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001). Författarna gör en koppling mellan den stora ökningen av flickornas antisociala beteenden vid denna ålder med när de får sin första menstruation. Vid 13 års ålder hade 53 % av flickorna fått sin första menstruation, jämfört med 95 % vid 15 års ålder. Den individuella åldern för flickornas könsmodnhet kunde kopplas till deras ålder för debut av antisocialt beteende, där flickor som var tidiga in i puberteten hade störst risk att bli diagnostiserade för uppförandestörning. Författarna jämför flickor som fick sin första menstruation tidigt (före 13 års ålder) med dem som fick sin första menstruation vid normal ålder (för populationen i Dunedinstudien) och sent (efter sin 14 årsdag). Nivån av uppförandestörning kunde knytas till flickornas fysiska modnadsgrad med en relativ ökning av uppförandestörning som inträffade åren direkt efter puberteten. Dessutom framkom att ju tidigare flickorna mognade desto större var sannolikheten att de skulle uppvisa mer problem efter puberteten. De flickor som mognade tidigt hade även en tidigare sexdebut. En hel del tyder även på att en del av förklaringen till kopplingen mellan pubertetsdebuten och uppförandestörning går via relationen till vänner. Tidig pubertet följdes av antisocialt beteende, främst bland flickor som hade fler äldre vänner, dagligen umgicks med pojkar och som kände fler ungdomar som var inblandade i brottslighet, där brottsligt beteende riskerar att både uppmuntras eller förstärkas. Det är inte bara pubertal utveckling som associeras med flickors uppförandestörning utan det som är mest betydelsefullt är en flickas upplevelse av att ha en biologisk modnhet och utseende innan hon uppnår social och kognitiv modnhet. Moffitt (1994, i Moffitt et al., 2001) föreslår att flickornas uppförandestörningar kan ses som ett resultat av att de försöker fly undan eller anpassa sig till denna modnadsdiskrepans genom att

observera, beundra och anta beteendestilar från antisociala kamrater, främst pojkar, som verkar eller är äldre.

### *Personlighet*

När det gäller personlighetskillnader mellan könen för dem som utvecklar ett antisocialt beteende fann man i Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) att flickor, i förhållande till pojkar, främst utmärkte sig vad gällde två faktorer. Dels hade flickorna mindre av negativa emotionella tillstånd (innefattar bland annat ilska, misstänksamhet, förvänta sig felbehandling, se andra som potentiella fiender, söka revansch, utnyttja andra människor och finna nöje i att skrämma andra människor) och dels en större självkontroll (innefattar bland annat reflekterande, försiktighet, känna sig bekväm i sociala situationer, undvika spänning och faror samt föredra mer trygga aktiviteter). Antisocialt beteende hos pojkar leder också mer sannolikt till problem på arbetet, missbruk och med rättvisan när de börjar bli vuxna, medan flickors antisocialitet oftare leder till relationsproblem, depression, suicid tendenser och sämre fysisk hälsa i övergången till vuxenlivet. Komorbiditet förekommer frekvent med uppförandestörning där endast tio procent av de som någon gång under sin livstid uppfyller kriterierna för uppförandestörning har en renodlad diagnos. Störningar som oftast förekommer tillsammans med uppförandestörning är ångest, depression, substansberoende, ADHD och lässvårigheter. Två tredjedelar av de som i Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) utvecklade ADHD, marijuanaberoende och schizofrena symtom hade även en viss erfarenhet av uppförandestörning. Den enda könsskillnaden, vad gäller komorbiditet för uppförandestörning, är att depression verkar vara en följd av uppförandestörningen hos flickor men föregå det antisociala beteendet för pojkar. Depressionen för flickor med antisocialt beteende tenderar även att bli mer allvarlig när de träder in i vuxenlivet.

### *Partnerval*

När det kommer till val av partner är både flickor och pojkar, med benägenhet för antisocialt beteende, benägna att bli involverade med en partner som är kriminell och med en attityd som snarare kan förstärka än motsäga sig sådant beteende, vilket därmed förstärks ytterligare hos båda parter. Oftare har partnern (både för flickor och för pojkar) även låg utbildningsnivå, lässvårigheter samt misshandlar dem fysiskt. En dylik överensstämmelse i personlighetsdragen gynnar upprätthållandet av både psykosociala och socioekonomiska problem samt utsätter den fysiska hälsan hos kvinnorna och deras eventuella barn för faror. Att gå in i en relation med en antisocial partner ökar även sannolikheten för att bli inblandad i kriminalitet senare i livet. Upprätthållandet av ett antisocialt beteende hos flickor är mer

beroende, än för pojkar, av om de går in i en relation med en antisocial partner eller inte. Det vill säga att antisociala flickor som går in i en relation med antisociala pojkar är i riskzonen för en övergång från ungdomsbrottslighet till vuxen kriminalitet men även att i denna relation bli fysiskt misshandlad av sin partner. Detta i motsats till antisociala flickor som undviker kriminella pojkar, vilka är tämligen obenägna att fortsätta sin antisociala livsstil. Dessa flickor är dock i minoritet då urvalsprocessen för partnerval är en stark dragningskraft för antisociala flickor att välja pojkar som har liknande tendenser i sitt beteende. En av konsekvenserna för antisociala pojkars och flickors selektiva partnerval är även att de oftare får barn tidigt. En femtedel av ungdomarna i Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) blev diagnostiserade med uppförandestörning men de stod för nära två tredjedelar av barnafödslarna i tonåren. Majoriteten av barn till tonårsföräldrar har minst en antisocial förälder och många av dem har två. Även om flickor med uppförandestörning inte fortsätter med allvarliga och våldsamma brott kan de vara mödrarna till nästa generation av ungdomar med uppförandestörning, både med hänsyn taget till barnets genetiska faktorer, uppfostran och till uppväxtmiljön. Dessa barn verkar ha en förhöjd risk för att utveckla antisociala beteenden genom att de oftare har minst en förälder med antisociala problem. De missgynnas genom att de blivit födda av föräldrar som är unga och oerfarna och som ofta även har ostabil boendesituation, har läs- och skrivsvårigheter, missbruk, partnervåld, depression och dålig hälsa. Även en frånvarande fader är en riskfaktor för problem hos barn i uppväxten då majoriteten av de frånvarande unga fäderna är gravt antisociala män.

### *Flickors problem i utvecklingen av de mentala och sociala färdigheterna*

Keenan och Shaw (1997) utvecklar en teoretisk modell som omfattar både mentala och sociala faktorer av betydelse för utvecklingen av flickors problem. För att förstå denna utveckling hävdas att hänsyn måste tas till hur dessa båda typer av faktorer interagerar med varandra. Majoriteten av flickor uppvisar inga större problem under barndomen och utvecklar inte heller någon allvarlig problematik. Troligt är dock att de problem som finns före skolåldern är grunden till problem även i framtiden. Författarna har valt att koncentrera sig på tre olika vägar för flickor som tidigt uppvisar problembeteenden.

*Flickor som växer ifrån sina problembeteenden.* De flickor som tidigt uppvisar problematiska beteenden antas ha svårigheter att reglera sina känslor, vilket till stor del har biologiska förklaringar. Flickor som växer ifrån dessa problem antas kunna utveckla sina färdigheter i känsloreglering, vilket till stor del kan förklaras av deras väl utvecklade språkkunskaper och sociala färdigheter. Dessa färdigheter ökar förmågan att uttrycka de egna

behoven, vilket i sin tur ökar sannolikheten för att behoven ska bli tillgodosedda. Tillfredställelsen i en positiv utveckling påverkar i sin tur även föräldra -barn relationen positivt. Även föräldrarna påverkar flickors självförtroende i positiv riktning om de har förmågan att känna igen deras behov och möta dessa, vilket även det bidrar till deras utveckling. En lyckad interaktion mellan flickor och deras föräldrar behöver således komma till stånd för flickornas inläring av prosocialt beteende, där båda parter bidrar till denna positiva utveckling. Dessa positiva erfarenheter kan flickorna sedan använda även i andra relationer. Språkutvecklingen och flickors förmåga att se saker från någon annans perspektiv är även viktiga egenskaper för framgång i både skola och vänskapsrelationer. Denna positiva utveckling kan således leda till att flickor växer ifrån sina tidiga problem och utvecklar ett mer prosocialt beteende.

*Flickor som utvecklar inåtvändhetsproblematik.* En svårighet som kan bidra till att flickor inte växer ifrån sina problem kan vara ett mer inåtvänt sätt att uttrycka sina problem som även det kan ha en biologisk bakgrund. Skillnader i den omvårdande miljön, som upplevelser av avvisande, försummelse eller till och med övergrepp, kan då sannolikt befästa dessa tidiga problem. Detta kan då komma till uttryck i form av ångest, tillbakadragenhet eller depression hos flickorna. Flickors tidiga utveckling av språket och de sociala färdigheterna, kan enligt Keenans och Shaws modell i vissa sammanhang även de ses som riskfaktorer. Till exempel så kan förmågan till att ta andra människors perspektiv och förmågan till empati skapa problem genom en ökad medvetenhet om hur de egna beteendena påverkar andra. Detta kan i sin tur vara ett hinder i utvecklingen av de interpersonella relationerna med risk för att problemen ytterligare befästs. Zahn-Waxler et al. (1991 i Keenan & Shaw, 1997) hävdar att flickors tidiga inläring av sociala normer kan få konsekvenser som inåtvändhetsproblematik senare i tonåren. Författarna anser att flickor tidigt kan utveckla ansvars känslor och skuld med hjälp av empati om de växer upp under extrema förhållanden. De väl utvecklade sociala färdigheterna kan således skapa problem, snarare än att hjälpa dessa flickor att växa ifrån sina tidiga problem. Detta gäller speciellt om vårdnadshavarna inte visar tillgivenhet eller är fientliga i sin respons till flickornas problem. (Keenan & Shaw, 1997).

*Flickor som utvecklar utagerandestörningar.* Den tidiga mognaden och anpassningsförmågan kan även leda till högre förväntningar på flickor. Detta kan missgynna de flickor som är långsammare i utvecklingen. De flickor som hade problem redan i spädbarnsåren kan trots detta ha förväntningar på sig att bli lika duktiga som sina kamrater. De flickor som har några former av färdighetsbrister har då troligen en större benägenhet att agera ut sina problem. Eftersom problemen är kopplade till en brist av i en färdighet anses det

som mindre troligt att flickorna svarar positivt på försök till social inlärning. Det är även troligt att dessa flickor möter mer ogillande, och kanske även frustration, från både föräldrar och omgivningen i sina försök att hantera de egna problemen.

Keenan & Shaw (1997) tänker sig att flickor generellt sett är väl rustade att möta utmaningarna för inträde i skolåldern, tack vare välutvecklade sociala och emotionella förmågor. Flickornas nästa utmaning i utvecklingen kommer när de når tonåren. I denna ålder består flickors utmaning främst av att hantera separation, individuation, oberoende från familjen och inträde till vuxenlivet. Vid detta stadium i flickors utveckling kombineras den psykologiska utmaningen med de fysiska pubertetsförändringarna som även de kräver anpassning. I jämförelse med skolstarten kan denna övergång komma mer överraskande för flickorna. Känsligheten för flickorna vid denna ålder kan till viss del liknas vid de problem som pojkarna hade i den tidiga barndomen. Den stress det innebär att möta de nya kraven innebär en ökad risk för att flickor skall agera ut sina symtom. Speciellt gäller detta för flickor med problem i tidig barndom, vars symtom tidigare ignorerats. Sammantaget menar Keenan och Shaw att tonårstiden för dessa flickor i hög grad riskerar att präglas av depressioner och ångest.

#### *Moffitts modell över åldersbeständigt och tonårsbegränsat antisocialt beteende*

Enligt Moffitt (1993) finns det klara individuella skillnader i stabiliteten av det antisociala beteendet. Många människor betar sig antisocialt men detta beteende är oftast tillfälligt och situationsbundet. I motsats till detta är det antisociala beteendet hos andra människor mer stabilt och varaktigt. Tillfälligt, situationsbundet antisocialt beteende är ganska vanligt, speciellt bland tonåringar. Det stabila och varaktiga antisociala beteendet återfinns hos ett litet antal män vars problem är tämligen extremt. Om man ser till åldersfördelningen för tidpunkten vid första brott, i den officiella statistiken över brottslighet, kan det utläsas att prevalensen är som högst i tonåren med en topp i 17-årsåldern och en brant nergång i början av vuxenlivet. Majoriteten av kriminaliteten utförs av tonåringar och strax efter 20-årsåldern minskar antalet förbrytare med över 50 %, för att nästan ha upphört strax före 30 års ålder (Blumstein & Cohen, 1987; Farrington, 1986 i Moffitt, 1993). Forskning på uppförandestörning har dock påvisat att antisocialt beteende börjar långt före den ålder då det först syns i polisens dataregister. Det anses väldokumenterat att minskningen av det antisociala beteendet mellan 17–30 års ålder kontrasteras mot en uppgång mellan 7-17 års ålder (Loeber et al., 1989 i Moffitt, 1993; Wolfgang et al. 1972 i Moffitt, 1993). Då polisrapporterna endast visar toppen av ett isberg, jämfört med till exempel självrapporter,

beräknas den faktiska brottsligheten vara så hög i tonåren att medverkan i brottslighet verkar vara en normal företeelse i denna ålder (Elliot et al., 1983 i Moffitt, 1993). Något för tonåren unikt fenomen verkar orsaka en stor mängd ungdomar att tillfälligt ansluta sig till den lilla skaran av antisociala individer och begå brott. En liten grupp av personer visar sig kontinuerligt, oberoende av ålder, vara inblandade i antisocialt beteende. Dessa benämner Moffitt (1993) som åldersbeständiga (life-course-persistent, förf. övers.) för att avspegla deras varaktighet och tidiga debut. En större grupp personer passar in i den åldersrelaterade brottskurvan med kortare varaktighet, vilka benämns som tonårsbegränsad (adolescence-limited, förf. övers.) för att avspegla deras tillfälliga inblandning i antisocialt beteende. Följaktligen avgör både debutåldern och varaktigheten av det antisociala beteendet definitionen av de två föreslagna typerna av förbrytare.

Individer med åldersbeständigt antisocialt beteende är ett fåtal till antalet och förändrar uttrycket för sin antisocialitet över ålder. Från bitande och slag i fyraårsåldern till snattande och skolk i tioårsåldern, respektive drogförsäljning och bilstölder i 16-årsåldern och rån och våldtäkt i 22-årsåldern samt bedrägeri och barnmisshandel i 30-årsåldern. Den underliggande benägenheten för antisocialt beteende är den samma men dess uttryckssätt skiljer sig således för olika åldrar. Prognosen för de personer med åldersbeständigt antisocialt beteende är för dessa individer dystert: Drog- och alkoholproblematik, oordnade arbetsförhållanden, skulder, bostadsproblem, rattfylleri, misshandel, relationsproblematik, brister i vården av egna barn och psykiatriska störningar förekommer i mycket hög grad för brottslingar som fortsätter med sin antisociala livsstil efter 25 års ålder (Farrington & West, 1990 i Moffitt, 1993; Sampson & Laub, 1990). Följaktligen förekommer det åldersbeständiga antisociala beteendet under större delen av livet men uttryckssättet förändras med ålder och med hur de sociala omständigheterna förändras. Orsakerna till detta beteende tycks ha sitt ursprung i en kombination av neuropsykiatriska faktorer samt med föräldra-barn relationen och uppväxtsituationen (Moffitt, 1993).

Enligt teorin är diskontinuitet ett kännetecken för den tonårsbegränsade brottsligheten där inget antisocialt beteende förekommer i barndomen och endast begränsad antisocialt beteende i vuxenlivet. Denna typ av brottslingar har inte heller någon kontinuitet i de antisociala beteendena över situationer, något som kännetecknar mer åldersbeständigt beteende. De kan till exempel snatta i affärer och använda droger tillsammans med sina vänner men de kan sköta sig i skolan. De är mer sannolikt involverade i antisocialt beteende i situationer där resultatet kan upplevas som positivt men avstår också från ett antisocialt beteende när en prosocial attityd är mer belönande. De har alltså mer kontroll över sina

antisociala handlingar och använder endast det antisociala beteendet i situationer där det kan ha en instrumentell funktion. En förklaring till detta beteende, är att tonårsbrottslingarna imiterar de åldersbeständigt antisociala personernas beteende (Moffitt, 1993). I mitten av tonåren är dessa ungdomar fortfarande ekonomiskt och socialt beroende av sina uppväxtfamiljer och tillåts endast ta några få viktiga beslut rörande sitt egna liv. Trots detta är de angelägna att etablera intima band med det motsatta könet, skaffa materiell egendom, fatta egna beslut och att räknas som betydelsefulla vuxna individer. Tonåringar är därför fast i en mognadsdiskrepans, där de fastnar mellan den biologiska åldern och sin sociala ålder (Csikszentmihalyi & Larsson, 1984 i Moffitt, 1993). Moffitt (1993) påtalar att en konsekvens av detta mognadsgap kan vara förändringen i tidiga tonåren, då ungdomar med mer varaktigt antisocialt beteende går från en mer perifer tillvaro till att få en mer inflytelsefull position. Denna förändring uppstår som en aspekt av att den antisociala stilen blir mer intressant för andra ungdomar. Tonåringar som önskar att bli betraktade som vuxna och mogna anammar då ett antisocialt beteende med ökad självständighet som mer liknar vuxenlivet än barndomen. Brottslighet går alltså från att vara individuell problematik till ett normativt grupp-beteende i tonåren och därefter tillbaka till att bli individuellt problematiskt. Prevalensen för antisocialt beteende är så hög, med utgångspunkt från självskattningsformulär, att det anses normalt snarare än problematiskt att vara inblandad i någon form av brottslighet under tonåren. Flera förklaringar föreslås av Moffitt (1993) för att förstå varför vissa tonåringar inte blir involverade i brottsliga aktiviteter. En är att de kommer sent in i puberteten och inte upplever det ovan nämnda mognadsgap som flera av deras jämnåriga gör. En annan att de antar en roll eller knyter sig till rollmodeller som är respekterade av vuxna. En tredje att miljön ger begränsade möjligheter till inläring av brottslighet. En fjärde att de har karaktärsdrag som exkluderar de från vänner med antisocialt beteende eller möjligen en kombination av dessa fyra faktorer.

Silverthorn och Frick (1999) undersöker närmare forskningen runt utvecklingen av antisocialt beteende i tonåren. De kommer fram till att modell av Moffitt (1993) är framtagen med hänsyn till pojkars antisocialitet och behöver en anpassning för att fungera även för flickor, där forskningen är betydligt mer begränsad. Författarna hävdar att omständigheterna för flickor med tidiga problem, och som senare utvecklar ett antisocialt beteende, är desamma som för pojkar med tidig debut. Gemensamt är även att de har nedsatt anpassning till vuxenlivet men det som skiljer flickorna från dessa pojkar är att de vanligtvis inte uppvisar något antisocialt beteende förrän i tonåren. Författarna föreslår därför en tredje väg till antisocialt beteende som är anpassad till flickor, kallad försenad debut (delayed-onset, förf.



övers.). Denna beskrivs som flickornas enda väg till antisocialt beteende och är en kombination av de två vägarna för pojkar. För flickorna hämtas problemens ursprung från modellens tidiga debut av antisocialt beteende men utvecklandet av kriminalitet kommer först i tonåren. Författarna hävdar att deras utvidgade modell, med försenad debut för flickor, bygger på antagandet att många av de förmodade patogena mekanismerna som bidrar till utvecklandet av antisocialt beteende hos flickor, såsom kognitiva och neuropsykologiska brister samt en dysfunktionell uppväxtmiljö och/eller en hård och känslolös interpersonell föräldrastil, kan vara närvarande i uppväxten. Denna problematik leder dock inte till allvarligt eller uppenbart antisocialt beteende förrän i tonåren hos dessa flickor men är precis som hos pojkarna starkt förknippat med ett livslångt antisocialt beteende. Primärt har flickorna med försenad debut individuella sårbarheter. Ofta iakttas temperamentssvårigheter, bristande impulskontroll och kognitiva eller neurologiska brister. Dessa interagerar med dysfunktionell uppväxtmiljö med risk för utveckling av en serie med misslyckade förälder-barn interaktioner. Initialt har flickorna ett öppet utagerande som förskolebarn, beroende på deras temperament och interaktionssvårigheterna. Dessa är desamma som för tidigt debuterande antisociala pojkar. Flickor följer dock inte samma väg som pojkarna utan uppvisar få allvarliga antisociala beteenden i barndomen. Det förmodas att trycket för inläring av sociala normer från föräldrar, lärare och vänner gör att flickor anammar stereotypa kvinnliga beteenden. Detta varar fram till puberteten då flickorna, med den försenade debuten, börjar öppet visa ett antisocialt beteende. Förändringen i beteende kan vara resultatet av en blandning av de fysiska, hormonella och psykologiska förändringar som inträffar under puberteten. Kombinationen av dessa kumulativa effekter, i relation till konsekvenserna av deras beteenden och interpersonella stil, leder till en negativ utveckling för dessa flickor som vuxna. För många flickor leder konsekvenserna av tidigare och fortlöpande beteenden till inåtvändhetsproblematik, missbruk och/eller somatiseringsyndrom (Silverthorn & Frick, 1999).

Moffitt et al. (2001) tillbakavisar att det skulle finnas en tredje väg för flickor och menar att de visserligen är betydligt mer antisociala efter puberteten än i övriga åldrar men att de är det främst under inflytande av pojkar som är mer antisociala än flickorna i alla åldrar. Flickor har dock viss antisocialitet även i andra åldrar men att den kan betecknas som åldersbeständig är ytterst ovanligt, vilket uppskattas till endast en av hundra flickor.

Silverthorn et al. (2001) testar sitt begrepp angående försenad debut för flickor genom att jämföra 72 pojkar och flickor med uppförandestörning och deras bakgrundshistoria. Baserat på en kombination av självrapportering och brottsregister visade resultatet att

pojkar var ganska jämnt fördelade mellan tidig debut och tonårsdebut samt angående uppförandestörningssymtom. Flickorna var däremot mer enhälligt att betrakta som tonårsdebuterande. Trots detta tenderade de antisociala flickorna att likna pojkarna som hade tidig debut gällande personlighetsdrag som exempelvis att uppvisa problem med impuls kontroll samt en kombination av att vara både okänslig och ha en känslolös interpersonell stil. Författarna hävdar därför att den tvådelade modellen, med tidig debut och tonårsbegränsad antisocialitet behöver kompletteras för att kunna förklara även utvecklingen för flickor.

Kratzer och Hodgins (1999) använder sig av en liknande modell över kriminellt beteende, ursprungligen formulerad av Farrington (1983, i Kratzer & Hodgins, 1999), med fyra olika grupperingar av kriminellt beteende där man testat Moffitts (1993) teori: Tidig debut, tonårsbegränsad debut, oregelbunden kriminalitet samt sen kriminell debut.

#### *Riskfaktorer i uppväxten för utvecklandet av antisocialt beteende*

Moffitt et al. (2001) sammanfattade en omfattande översikt över ungdomsbrottslighet av Farrington et al. (1990 i Moffitt et al., 2001), med ett konstaterande om att tidig debut av ett antisocialt beteende är den enskilt bästa prediktorn för kriminellt beteende som vuxen. I Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) delar författarna in riskfaktorer för utvecklandet av antisocialt beteende i fem olika områden: (1) *föräldrars riskfaktorer* (t.ex. moderns läskunskaper, ålder och IQ), (2) *familjens riskfaktorer* (t.ex. inkonsekvent disciplinering, familjekonflikter, antal år med en ensam förälder, och relation med föräldrar), (3) *barnets neurokognitiva riskfaktorer* (t.ex. neurologiska avvikelser, intelligens och läskunskaper), (4) *barnets beteendemässiga riskfaktorer* (t.ex. temperament, hyperaktivitet och inåtvändhetsproblematik) samt (5) *kamratrelationsproblematik* (t.ex. anknytning till kamrater, kamraters brottslighet och det egna skolintresset).

Resultaten visade att flickorna fick signifikanta korrelationer mellan ökad risk att utveckla antisocialt beteende och på samtliga förutom en av de sju riskfaktorerna hos föräldrarna, samtliga förutom en av de nio riskfaktorerna inom familjen, fem av de nio neurokognitiva riskfaktorerna, samtliga förutom en av de sex beteendemässiga riskfaktorerna och samtliga av de fem riskfaktorerna rörande kamratrelationsproblematik (Moffitt et al., 2001).

#### *Utveckling av allvarlig psykisk störning*

The Stockholm Metropolitan Project (SMP) är ett unikt datainsamlingsprojekt som följer 15 117 personer, födda i Stockholm 1953. Dessa personer följdes från födseln fram till 30-

årsåldern med hjälp av ett stort antal dataregister, bland annat från sjukvården, skolan, kriminalregister och socialtjänsten. Det ursprungliga syftet var att studera jämlikhet och avvikande beteenden men materialet har använts som bas för olika syften i en rad olika studier. Hodgins och Janson (2002) utgick från SMP för att studera kriminalitet och psykiska störningar. Författarna delade in de som vid något tillfälle hade varit inlagda för psykiatrisk vård i tre grupper för en jämförelse av brottslighet: (1) de som har blivit diagnostiserade med en APS (vilket i den här studien innebär de med allvarliga och kroniska psykiska störningar i form av schizofreni, bipolära syndrom och egentlig depression), (2) de med alkohol och/eller drogrelaterade störningar och (3) de med andra störningar. Även två andra gruppindelningar gjordes med personer som inte ingick i de tre ovanstående: En grupp som bestod av personer med mental retardation och en grupp bestående av övriga personerna i populationen som inte varit inlagda för psykiatrisk vård eller gått i specialklass för utvecklingsstörda barn.

Resultaten från Hodgins och Janson (2002) visade bland annat att av de kvinnor som utvecklade en APS, före 30 års ålder, begick 19 % (50 %) (männens siffror inom parentes) minst ett brott före 30 års ålder och av de med alkohol och/eller drogrelaterade störningar 70,7 % (92,9 %) och för de med mental retardation 15,3 % (56,5 %). Risken för att ha begått minst ett brott ökade 3,78 gånger (2,15) för de kvinnor som utvecklade en APS. Författarna pekar dock på att det i materialet inte ingår de som blir dömda till vård och inte heller de som vid datainsamlingen fortfarande var under vård. Det som även måste tas hänsyn till är att de personer som utvecklar en APS dör tidigare och var oftare under tvångsvård, vilket även det påverkar det statistiska underlaget. I studien påpekar även författarna att de med APS är lättare att upptäcka för polisen då de uppträder mer avvikande, stannar oftare kvar vid brottsplatsen och i högre grad erkänner sina brott. Stora nerläggningar inom den psykiatriska vården, under den aktuella tidsperioden, och en markant ökad användning av antipsykotiska, antidepressiva och stämningsstabiliserande mediciner är andra faktorer som spelar in för brottsligheten för de personer med en APS. Samtidigt skärptes även lagarna kring möjligheterna att tvångsvårda psykiskt sjuka personer och utökade rättigheter att vägra vård infördes. Detta gjorde lagstiftningen om tvångsvård mer svårtillämpad. Hodgins och Janson (2002) framhäver en ökad sannolikhet för att personer med en APS tillbringar mer tid i samhället med sjukdomssymtom, går längre tid med ett aktivt missbruk, begår fler brott och fler självmord som en följd av nämnda förändringar i lagstiftning och praxis.

När det gäller brottslighet noterar Hodgins och Janson (2002) att tidpunkten för kvinnornas första brott var tämligen jämnt fördelat över åldrarna, från tonåren och upp till 30 års ålder, för samtliga kategorier. En uppdelning görs mellan de som hade tidig och sen (eller

ingen) brottsdebut, definierat som före och efter fyllda 18 år. Denna statistik visar att av de kvinnor som hade tidig brottsdebut blev 50 % (15,3 %) (männens siffror inom parentes) dömda för endast ett brott men av de som hade sen brottsdebut hade ingen (60 %) blivit dömd för mer än ett brott och över hälften (0 %) hade inte blivit dömda för något brott.

Hodgins och Janson (2002) gör även en analys av riskfaktorer för att utveckla en APS men separerade här inte kvinnorna från männen. Riskfaktorer som bearbetas är bland annat graviditet, familjeproblem, intellektuell förmåga, skolprestationer och beteendeproblem i tre olika ålderskategorier. Generellt visar resultatet att de personer som senare utvecklade en APS hade under uppväxten mer problem inom alla områden och i alla åldrar. Detta blir ännu tydligare för de som dessutom hade tidig brottsdebut. Exempelvis hade 63 % av de personer som utvecklat en APS och som hade tidig brottsdebut, dåliga betyg i tonåren jämfört med de utan APS. Proportionellt sett hade fler av de personerna med en APS växt upp i problematiska familjer. Detta var genomgående för hela skolåldern och i tonåren förekom även högre grad problem i familjen som krävde ingripande av socialtjänsten. Att enbart ha familjeproblem, eller familjeproblem tillsammans med andra problem före skolåldern, innebar större sannolikhet för problem i tonåren än både låga resultat på intelligenstest eller att ha låga betyg. Bland de personerna med en APS som hade beteendeproblem och låga betyg i tonåren ökade risken för tidig debut av brottslighet dramatiskt. Nästan all brottslighet föregicks av någon form av beteendeproblem i barndomen, antingen enbart eller i kombination med annan problematik. (Hodgins & Janson, 2002) hävdar att det är de ackumulerade riskfaktorerna och dess varaktighet som leder till negativ utveckling samt ökar risken för brottslighet men utfallet beror även på hur tidigt problemen uppstår. För att motverka denna utveckling krävs att insatser sätts in så tidigt som möjligt, till exempel genom hjälp med att utveckla positiva relationer med kamrater, föräldrar och lärare. Olika kognitiva tekniker och beteendelärningsprogram kan också användas för att lära ut hantering och begränsning av impulsivt beteende samt att lära sig att respektera de sociala normerna. Med dessa insatser skulle ökningen av svårigheterna kunna avta och kanske upphöra.

### *Anknytning och anknytningsteori*

Begreppet anknytning är, då det används inom utvecklingspsykologin, en svensk översättning av det engelska begreppet attachment i betydelsen något mindre som hänger ihop med något större (Broberg et al., 2003). Den engelske barnpsykiatrikern John Bowlby anses oftast vara upphovsman till anknytningsteorin, vilken fokuserar på den process som resulterar i ett känslomässigt och psykologisk band mellan ett barn och dess primära vårdare.

Anknytningsteorin är känd över hela världen, även om den oftast förknippas med forskning på icke kliniska populationer och då mestadels på spädbarn och deras föräldrar. Däremot är det troligen tämligen okänt för flertalet att Bowlby redan på mitten av 1940-talet observerar att unga kriminella utvecklar en känslolös karaktär och postulerar att detta är ett resultat av ackumulerade erfarenheter av separationer från sina anknytningspersoner under barndomen (Bowlby, 1977; Broberg et al., 2003; van Ijzendoorn et al., 1997).

Utifrån ett anknytningsperspektiv är människans behov av tillhörighet, relationer med andra och samhörighet med samhället i stort, centralt. Dessa behov har en kraftfull påverkan på, samt i vissa avseenden förklarande funktion av, vår individuella personliga utveckling och beteendepertoar (Rich, 2006). Artikelförfattaren anser att tidiga anknytningserfarenheter kan fungera både som riskfaktor och salutogen faktor, då de tenderar att påverka såväl riktning som takt för den kommande utvecklingen. Den tidiga anknytningen är ingen absolut prediktor utan fungerar snarare, menar Rich (2006), likt en indikator på hur den sociala och emotionella utvecklingen sannolikt kommer att se ut.

Forskare och kliniker benämner och delar in anknytningsmönster på skilda sätt, framför allt då det gäller de icke trygga anknytningsmönstren, men de kommer i denna uppsats hädanefter att delas in i två huvudkategorier; trygg respektive otrygg. Den sistnämnda kategorin inkluderar exempelvis undvikande, ambivalent, avvisande, desorganiserad och ängslig, men med hänsyn till denna uppsats syfte görs ingen mer differentierad indelning. De anknytningsmönster som inte tillhör kategorin trygg faller således in i den otrygga kategorin. Den psykologiska delen av anknytningsteorin är, enligt Rich (2006), väsentligen en psykodynamisk modell över människans utveckling av personlighet och relationer. Bowlby (1977) menar dock att även om anknytningsteori visserligen införlivar en del psykoanalytiskt tänkande, så härstammar många av dess principer från etologin och kognitiv psykologi. Det sistnämnda bekräftas av både Perris (1999) och Beck et al. (2004), vilka vidare anser att anknytningsteori är det främsta bidraget hitintills för djupare förståelse av individers personlighetsutveckling. De menar att anknytning är en potentiellt avgörande faktor avseende utveckling av såväl normal som störd personlighet. Den stora majoriteten av anhängare till anknytningsteori är överens om att hänsyn alltid måste tas till individens biologiska och genetiska arv samt dess sociala miljö (Allen & Hauser, 1996; Bowlby, 1977; Brennan & Shaver, 1998; Broberg et al., 2003; van Ijzendoorn et al., 1997; Ryder, 2007).

*Biologi och neurobiologi.* Anknytningsteorin är rotad i anknytningens biologi och neurobiologi. Teorin erbjuder modeller över mänsklig utveckling, dynamik och interaktion, samtidigt som den tydliggör att anknytning är en biologisk process långt innan den blir

psykologisk (Bowlby, 1977; Rich, 2006). I princip alla däggdjursarter uppvisar anknytningsbeteenden, varför de bedöms fylla viktiga biologiska funktioner, såsom exempelvis beskydd (Bowlby, 1977). Anknytning har således en evolutionsbiologisk bas, vilket bland annat innebär att behovet av att knyta an är tvingande. Detta överensstämmer med andra grundläggande biologiska behov, som exempelvis behovet av mat. Människobarnet bedöms vidare vara skörare än andra däggdjur då det föds mer ofullgånget, varför den tidiga relationen mellan spädbarnet och dess primära vårdare är särskilt viktig. Spädbarnet är, för att överleva, under sina första månader i livet totalt beroende av vuxna vårdare (Bowlby, 1977; Broberg et al., 2003). Anknytningen sker automatiskt och instinktivt, likt prägling hos andra djurarter, på basis av fysisk kontakt mellan barnet och vårdaren. Då anknytning vanligtvis sker instinktivt kan barnet, menar Broberg et al. (2003), inte låta bli att knyta an till den vuxne oavsett om denne är lämplig eller ej. Att barnet de facto knutit an till sin förälder säger således inget om dennes lämplighet. Fysisk misshandel under spädbarnstiden kan till och med stärka barnets anknytningsbeteende. Däremot varierar kvaliteten på anknytningen och konsekvenserna för den fortsatta utvecklingen kraftigt utifrån hur lyhört och samstämt det känslomässiga samspelet är (Broberg et al., 2003).

Inom neuro- och psykobiologin kopplas anknytningserfarenheter samman med specifika hjärnstrukturers fysiska utveckling. En framstående forskare inom neuropsykologi, Allan Schore (1997, 2001), hävdar att individer med otrygg anknytning, i jämförelse med dem med trygg anknytning, har en mindre mängd signalsubstans som överför signaler mellan nerver i det limbiska systemet, vilket bland annat spelar en viktig roll vid reglering av emotioner. Han menar vidare att de ställen där överföring av impulser mellan nervceller äger rum (synapser) i den nedre delen av pannloberna, hos barn som utsatts för misshandel, försummelse, vanvård eller kroniskt felaktig intoning, minskar i antal. Detta försämrar bland annat individens förmåga att tolka situationer som väcker ilska och andra emotioner (Schore, 1997, 2001).

Enligt Schore (1997) är den gängse uppfattningen nu inom det neuropsykologiska och psykobiologiska forskningsfältet att en händelse i den sociala miljön, vilken värderas som emotionellt meningsfull, direkt kan orsaka neurokemisk förändring. Denna förändring är en av flera faktorer som sedermera framkallar psykisk sjukdom. Artikelförfattaren menar vidare att om ett spädbarn inte får tillräckligt med erfarenheter av en vuxens emotionella respons på sina anknytningsbeteenden, så kommer dess limbiska system hantera den naturligt stressiga dynamik, som han menar finns i alla mänskliga relationer, sämre. Han tänker sig vidare, att detta system tenderar att bli statiskt och stängt. Överlag är systemet utrustat med defensiva strukturer, vilka ska skydda mot förväntade anfall. Dessa anfall sker oftast i relationella

sammanhang och kan till exempel utlösa smärtsamma affektiva tillstånd, som exempelvis skam. Skam har sannolikt en avvisande och bromsande funktion i sociala sammanhang, så att individen lär sig läsa av och anpassa sig till andra. De med otrygg anknytning har dock inte under sin uppväxt haft någon vuxen som hjälpt dem att tona och reglera starka negativa känslor såsom skam, svartsjuka och övergivenhetskänsla, varför dessa istället förblir hotande och skrämmande. Då individen undviker nya situationer samt har nedsatt kapacitet för att hantera utmanande situationer, så sker heller ingen exponering för att etablera nya socioemotionella inlärningserfarenheter, vilka enligt författaren, krävs för den fortsatta erfarenhetsberoende tillväxten av höger hjärnhalva. Schore (1997) menar avslutningsvis att ovanstående begränsningar i sin tur har negativ påverkan på den framtida vägen av personlighetsutvecklingen.

Det forskas även kring anknytning ur ett beteendegenetiskt perspektiv, med andra ord kring genetiska orsaker till anknytningsbeteenden. Donnellan et al. (2008) uppskattar i sin tvillingstudie med beteendegenetiska metoder, såväl genetikens som omgivningens bidrag till dels anknytningsrelaterad ångest samt undvikande och dels överlappning mellan dessa anknytningsdimensioner och personlighetsdrag enligt Big Five.

I denna sistnämnda femfaktormodell beskrivs den mänskliga personligheten utifrån fem grundläggande drag, som varken är kultur- eller situationsberoende. Modellen särskiljer vidare fem faktorer som styr dessa drag och som bedöms vara centrala för personligheten. De fem faktorerna är neuroticism (ibland kallad emotionell instabilitet), extraversion (sällskaplighet, självsäkerhet), öppenhet (fantasi, nyfikenhet, flexibilitet), vänlighet (tillit, hjälpsamhet) samt samvetsgrannhet (plikttrohet, självdisciplin). Vid en analys av över 150 longitudinella studier konstaterades att personlighetsdragen är tämligen stabila mellan 18-73 års ålder. Det förekommer dock viss variation, vilket kan ses som en påminnelse om att personligheten under vuxenlivet trots allt har viss förändringspotential (Berk, 2004; Farmer et al., 2002).

Deltagarna, i ovanstående studie (Donnellan et al., 2008), är 134 par enäggstvillingar samt 139 par tvåäggstvillingar (n=546) i åldern 18-28 år. Artikelförfattarna skattar personlighetsdimensioner med hjälp av NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) som är ett välkänt självskattningsformulär. De bedömer dimensioner av vuxenanknytning utifrån ett strukturerat intervjuprotokoll; Adult Attachment Interview (AAI). I en metaanalys, av detta instruments prediktiva validitet, anger van Ijzendoorn (1995) att överensstämmelsen mellan trygg respektive otrygg anknytning är 75 %.

Som ett första led i den statistiska analysen gör de univariat beteendegenetisk analys i syfte att uppskatta det relativa bidraget, av additiva genetiska effekter, effekter av delad respektive icke delad miljöeffekt, till personlighetsdrag samt anknytningskaraktär. Vidare undersöks överlappning mellan personlighet och anknytning genom regressionsanalys, i syfte att få fram de variabler som därpå ska ingå i den multivariata beteendegenetiska analysen. Donnellan et al. (2008) gör utifrån dessa analyser två huvudsakliga fynd. De finner dels att individuella skillnader avseende anknytningsrelaterad ångest och undvikande är ärftliga och dels att genetiska faktorer står för huvuddelen av överlappningen mellan personlighetsdrag och anknytning. Avslutningsvis sammanfattar de att de med denna typ av design fann att individuella skillnader avseende anknytning i vuxen ålder påverkas av både arv och miljö (Donnellan et al., 2008).

Särskilt intressant är att deras resultat tyder på att miljöfaktorer inte är det enda som förklarar individuella skillnader av vuxnas anknytning. Det verkar vidare som att de miljöfaktorer som trots allt påverkar är sådana som syskon inte delar, vilket kan tyda på medfödda skillnader avseende exempelvis temperament. Detta kan innebära att vissa temperamental kännetecken, exempelvis återhållsamhet, påverkar utvecklingen av anknytningens inre arbetsmodell (se nedan). Denna kan i sin tur forma de subjektiva känsloupplevelserna som sedermera får konsekvenser i sociala sammanhang.

*Primära omsorgspersoner.* Ett barns anknytningsbeteende kompletteras, enligt Bowlby (1977), av de primära omsorgspersonernas responsbeteenden, vilka inte enbart har en nyckelroll avseende hur de besvarar barnet och därmed bekräftar eller avvisar detsamma. Bowlby hävdar vidare att det är bevisat att föräldrars gensvar i hög grad determinerar huruvida individens framtida mentala hälsa blir god eller ej. Han anser att det finns starka kausala samband mellan en individs erfarenheter av sina föräldrar och dennes kapacitet att på egen hand skapa känslomässiga band till andra. Bowlby menar vidare att vissa specifika variationer av denna kapacitet längre fram manifesteras i äktenskapsproblem, problem med egna barn samt neurotisk problematik och personlighetsstörningar. Bowlby anser att det måste uppmärksammas i vilken omfattning föräldrarna förser barnet med en trygg bas samt i vilken grad de uppmuntrar barnet till att utforska det som finns utanför denna bas.

En del barn växer upp med föräldrar som, av en eller annan anledning, inte lyckas förse barnet med just detta. Patogent föräldraskap manifesteras, enligt Bowlby, oftast i typiska familjemönster, exempelvis enligt nedan:



- 1) konsekvent negligering av barnets omsorgs-triggande beteenden och/eller aktivt nedvärderande och avvisande.
- 2) föräldraskapet kännetecknas av avbrott.
- 3) föräldrar hotar att inte älska barnet, i syfte att kontrollera.
- 4) förälder hotar att överge familjen, i syfte att disciplinera barnet eller betvinga make/maka.
- 5) en förälder hotar att antingen överge eller mörda den andre föräldern eller att begå suicid.

Patogena familjemönster är, enligt Bowlby (1977), mer vanligt förekommande än vad som vanligen antas. Han anser vidare att det utöver de ovan angivna finns en mängd andra mönster på störda familjefunktioner, vilka alla på ett eller annat sätt har en patologisk påverkan på personlighetsutvecklingen samt utvecklingen av anknytningsbeteenden. Det kanske mest välkända exemplet på detta är den emotionellt avskärmade individen, som är oförmögen att vidmakthålla stabila känslomässiga band, som i flera sammanhang benämns psykopat.

*Inre arbetsmodell.* Anknytningsmönster bedöms, oavsett om uppväxten präglas av trygghet eller otrygghet, vara dynamiskt och föränderligt i livets initiala skede, för att därefter bli alltmer statiskt och kvarstå relativt oförändrat under resterande delen av livet (Bowlby, 1977; Rich, 2006). Under barndomen utvecklas en internaliserad representation, även kallad inre arbetsmodell, av nära anknytningsrelationer. Om ett barn upplever sig odugligt eller oönskat av till exempel sina föräldrar, så kommer det för barnet att innebära mer än att föräldrarna anser detta. Initialt innebär det att barnet självt ser sig som oduglig och oönskad, men leder så småningom även till att barnet tror att detta är en universell uppfattning (Bowlby, 1977; Ryder, 2007).

Tendensen hos denna inre arbetsmodell är snarare assimilation än ackommodation, vilket i korthet innebär att nya situationer och erfarenheter tolkas så att de stämmer överens med tidigare erfarenheter hellre än att uppfattas och bemötas på ett helt nytt sätt. Detta snedvrider dels individens uppfattning om sig själv och andra och dels dennes förväntningar på hur andra ska bete sig, vilket sannolikt leder till missförstånd och konflikter (Allen et al., 1996; Beck et al., 2004; Bowlby, 1977). Ansbro (2008) menar att om en individ med tidiga otrygga anknytningserfarenheter i ett kliniskt sammanhang upplever exempelvis byte av terapeut, förflyttning från en avdelning till en annan eller kanske uppfattar behandlingsplanen som otydlig, tenderar beteenden av otrygga anknytningsrelationer från förr att replikeras.

Ansbro (2008) ser det som sannolikt att detta allmänt skulle försvåra psykoterapeutisk behandling, vilket stöds av Timmerman och Emmelkamp (2006).

Constantino et al. (2006) gör i sin tvillingstudie ett randomiserat urval, om 33 par (n=66), från en redan befintlig population av enäggstvillingflickor i åldern 13-26. Syftet är att undersöka vilka faktorer som påverkar deras inre arbetsmodeller av anknytningsrelationer. För att åstadkomma en jämn fördelning av flickor med respektive utan avvikande socialt beteende, fördelas dessa flickor vidare i två separata grupper. En av grupperna består av enäggstvillingar, vilka växt upp tillsammans, där en eller båda av flickorna uppvisar två eller fler symtom på uppförandestörning, enligt DSM-III-R (APA, 1997 i Constantino et al., 2006). Den andra gruppen består av enäggstvillingar, vilka växt upp tillsammans, där ingen av flickorna uppvisar två eller fler symtom. Det finns inga signifikanta skillnader mellan dessa stickprov med avseende på ålder, etnicitet, boendeområde och median hushållsinkomst. Samtliga intervjuas, av separata och i för hållande till varandra oberoende intervjuare, utifrån AAI. I syfte att mäta nuvarande grad av aggressivt beteende används, parallellt med AAI, ett empiriskt validerat (Achenbach System of Empirically Based Assessment [ASEBA]) skattningsinstrument, närmare bestämt Child Behaviour Checklist (CBCL) i både barn- och vuxenversion. Constantino et al. (2006) gör gällande att detta sistnämnda instruments skattningar avseende aggressivt beteende samt genetisk struktur är stabila över tid. Vidare kan nämnas att detta instrument finns med på Socialstyrelsens lista över etablerade standardiserade bedömningsmetoder (Socialstyrelsen, 2008). Constantino et al. (2006) finner i denna tvillingstudie inga proportionella skillnader mellan trygg respektive otrygg anknytning bland individer med respektive utan två eller fler symtom på uppförandestörning. Däremot finner de att genetiska faktorer samt delad miljö i hög omfattning påverkar typ av anknytning. De finner vidare att otrygg anknytning kan kopplas samman med flickornas nuvarande grad av aggressivitet. Enligt denna studie är det inte nödvändigtvis så att kvinnorna under sin uppväxt uppvisar symtom på uppförandestörning.

*Utveckling av beteendeproblematik.* Anknytningsteorin syftar visserligen inte till att tillämpas specifikt inom vare sig forensisk psykologi eller kriminologi, men betonar att anknytningssvårigheter bidrar till beteendeproblematik i stort, missnöje med relationer i såväl det privata som sociala livet samt hindrar utveckling av metakognition och självreglering. Samtliga av dessa faktorer framstår i sin tur som centrala vid utveckling av kriminellt beteende (Hirschi, 2002; Rich, 2006). Vidare är en otrygg anknytning en viktig etiologisk faktor vid utveckling av personlighetsstörning och annan psykisk ohälsa (Beck et al., 2004;

Bowlby, 1977; van Ijzendoorn et al., 1997; Perris, 1999; Rich, 2006; Timmerman & Emmelkamp, 2006).

Ansbro (2008) hävdar att otrygg anknytning inte leder till samma utveckling för flickor som för pojkar, då den tidiga otrygga anknytningen inte är en lika stark prediktor för flickor som för pojkar. Det framgår inte på vilket sätt deras utveckling skiljer sig åt eller om det kan tänkas bero på mätinstrumentets könsbias. Ryder (2007) studerar anknytningstyper specifikt hos flickor (n=24) i åldrarna 13-16 år, som dömts och arresterats för någon form av våldsbrott. Hon finner att flickornas anknytning till sina föräldrar är otrygg, då de under anknytningsfasen upplevt såväl signifikanta förluster som våldsinslag, vilket avbrutit deras inledda anknytningsprocess. Ryder (2007) menar att denna avbrutna anknytning i kombination med frånvaro av stöd från annat håll, lett in flickorna på en väg kantad av missanpassat beteende, inklusive våld.

Allt fler forskare inom forensisk psykologi har under senare år intresserat sig för anknytningsteori. Då forensisk psykologi i huvudsak behandlar personer som begår kriminella handlingar fokuseras framför allt på de anknytningsmönster som, direkt eller indirekt, leder till svårigheter ur såväl ett individuellt som samhälleligt perspektiv. En tidig otrygg anknytning är i sig varken nödvändig eller tillräcklig för att en senare utveckling av exempelvis kriminellt beteende ska ske. Det bör därför poängteras att en klar majoritet av alla dem som växt upp med en otrygg anknytning varken utvecklar kriminellt beteende eller lever särskilt dysfunktionella liv (Ansbro, 2008; Bowlby, 1977, Rich, 2006). Anknytnings-svårigheter leder således inte i sig till utveckling av antisocialitet, även om risken bedöms öka för detsamma. Studier visar däremot att populationer med patienter vid rättspsykiatriska kliniker och intagna vid kriminalvårdsanstalter har signifikant högre andel individer med otrygg anknytning jämfört med kontrollgrupper från allmänbefolkningen (Ansbro, 2008; Timmerman & Emmelkamp, 2006). van Ijzendoorn och Bakermans-Kranenburg (2003) anser att då otrygg anknytning är en riskfaktor för senare beteendeproblematik, så är det av största vikt att vidare undersöka om det är möjligt att undvika att otrygg anknytning uppstår.

*Utveckling av personlighetsstörning.* Det ägnas allt större uppmärksamhet åt och forskas allt mer kring personlighetsstörningar. Kunskapen kring deras etiologi är, detta till trots, ännu idag tämligen begränsad (Rich, 2006). En personlighetsstörning kännetecknas, enligt DSM-IV-TR, av "ett påtagligt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö" (APA, 2002, s. 215). Mönstret kan vidare komma till uttryck inom fyra olika områden; affektivitet, mellanmänskligt samspel, impuls kontroll samt kognitioner. I DSM-IV-TR anges tio specifika

personlighetsstörningsdiagnoser, vilka var och en kännetecknas av karakteristiska mönster, men samtliga tycks kännetecknas av ihållande svårigheter beträffande interpersonella relationer (APA, 2002). Mönstret ska vara stabilt och beständigt samt kunna spåras tillbaka till tidig vuxen ålder för att en personlighetsstörningsdiagnos ska kunna sättas. Beträffande diagnosen antisocial personlighetsstörning förutsätts att patienten uppfyller kriterierna för barn- och ungdomsdiagnosen uppförandestörning.

Perris (1999) instämmer i ovanstående påstående om att det framför allt tycks vara interpersonella relationsproblem som kännetecknar samtliga personlighetsstörningar. Han anser vidare att termen personlighetsstörning i överkant patologiserar hela personligheten och föreslår istället termen ”personalityrelated disorders of interpersonal behaviour” (Perris, 1999, s. 239). Vidare menar Perris (1999) att det utifrån anknytningsteori möjliggörs ett nytt sätt att se på och kanske framför allt bemöta personer som etiketteras med diagnosen personlighetsstörning.

Resultat från olika former av mätningar och skattningar av personlighetsstörning respektive anknytning tenderar att överlappa varandra väsentligt (Brennan & Shaver, 1998; Donnellan et al., 2008; Timmerman & Emmelkamp, 2006). Det har gjorts kliniska studier av personer med en personlighetsstörning inom kluster B vilket, enligt DSM-IV-TR, inkluderar antisocial, borderline, histrionisk samt narcissistisk personlighetsstörning (APA, 2002). I dessa studier konstateras att 90-95 % av kluster B-populationen har otrygg anknytning, vilket kan jämföras med 40 % hos den allmänna befolkningen (Constantino et al., 2006). Det finns vidare ett växande empiriskt stöd för att exempelvis koppla samman borderline personlighetsstörning med otrygg anknytning (Beck et al., 2004; Brennan & Shaver, 1998; Perris, 1999; Timmerman & Emmelkamp, 2006).

Psykopati är, enligt Frodi et al. (2001), ur ett forensiskt perspektiv, kanske det viktigaste personlighetsbegreppet, även om det inte finns med i DSM-IV-TR (APA, 2002). Det finns ett antal förslag på definitioner, men de flesta har två gemensamma komponenter. Den första komponenten gäller den psykopatiska personlighetens kärna; ytlig stil, grandiositet, grym, manipulativ, brist på empati och känslomässigt kall. Den andra komponenten innehåller den beteendemässiga dimensionen; antisocial livsstil, impulsivitet, kriminell mångsidighet (Frodi et al., 2001). Den typiska bakgrundshistorien kännetecknas då, enligt Bowlby (1977) av långvarig deprivation av omhändertagande under de första levnadsåren ofta i kombination med ett senare avvisande och/eller hot om avvisande från föräldrar eller fosterföräldrar.

Det finns även ett ökande empiriskt stöd för att majoriteten i dessa populationer tidigt i livet fått traumatiska erfarenheter, vilka oftast orsakats av en eller flera föräldrafigurer. I en

sådan otrugg uppväxtmiljö kan det snarare betraktas som adekvat än patologiskt att till exempel misstro eller avskärma sig från dem som man i en trygg miljö annars skulle lita på och knyta an till (Timmerman & Emmelkamp, 2006).

#### *Skillnader beroende av informationskälla*

Moffitt et al. (2001) hävdar att antalet personer som döms inte är representativt för hur det antisociala beteendet kommer till uttryck hos ungdomarna då de flesta brotten aldrig upptäcks. Exempelvis hade ungdomarna, i självrapporteringen från kontakten vid 21-års ålder, uppgett sig skyldiga till 22 våldsbrott för varje registrerad våldsdöm. Författarna är därför tveksamma till att de verkliga skillnaderna är så stora som de framställs, då de menar att flertalet studier utgår ifrån brottsregister. En förklaring till dessa stora skillnader som lyfts upp, skulle kunna vara att polis och rättsväsende har mer överseende med kvinnors brottslighet, speciellt vid mindre allvarliga brott. Detta skulle även kunna vara en av förklaringarna till att könsskillnaderna vad gäller brottslighet var större enligt officiell statistik än i självrapporteringen. Hypotesen om att kvinnor bedöms mildare än män stämmer väl överens med statistik från BRÅ (2007) och även resultatet från en studie av Yourstone, Lindholm, Grann et al. (2008). I den sistnämnda undersökningen fick rättspsykiatriker, domare och psykologstudenter bedöma fiktiva fall, vilket resulterade i en stark könseffekt då kvinnor betydligt oftare blev bedömda som allvarligt psykiskt störda.

Även debutåldern för antisocialt beteende kan skilja sig mycket mellan olika studier, beroende på vilken datainsamlingsmetod som används. I Dunedinstudien (Moffitt et al., 2001) hade 1 % av flickorna, vid 15 års ålder, debuterat med sitt antisociala beteende om man såg till domar, 8 % om utgick från arresteringar, 12 % om man såg till diagnoser och hela 72 % om man mätte deras antisociala beteende (fysiska slagsmål, förstörelse av egendom, lögner, skolk och stöld) med hjälp av självrapportering. Slutsatsen av jämförelsen mellan dessa datainsamlingsmetoder var att undersökningar som bygger på officiella data för att studera kriminella karriärer bland annat kommer att försena upptäckten av debuten för antisocialt beteende med mellan tre och fem år. Författarna betonar även att det är ytterst ovanligt att antisocialt beteende debuterar efter 21 års ålder, både för män och för kvinnor, vilket inte framkommer om man endast utgår från tillgänglig statistik i form av skolrapporter, domar, arresteringar eller diagnoser. Även Kratzer och Hodgins (1997) upptäckte skillnader i resultatet beroende på vilken källa som användes när de inhämtade material. I denna studie var det endast en mindre överlappning mellan de som fått uppförandestörning rapporterad av lärare och de varifrån uppgifter hade hämtats från den allmänna statistiken.

## Metod

### *Undersökningsgrupp*

Studien omfattar 14 rättspsykiatriska undersökningar av de kvinnor som ingår i Malmös rättspsykiatriska kliniks kohort inom forskningsprojektet UPPRÄTT.

#### *UPPRÄTT-projektets kohort i Malmö*

Denna del av UPPRÄTT-projektet följer de 101 personer som genomgått en RPU på den rättspsykiatriska kliniken i Malmö under åren 1999-2005 och därefter blivit dömda till RPV och som vid undersökningstillfället dessutom var mantalsskrivna i antingen Trelleborg, Vellinge, Svedala eller Malmö kommun. Projektet består av tre olika delar: (1) baseline som utgår från RPU och fokuserar på tiden fram till RPU, (2) vårdförlopp som fokuserar på den tid patienterna befinner sig under rättspsykiatrisk vård samt (3) uppföljning som fokuserar på tiden efter utskrivning från denna vård. Denna studie fokuserar alltså på (1) baseline för kvinnor i UPPRÄTT-projektets kohort på den rättspsykiatriska kliniken i Malmö. De kodscheman som här använts har sitt ursprung i detta projekt.

### *Material*

#### *UPPRÄTTs kodschema*

Det kodschema som tagits fram av UPPRÄTT-projektet består av 19 delar med 82 variabler för kodning av patienternas aktuella status och bakgrund. Inledningsvis kodas (1) patientens uppgifter kortfattat. Därefter sker kodningen under rubrikerna: (2) genomförda undersökningar, (3) DSM-IV: sammanfattande diagnostik, (4) DSM-IV axel V=GAF, (5) ursprung, hereditet, (6) uppväxtfamiljens situation, (7) hälsa under uppväxten, (8) skolgång, (9) sexuell historik, (10) suicidförsök, (11) missbruk, (12) vuxenliv, (13) brottskarriär, (14) indexgärning, (15) aktuellt mål, (16) tidigare rättspsykiatriska undersökningar, (17) aktuella åtalspunkter, (18) allvarligt brott samt (19) skolgång i Sverige. Aktuella diagnoser och domar skrivs ut i sin helhet. Generellt sett så kodas en variabel som inte förekommer med 0 och från 1 och uppåt, i stigande grad, om den har förekommit. Överlag används koden 98 vid ej tillämpligt och 99 vid okänt. För övrigt kodas i princip varje variabel unikt under de 19 rubrikerna.

### *Komplettering av kodschema*

UPPRÄTTs kodschema kompletterades som en anpassning till denna studies syfte. Vissa tillägg gjordes där det ansågs nödvändigt. Dels utökades antalet rubriker och dels gjordes tillägg i några av punkterna under rubrikerna. Detta gjordes även för att få en mer detaljerad beskrivning av kvinnorna men även som en anpassning till de rättspsykiatriska undersökningarnas utformning och upplägg.

### *Variabler tillagda i denna studie*

När det gäller hjärnundersökningarna (EEG, CT, MR, rCBF och SPECT) gjordes ett tillägg om huruvida fynd gjorts. Variablerna kodades som 0 om en undersökning inte genomförts, 1 om den genomförts men var utan anmärkning, 2 om vissa fynd hade gjorts och 3 om anmärkningsvärda fynd hade gjorts.

*Allmänintellektuell förmåga och IK-poäng.* Dessa variabler lades till, dels eftersom dessa kategorier och uppdelningar användes i RPU:erna och dels eftersom begåvning, enligt aktuella teorier, anses vara en relevant faktor.

*PCL-R och HCR-20.* Även skattning enligt Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) och Historical, Clinical Risk management-20 (HCR-20) lades till. Dels eftersom dessa till viss del användes i RPU:erna och dels eftersom det fanns tillgång till en gedigen forskning kring dessa instrument (Bolt et al., 2004; Cale & Lilienfeld, 2002; Maird & Völlm, 2009; Nicholls & Petrila, 2005; Strand & Belfrage, 2005; Vogel & Ruitter, 2005; Walters et al., 2007). PCL-R beskrivs som ett 20-items screeningsinstrument för bedömning av psykopati. En individ bedöms ha psykopati om denne erhåller minst 30 poäng av 40 möjliga poäng (Bolt et al., 2004). Vogel & Ruitter (2005) beskriver HCR-20 som en strukturerad checklista där tidigare, nuvarande och framtida riskfaktorer för våldsamt beteende skattas. 20 punkter skattas här på en skala från 0-2.

*Ursprung och hereditet.* I kodningen av ursprung och hereditet tillades variabler för om föräldrarna fortfarande var i livet (kodades var för sig som 0=lever idag, 1=avliden eller 99=okänt), hur de annars hade avlidit (0=somatisk sjukdom/ålder, 1=genom olyckshändelse, 2=genom brott, 3=suicid, 4=annan orsak, ange, 98=ej tillämpligt eller 99=okänt) samt hur gammal indexpersonen var om förälder avlidit (om bägge avlidna, ange yngsta ålder, 98=ej tillämplig eller 99=okänt). Vidare lades sammansättning av uppväxtfamilj till (0=inga biologiska syskon, 1=ett biologiskt helsyskon, 2=två eller fler biologiska helsyskon, 3=ett halvsyskon, 4=två eller fler halvsyskon, 5=både hel & halvsyskon eller okänt), om syskon fortfarande levde (0=alla lever idag, 1= ett syskon avlidit, 2= två eller fler syskon avlidit,

98=ej tillämpligt eller 99= okänt) samt hur syskon eventuellt avlidit (0=med anledning av somatisk sjukdom, 1=genom olyckshändelse, 2=genom brott, 3=suicid, 4=annan orsak, ange, 5=fler än ett syskon, 98=ej tillämpligt eller 99=okänt). På variabeln missbruk hos första gradens släktingar gjordes tillägg av annat missbruk i kodningen (t.ex. sex- och spelmissbruk) (0=inget, 1=alkoholmissbruk, 2=alkoholberoende, 3=narkotikamissbruk, 4=narkotikaberoende, 5=blandmissbruk/beroende, 6=annat, 99=okänt). I kodningen av psykisk sjukdom/störning hos första gradens släktingar, kompletterades med kodning för annan psykisk störning (t.ex. personlighetsstörning) (0=ingen, 1=affektiv, 2=beteende, 3=psykos, 4=annan e, 5=fler än en, 99=okänt).

*Uppväxtfamiljens situation.* Kodningen för variabeln sammanboende med bägge biologiska föräldrarna upp till 16 års ålder kompletterades så den även kom att gälla för uppväxt med en biologisk förälder (0=nej, 1=ja, 2=med en biologisk förälder, 3=med en biologisk förälder samt en styvförälder, 99=okänt). I kodningen av försörjning lades även kodning för illegal inkomst till (0=inkomst från arbete, 1=studiemedel, 2= bidrag del av försörjning, 3=endast bidrag, 4=bidrag kompletterat av illegal inkomst, 99=okänt). Variabeln boendekområde blev tillagd (0=glesbygd, 1=tätort, 2=storstad, 99=okänt).

*Anknytning till föräldrarna.* Denna variabel blev framtagen som en egen punkt och i denna bedömning ingick främst socialutredningens beskrivning av relationen till kvinnornas båda föräldrar och familjens kontakter med olika myndigheter. Även andra punkter, från det kodschemat och dess kompletteringar, användes dock vid denna bedömning, till exempel föräldrars skilsmässa eller separation, nära anhörigs sjukdom, skada eller död, egen allvarligt sjukdom eller skada, förekomsten av fysisk eller psykisk misshandel i eller utanför familjen, sexuella övergrepp, psykiatriska kontakter, familjehemsplacering, samt sjukhusvistelse. Bedömningen är således en sammanvägning av ovanstående faktorer, varefter en kodning har gjorts om huruvida det funnits förutsättningar för en trygg anknytning till någon eller båda föräldrarna sett över hela uppväxten, där sådan bedömning ansetts möjligt. I annat fall har anknytningen kodats som okänt. Dessa faktorer är i huvudsak överensstämmande med de faktorer som Ryder (2007) använder i sin studie av våldsamma tonårsflickor, för att bedöma om deras anknytning är trygg (0=trygg till båda föräldrar, 1=trygg till en förälder, 2=otrygg till båda föräldrar, 99=okänt).

*Hälsa under uppväxten.* Under denna punkt kompletterades variablerna fysisk och mental funktionsnedsättning (0=ingen, 1=något nedsatt funktion, 2=omfattande funktionsnedsättning, 99=okänt), annan psykiatrisk kontakt (0=ingen, 1=poliklinisk, 2=inneliggande, 3=både poliklinisk och inneliggande, 99=okänt), somatisk vårdkontakt



(0=nej, 1=ja, fåtal vid fåtal tillfällen, 2=ja, flertal vid fåtal tillfällen, 3=flertal vid flertal tillfällen, 98=ej tillämpligt, 99=okänt), diagnos, (0=nej, 1=ja, Om 1, ange vilken, 99=okänt), sömnstörning (0=nej, 1=kort period, 2=återkommande korta perioder, 3=under större delen av uppväxten, 99=okänt), utsatthet för fysiskt och psykiskt våld (0=nej, 1=vid något tillfälle, 2=vid ett flertal tillfällen, 3=under större delen av uppväxten, 99=okänt), samt upplevt traumatisk händelse (0=nej, 1=ja, 99=okänt). Kodningen för medfödda missbildningar kompletterades med grad av missbildning (0=nej, 1=lindriga, 2=omfattande, 99=okänt). I kodningen för psykiatrisk diagnos, lades till kodning för annan psykisk störning (t.ex. personlighetsstörning) (0=ingen, 1=affektiv, 2=beteende, 3=psykos, 4=annan d, 5=fler än en, 98=ej tillämpligt, 99=okänt). Under LVU/familjehem/institutionsvård kompletterades med omfånget av omhändertagandet (0=nej, 1=vid ett tillfälle, 2=vid flera tillfällen, 3=under större delen av uppväxten, 99=okänt).

*Skolgång.* Punkten angående svensk grundskola flyttades in under denna rubrik och kompletterades med kodning för antal skolår (0=nej, 1=hela grundskolan, 2=tre-fem läsår, 3=ett-två läsår, 4= mindre än ett läsår, 99=okänt). Kodningen för skolk specificerades med omfattning (0=nej, 1=ja, till viss del eller under kortare period, 2=omfattande, 99=okänt). Variablerna uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter (0=inga, 1=lindriga svårigheter, 2=en del svårigheter, 3=omfattande svårigheter, 99=okänt) samt beteendeproblem (0=inga, 1=lindriga problem, 2=en del problem, 3=omfattande problem, 99=okänt) lades till.

*Sexuell historik.* Variablerna om att ha blivit sexuellt utnyttjad under barndom/uppväxt samt som vuxen kompletterades med uppgifter om antal förövare (0=aldrig, 1=vid ett tillfälle, av en förövare, 2=vid ett tillfälle, av två eller fler förövare, 3=vid två eller fler tillfällen, av en och samma förövare, 4=vid två eller fler tillfällen av olika förövare, 99=okänt). I kodningen för ålder vid icke brottsrelaterad sexuell debut användes en lite annan åldersindelning (0=aldrig debuterat, 1=yngre än 12 år, 2=12-16 år, 3=17-25 år, 4= >25 år, 99=okänt). Komplettering gjordes även med variabler för relation till förövare, både under barndom/uppväxt och som vuxen (0=aldrig, 1=en känd förövare, 2=två eller fler kända förövare, 3=en okänd förövare, 4=två eller fler okända förövare, 5=både känd och okänd förövare, 99=okänt).

*Suicidförsök.* I variabeln för ålder vid första suicidförsök användes en lite annan åldersindelning (0=aldrig, 1=yngre än 12 år, 2=12-16 år, 3=17-25 år, 4= >25 år, 99=okänt).

*Missbruk.* Rubriken har kompletterats med variabler för debutålder (0= ingen debut, 1=yngre än 12 år, 2=12-16 år, 3=17-25 år, 4= >25 år, 99=okänt), missbruksbehandling (0=ingen, 1=påbörjat, men aldrig fullföljt, 2=fullföljt kortare behandling, 3=fullföljt längre

behandling, 4=flera behandlingar, 99=okänt) och perioder utan missbruk (0=inga, 1=någon vecka, 2=några månader, 3=ett år, 4=flera år, 98=ej tillämpligt, 99=okänt). I kodning för antal år med missbruk tillkom ett avdrag för antal nyktra år.

*Vuxenliv.* Här kompletterades med variablerna kontakt med socialtjänsten (0=nej, aldrig, 1=ja, vid enstaka tillfälle, 2=vid ett flertal tillfällen, 3=under större delen av livet, 99=okänt), somatisk vård (0=nej, 1=enstaka tillfälle, ej allvarliga symtom, 2=enstaka tillfälle, allvarliga symtom, 3=upprepade tillfällen, ej allvarliga symtom, 4=upprepade tillfällen, allvarliga symtom, 5=upprepade tillfällen med både allvarliga och ej allvarliga symtom, 99=okänt), psykiatrisk vård (0=nej, 1= poliklinisk, enstaka tillfälle, 2=polyklinisk, flertal tillfällen, 3=inneliggande, enstaka tillfällen, 4=inneliggande, flertal tillfällen, 5=både poliklinisk och inneliggande, 99=okänt), sömnstörning (0=nej, 1=kort period, 2=återkommande korta perioder, 3=under större delen av vuxenlivet, 99=okänt), besvär av premenstruella syndrom (0=nej, 1=lindrigt (gråtmild, olust), 2=måttligt (oro, irritabilitet), 3=svår (aggression, raseriutbrott, känsla av att "inte ha kontroll"), 99=okänt) samt ålder vid första barn (Ange ålder eller 98=ej tillämpligt, 99=okänt) lagts till. I variabeln för civilstånd har kodning för flertal destruktiva relationer tillkommit (0=gift/sambo, 1=särbo, 2=ensamstående, 3=flertal destruktiva relationer, 99=okänt) och kodningen i vårdnad om barn har kompletterats med om pappan har vårdnad om barnen samt om alla barnen är omhändertagna (0=om samtliga barn, 1=om något av barnen, 2=pappan har vårdnaden, 3=samtliga barn omhändertagna, 98=ej tillämpligt e, 99=okänt).

*Brottskarriär.* En kategori om kodning för antal månader till lades i variabeln för tidigare fängelsedomar (0=ingen tid, 1=ja, ange i månader eller 99=okänt). I variabeln tidigare sexualbrott användes en lite annan kategorisering, samt med tillägg om brottet hade begåtts mot eller av minderårig person (0=inget, 1=sexuellt ofredande, 2=våldtäkt, 3= våldtäkt som minderårig, 4=grovt sexualbrott mot minderårig, 5= grovt sexualbrott som minderårig, 99=okänt).

*Indexgärning.* Under denna rubrik tillkom en variabel för om offret var drogpåverkad vid brottstillfället (0=nej, 1=alkohol, 2=läkemedel/street drugs, 3=flera olika substanser, 98=ej tillämpligt b, 99=okänt). Komplettering för kodning om egen förälder och eget barn gjordes under offrets identitet (0=helt främmande, 1=bekant, 2=släkting, 3=kärleksrelation, 4=egen förälder, 5=eget barn, 98=ej tillämpligt, 99=okänt) och en lite annan åldersindelning i variabeln för offrets ålder har använts (0=0-3 år, 1=4-12 år, 2=13-19, 3=20-40 år, 4= > 40 år, 98=ej tillämpligt, 99=okänt).

*Indexgärningens profil.* Denna rubrik har tillkommit och innehåller variabler för brott mot person (0=nej, 1= brott mot frihet och frid, 2= sexualbrott, 3= brott mot liv och hälsa, 4= fler än ett alternativ), brott mot förmögenhet (0=nej, 1=bedrägeri, 2= skadegörelsebrott, 3=tillgreppsbrott, 4=fler än ett alternativ), brott mot allmänhet (0=nej, 1=förfalskningsbrott, 2=mened, falskt åtal mm, 3=allmänfarliga brott, 4= fler än ett alternativ), brott mot staten (0=nej, 1=övergrepp i rättssak, 2=våld eller hot mot tjänsteman, 3=bägge alternativen) samt övriga brott (0=nej, 1=skattebrott, 2=smuggling, 3=rattfylleri, 4=narkotikabrott, 5= fler än ett alternativ).

*Året före indexgärningen.* Även denna rubrik tillkom och här hämtades både kategorierna och kodningen från övriga punkter i kodschemat för tilläggsvariablerna för att här gälla under föregående år.

### *Kodningsförfarande*

Som tidigare nämnts så eftersträvade kodarna att tolka och koda materialet på så likartat sätt som möjligt. På några av punkterna innebar tolkningen inte något problem då detta klart framgick av RPU, till exempel diagnoser, skattningar, etnicitet och aktuella åtalpunkter. Andra kriterier kunde vara betydligt mer komplicerade att operationalisera från en RPU och föra över till ett kodschema med mer eller mindre tydliga indelningar. I vissa fall innebar kodningen en tolkning av RPU för att få det att passa in i en kategori, till exempel när föräldrarnas alkoholvanor beskrivs, mer eller mindre utförligt, utan att det benämns som missbruk eller beroende. När det gäller trygghet i uppväxten och anknytning har dessutom en mer sammanvägd bedömning av kategorierna gjorts utifrån materialet (se ovan för en mer utförlig beskrivning).

En betydande del av materialet kodades som okänt, vilket avser att uppgift inte framkom i de rättspsykiatriska undersökningarna. Om det i en RPU uppgavs att ”inget har framkommit om ...” har detta kodats som att det inte har förekommit. Om en faktor kodas som att den inte har förekommit eller som okänd beror således på om den uttryckligen beskrivits som ej framkommit eller om inget alls har nämnts om denna faktor.

Då RPU är hemligstämplade handlingar gick materialet igenom och kodades på RPK i Malmö, där det även förvarades. Författarna kodade hälften var av undersökningarna och till största delen skedde kodningen i samma rum och med kollegan tillgänglig. Detta möjliggjorde en god kommunikation vid tveksamheter om hur olika kategorier skulle kodas, vilket diskuterades både ingående och fortlöpande. Kommunikationen mellan kodarna var även intensiv vid kompletteringarna av UPPRÄTTs kodschema som togs fram utifrån denna

studies syfte. Innan kompletteringarna fastställdes gick hälften av kvinnornas RPU igenom och provkodades för en sista gemensam justering av tillägg och kodningsförfarande, vilket alltså skedde före det att den egentliga kodningen ägde rum. Vid genomgången av dessa sju kvinnors RPU berördes kodarna av deras livshistorier och då i synnerhet av deras start i livet, varefter det valda fokuset, kvinnornas uppväxt och hereditet, blev bekräftat.

## Resultat

### *Allmänt*

De 14 kvinnorna var i åldern 21-60 år, varav fyra kvinnor under 30 år och fyra över 40 år, vid undersökningstillfället med en medelålder på 36,6 år (SD=10,8 år) (se tabell 1). Av dessa 14 kvinnor var åtta häktade och sex på fri fot under RPU. Samtliga kvinnor blev dömda till rättspsykiatrisk vård, varav elva med SUP och tre utan SUP. En kvinna dömdes för mord och hälften av kvinnorna för mordbrand, varav en kvinna för grov mordbrand.

Tabell 1

*Allmänt om de 14 kvinnorna som dömts till rättspsykiatrisk vård*

	Intervall	Medel	SD
Ålder vid RPU (N=14)	21-60	36,6	10,8
HCR-15 (N=10) <sup>a</sup>	5-25	19,1	6,3
GAF vid RPU (N=14)	22-55	35,5	8,6
GAF, bästa nivå under året (N=14)	22-65	38,8	12,3
GAF vid brottstillfället (N=10) <sup>b</sup>	18-35	29,3	6,4
Ålder vid första barn (N=8) <sup>c</sup>	19-25	21,5	2,4

Noteringar. <sup>a</sup> HCR-15 bedömdes inte för fyra av kvinnorna. <sup>b</sup> GAF vid brottstillfället bedömdes inte för fyra av kvinnorna. <sup>c</sup> Sex av kvinnorna hade inte fött några barn.

### *Förekomsten av hjärnskador*

Fyra olika hjärnundersökningar användes, EEG, CT, MR och rCBF/SPECT, varav två med vissa fynd och en med anmärkningsvärda fynd. På åtta av kvinnorna genomfördes någon eller några av de fyra hjärnundersökningar som användes i sammanhanget. Av dessa åtta kvinnor genomfördes EEG-undersökning på sex, varav en med mindre allvarligt fynd. På tre kvinnor gjordes CT-skanning, varav en med mindre allvarliga fynd. MR genomfördes på tre kvinnor, alla utan anmärkning. Bland de fem kvinnor som genomgick rCBF/SPECT-undersökning upptäcktes en allvarlig hjärnskada.

### *Bedömningar av intellektuell förmåga, psykopati och risk*

Två olika begåvningsangivelser användes, allmänintellektuell förmåga och IK-poäng. Tolv av kvinnorna blev bedömda efter IK-poäng, varav fyra låg i spannet 70-79, två mellan 80-89, fyra mellan 90-109, en mellan 110-119 och en mellan 120-129. Av de kvinnorna som bedömdes låg alltså hälften under 90 IK-poäng.

Kvinnorna bedömdes även enligt PCL-R och HCR-15 till viss del. PCL-R beskrivs som ett 20-items screeningsinstrument för bedömning av psykopati (Bolt et al., 2004) och HCR-20 som en strukturerad checklista där tidigare, nuvarande och framtida riskfaktorer för våldsamt beteende skattas (Vogel & Ruiter, 2005). På PCL-R blev endast två kvinnor bedömda, 20-28 poäng (av maximalt 40). På HCR-15 (framtida riskbedömning gjordes inte på någon av kvinnorna, vilket är de fem sista faktorerna) blev tio kvinnor bedömda. Intervallet låg här mellan 5-25 (av maximalt 30) med ett medelvärde på 19,1 (SD=6,3) (se tabell 1). Några kvinnor bedömdes således ha och ha haft hög risk för våldsamt beteende men spridningen kan anses vara stor.

### *Diagnoser*

Ingen uppgift om att någon av kvinnorna hade någon barnneuropsykiatrisk diagnos framkom i RPU.

#### *Axel I (kliniska syndrom)*

Tolv av de 14 kvinnorna (86 %) bedömdes ha axel I-diagnos. Spridningen över antalet diagnoser var stor (se tabell 2). Sex kvinnor fick en diagnos av psykotisk karaktär, fyra med förstämningssyndrom, en med ångestsyndrom och åtta kvinnor hade minst en missbruksrelaterad diagnos.

Tabell 2

*Antal diagnoser/problemområden kvinnorna fick på axel I, II, III och IV vid RPU (N=14)*

Diagnoser	0	1	2	3	4	5	ej fastställt
Axel I	2	4	4	2	1	1	-
Axel II	2	7	2	-	-	-	3
Axel III	7	5	1	1	-	-	-
Axel IV	1	4	3	6	-	-	-

#### *Axel II (Personlighetsstörningar och mental retardation)*

Nio kvinnor bedömdes ha en axel II-diagnos, varav de flesta endast hade en diagnos (se tabell 2). För tre av kvinnorna kunde inte axel II-diagnos fastställas vid undersökningstillfället och för två kvinnor förelåg ingen diagnos. Majoriteten av diagnoserna låg inom kluster B där borderline personlighetsstörning var klart dominerande. Av de elva diagnoserna, fördelade på nio kvinnor, var tre diagnoser inom kluster A, sex inom kluster B, en inom kluster C och en personlighetsstörning UNS. Paranoid, schizoid och schizotyp personlighetsstörning inkluderas i kluster A. Kluster B inkluderar antisocial, borderline, histrionisk och narcissistisk personlighetsstörning. Kluster C inkluderar fobisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning. Personlighetsstörning UNS kan ställas till exempel då någon inte uppfyller någon av de specifika personlighetsstörningarna (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2002). Den mest frekventa diagnosen på axel II var borderline personlighetsstörning (kluster B) som ställdes på fem (36 %) av kvinnorna. Ingen av kvinnorna fick diagnosen mental retardation men fyra av dem låg intellektuellt sett just över gränsen för denna diagnos av IK-poängen ( $\leq 70$ ) att döma, enligt DSM-IV-TR (APA, 2000). Ingen av kvinnorna fick heller en diagnos om marginell mental retardation (71-84 IK-poäng), även om flera av kvinnorna låg i detta intervall.

#### *Axel III (Somatisk skada/sjukdom)*

Sju av kvinnorna bedömdes ha en axel III-diagnos och av dessa hade majoriteten endast en diagnos (se tabell 2). Tre kvinnor hade kronisk sjukdomsdiagnos utan psykiatrisk association, fyra en neurologisk skada och två kvinnor en annan psykiatrisk relevant sjukdom/skada, vilket i de två senare fallen innebar premenstruell spänning.

#### *Axel IV (Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter)*

Nästan samtliga kvinnor hade ett identifierbart problemområde enligt axel IV, varav några hade endast en diagnos. Indelningen av problemområdena är inte helt överensstämmande med DSM-IV-TR (APA, 2002).

Tretton av kvinnorna bedömdes ha axel IV-problematik och av dessa fick fyra kvinnor endast ett problemområde specificerat, tre på två områden och sex kvinnor på tre områden (se tabell 2). Nio av kvinnorna bedömdes ha problem i den sociala närmiljön utanför kärnfamiljen och släkten, fem individrelaterade och fem primärgruppsrelaterade problem. Fem bedömdes ha bostadsrelaterade problem, två ekonomiska problem, en yrkesrelaterade problem, en problem knutna till egen eller annans brottslighet och en kvinna bedömdes ha problem relaterade till hälso- sjukvårds och socialförsäkringssystemet.

#### *Axel V (Global skattning av funktionsförmåga [GAF])*

Vid tiden för RPU skattades GAF mellan 22-55 hos de 14 kvinnorna med ett medeltal på 35,5 (SD=8,6). Bäst GAF, under det senaste året före RPU, skattades mellan 22-65 hos de 14 kvinnorna med ett medeltal på 38,8 (SD=12,3). Endast tio kvinnor skattades enligt GAF för tiden för brottet. Dessa kvinnor skattades mellan 18-35 med ett medeltal på 29,3 (SD=6,4) (se tabell 1). GAF innebär en skattning längs ett hypotetiskt kontinuum av psykosociala problem som är relaterade till livsomständigheter som kan påverka diagnostik, behandling och prognos vid psykiska störningar på axel I och II. En skattning på 50 och därunder bedöms vara allvarliga symtom eller allvarliga funktionssvårigheter (DSM-IV-TR, APA, 2002).

#### *Ursprung och hereditet*

En klar majoritet av kvinnorna var födda i Sverige och de flesta hade både svenskfödd fader och moder. De flesta av föräldrarna var fortfarande i livet men några hade en förälder som avlidit under uppväxten. De flesta kvinnor hade flera syskon och hälften hade även halvsyskon. De flesta av kvinnorna hade missbrukande föräldrar och hälften hade någon form av psykisk störning. Ingen kriminalitet framkom bland föräldrarna.

När det gällde etniskt ursprung (se tabell 3) var tio av de 14 kvinnorna födda i Sverige, tre var andra generationens invandrare och en var invandrare/utländsk. Tio av kvinnorna hade svenskfödd moder och fyra hade mödrar av utländsk härkomst. Nio kvinnor hade svenskfödd fader, fem hade fäder som var invandrare/utländsk.

Tabell 3

*Etniskt ursprung (N=14)*

Indexpersonens ursprungsland	svensk	andra generationens invandrare	utländsk
	10	3	1
Moders ursprungsland		svensk	utländsk
		10	4
Faders ursprungsland		svensk	utländsk
		9	5

I kvinnornas ursprungsfamilj (se tabell 4) hade nio kvinnor en moder som fortfarande var i livet, vid undersökningstillfället och två av kvinnornas mödrar var avlidna. Båda de avlidna mödrarna hade avlidit på grund av somatisk sjukdom eller ålder. Sju kvinnor hade en fader som fortfarande var i livet och fyra av kvinnornas fäder hade avlidit. Av de fyra fäderna som avlidit hade tre suiciderat och hos en fader framkom ingen uppgift om faderns dödsorsak. Vid tidpunkten för RPU var båda föräldrarna avlidna för en av kvinnorna och fyra kvinnor hade en avlidit förälder, av vad som var känt. När första föräldern avled var de två yngsta av dessa fyra kvinnor i åldern 0-7 år, en var i tonåren och en kvinna var i hög vuxen ålder. En kvinna hade inga syskon, två hade ett helsyskon, tre hade två eller fler helsyskon, en hade endast ett halvsyskon, fyra hade två eller fler halvsyskon och tre hade både hel- och halvsyskon. En av kvinnorna hade ett syskon som avlidit, vid tidpunkten för RPU, och för fyra kvinnor framkom ingen uppgift.

När det gäller psykosocial belastning i kvinnornas ursprungsfamiljer (se tabell 5) så förekom inte missbruk hos två av kvinnornas förstegradssläktingar, fem kvinnor hade någon eller några förstegradssläktingar med alkoholmissbruk, två hade förstegradssläktingar med alkoholberoende, en hade förstegradssläkting med narkotikamissbruk, en hade förstegradssläkting med blandmissbruk, en hade förstegradssläkting med annat missbruk



Tabell 4

*Kvinnornas ursprungsfamilj (N=14)*

Moder i livet	ja	nej	okänt	
	9	2	3	
Moders dödsorsak	Somatisk sjukdom/ ålder			
	2			
Fader i livet	ja	nej	okänt	
	7	4	3	
Faders dödsorsak	suicid	okänt		
	3	1		
Ålder vid första förälders bortgång	3-7	13-17	över 30 år	okänt
	2	1	1	2
Helsyskon	inga	1	2 eller fler	
	1	2	3	
Halvsyskon	1	2 eller fler	hel och halvsyskon	
	1	4	3	
Syskon lever	ja	1 syskon avlidit		okänt
	8	1		5
Syskons dödsorsak	annan, drogöverdos			
	1			

och för en kvinna saknades uppgift. Psykisk sjukdom hos förstegradssläktingar förekom inte för tre av kvinnorna, fyra hade minst en förstegradssläkting med affektiv störning, tre hade förstegradssläkting med psykosjukdom och för fyra kvinnor framkom inga uppgifter om psykisk sjukdom hos förstegradssläktingar. Kriminalitet hos förstegradssläktingar förekom inte för åtta av kvinnorna och för sex kvinnor framkom ingen uppgift.

Tabell 5

*Psykosocial belastning i kvinnornas ursprungsfamiljer (N=14)*

Missbruk hos första gradens släktingar	ingen	alkohol missbruk	alkohol beroende	narkotika missbruk	bland missbruk	annat	okänt
	2	5	2	1	1	1	2
Psykisk sjukdom hos första gradens släktingar	ingen	affektiv	psykos	okänt			
	3	4	3	4			
Kriminalitet hos första gradens släktingar	ingen	okänt					
	8	6					

#### *Uppväxtfamiljens situation*

En klar majoritet av kvinnorna bodde inte tillsammans med bägge föräldrarna fram till 16 års ålder. Knappt hälften av uppväxtfamiljerna hade inkomst som kom enbart från arbete och högre utbildning saknades hos en klar majoritet av föräldrarna. Stabiliteten i uppväxtfamiljerna bedömdes som problematisk för en klar majoritet av kvinnorna och anknytningen bedömdes som trygg för endast ett par av kvinnorna.

Fyra kvinnor bodde tillsammans med båda föräldrarna upp till 16 års ålder. Av de tio kvinnor som inte bodde tillsammans med bägge föräldrarna upp till 16 års ålder, bodde fyra kvinnor med en biologisk förälder, två med en biologisk förälder samt en styvförälder och fyra bodde inte med någon av föräldrarna upp till 16 års ålder. Kvinnornas uppväxtfamiljer hade inkomst som kom från arbete i sex familjer, bidrag som en del av försörjning i tre, endast bidrag i två och inkomst framkom inte för tre av familjerna. Högre utbildning (minst gymnasium) saknades för båda föräldrarna till sex av kvinnorna, en kvinna hade en förälder

som var högutbildad, båda föräldrarna var högutbildade hos en kvinna och för sex ursprungsfamiljer framkom inte utbildningsnivån. I vår bedömning av stabiliteten i uppväxten hade två inga problem, fyra måttliga problem, sju svåra problem och en fick bedömningen okänt. Denna bedömning gjordes utifrån konflikter och oroligheter under uppväxten utifrån RPU:ernas socialutredningar. En av kvinnorna växte huvudsakligen upp i glesbygd, fyra i tätort och sex kvinnor i storstad (se tabell 6).

Tabell 6

*Uppväxtfamiljens situation (N=14)*

Boende med föräldrar upp till 16 års ålder	ja 4	ingen förälder 4	en biologisk förälder 4	en biologisk förälder samt en styvförälder 2
Familjens inkomst	arbete 6	en del bidrag 3	endast bidrag 2	okänt 3
Familjens utbildning	ingen förälder högutbildad 6	en förälder högutbildad 1	bägge föräldrar högutbildade 1	okänt 6
Familjestabilitet	inga problem 2	måttliga problem 4	svåra problem 7	okänt 1
Stadsmiljö	glesbygd 1	tätort 7	storstad 6	

I bedömningen av anknytningen till föräldrarna i uppväxten (se tabell 7) kodades en kvinna för trygg anknytning till båda föräldrarna, en som trygg till en förälder, nio som otrygg till båda föräldrarna och för tre gick detta inte att bedöma.

Tabell 7

*Anknytning till föräldrarna i uppväxten (N=14)*

Anknytning till föräldrar i uppväxten	trygg till båda	trygg till en	otrygg till båda	okänt
	1	1	9	3

### *Hälsa under uppväxten*

Uppgifter om somatiska hälsoproblem från uppväxten (se tabell 8) förekom relativt sparsamt. Två kvinnor hade haft perinatala problem (vid den egna födelsen) i form av lång förlossning, sätesbjudning etcetera och för fem av kvinnorna framkom inga uppgifter. Medfödda missbildningar förekom hos två av kvinnorna. Smärre hjärnskakning hade tre av kvinnorna råkat ut för, vid fåtal tillfällen, och för tre kvinnor framkom inga uppgifter. Somatisk sjukdom, utöver gängse barnsjukdomar, hade fyra kvinnorna erfarenhet av. En kvinna hade haft något nedsatt fysisk funktion under uppväxten, en annan hade omfattande fysisk nedsättning och för en kvinna framkom ingen uppgift. Fem av kvinnorna hade vårdkontakt för somatisk sjukdom under uppväxten, varav fyra var vid ett fåtal tillfällen och en vid flertalet tillfällen. Somatisk diagnos hade fyra kvinnor fått och för en kvinna framkom inte detta. Utsatthet för fysiskt våld under uppväxten framkom ingen uppgift om för åtta av kvinnorna och förekom inte för sex kvinnor.

Gällande psykiska hälsoproblem under uppväxten (se tabell 9) hade två kvinnor en något nedsatt mental funktion och för två kvinnor framkom inga uppgifter. BUP-kontakt under uppväxten hade fem av kvinnorna haft, varav två var polikliniska och tre var både polikliniska och inneliggande. Sex kvinnor hade haft annan psykiatrisk kontakt, till exempel psykologsamtal, varav fem var poliklinisk, en både poliklinisk och inneliggande och i två fall framkom inga uppgifter. Av de fyra kvinnor som fick en psykiatrisk diagnos under uppväxten var en affektiv, en psykos, en hade annan diagnos, en hade mer än en diagnos och för en kvinna var diagnos okänd. Sömnstörning under större delen av uppväxten hade två kvinnor uppgett och för tio framkom inga uppgifter. Utsatthet för psykiskt våld, till exempel verbala trakasserier från förstagraders släktingar, förekom för fyra kvinnor under uppväxten, varav en vid något tillfälle, en vid ett flertal tillfälle och två under större delen av uppväxten och

Tabell 8

*Somatisk hälsa under uppväxten (N=14)*

Perinatala problem		lång förlossning		
	inga	sättesbjudning etc.		okänt
	7	2		5
Medfödda missbildningar	inga	lindriga		
	12	2		
Olyckshändelse med skallskada/medv. löshet	nej	smärre hjärnskakning vid fåtal tillfällen		okänt
	8	3		3
Somatisk sjukdom utom gängse barnsjukdomar	nej	ja		
	10	4		
Fysisk funktionsnedsättning	nej	något	omfattande	okänt
	11	1	1	1
Somatisk sjukdom och vårdkontakt	nej	fåtal tillfällen	flertal tillfällen	okänt
	7	4	1	2
Somatisk diagnos	nej	ja	okänt	
	4	9	1	
Utsatt för fysiskt våld	nej	okänt		
	6	8		

Tabell 9

*Psykisk hälsa under uppväxten (N=14)*

Mental funktionsnedsättning	nej	något	okänt			
	10	2	2			
BUP-kontakt inneliggande	nej	poliklinisk	poliklinisk och			
	9	2	3			
Annan psykiatrisk kontakt	nej	poliklinisk	poliklinisk och inneliggande	okänt		
	6	5	1	2		
Psykiatrisk diagnos	ingen	affektiv	psykos	annan	fler än en	okänt
	9	1	1	1	1	1
Sömnstörning	nej	under större delen av uppväxten			okänt	
	2	2			10	
Utsatt för psykiskt våld	nej	något tillfälle	flertal tillfällen	större delen av uppv.	okänt	
	2	1	1	2	8	
Traumatiska händelser	nej	ja	okänt			
	7	3	4			
LVU/familjehem/ institution	nej	flera tillfällen		större delen av uppväxten		
	11	1		2		

framkom inte för åtta av kvinnorna. Traumatisk händelse hade upplevts av tre kvinnor i uppväxten och sju av kvinnorna hade inte upplevt någon sådan. Kontakt med LVU-hem eller liknande familjehem/institution före 18 års ålder hade tre av kvinnorna haft, varav en vid flera tillfällen och två under större delen av uppväxten.

### *Skolgång*

Skolgången (se tabell 10) skedde i svensk grundskola för 13 av kvinnorna. Slutbetyg från grundskolan med medel under 2,5 hade fyra kvinnor, nio hade högre betyg och för en kvinna framkom ingen uppgift. En kvinna saknade avslutad utbildning, sex hade avslutad grundskola, fem avslutad gymnasieutbildning, en avslutad högskoleutbildning och för en kvinna framkom ingen uppgift.

Skolproblem (se tabell 11) i form av skolk hade sex kvinnor haft, varav fyra till viss del eller under kortare tid, två omfattande och för en kvinna framkom ingen uppgift. En kvinna hade haft uppskov med skolstart eller gått om skolår. Uppmärksamhets- eller koncentrationssvårigheter i skolan hade sju kvinnor haft, varav en var att betrakta som lindrig, tre som en del svårigheter och tre med omfattande svårigheter. Av de tio kvinnorna som hade beteendeproblem bedömdes fyra som lindriga, två som en del problem och fyra som omfattande. Under skoltiden var fyra av kvinnorna mobbade och åtta var inte mobbade.

### *Sexuell historik*

I den sexuella historiken (se tabell 12) framkommer att tre kvinnor hade uppgivit sig som sexuellt utnyttjade under uppväxten, fem uppgav att detta inte hade förekommit och för sex kvinnor framkom ingen uppgift. Av de tre kvinnor som uppgivit sexuellt utnyttjande uppgav samtliga att det skedde vid ett tillfälle av en förgripare. Övergreppet begicks av en känd förövare i två fall och för en kvinnas övergrepp framkom ingen uppgift. Att ha blivit sexuellt utnyttjad som vuxen hade två kvinnor uppgivit, fem hade uppgivit att detta inte förekom och för sju kvinnor förekom ingen uppgift. Av de två kvinnor som uppgivit sexuella övergrepp uppgav den ena att det skedde av en känd förövare och för den andra kvinnan framkom ingen uppgift om förgripare. Åldern för icke-våldsrelaterad sexuell debut framkom inte för någon av kvinnorna.

Tabell 10

*Skolgång (N=14)*

Skolgång i Sverige	nej	hela grundskolan			
	1	13			
Slutbetyg, snitt	< 2,5	≥ 2,5	okänt		
	4	9	1		
Avslutad utbildning	ingen	grundskola	gymnasium	högskola	okänt
	1	6	5	1	1

Tabell 11

*Skolproblem (N=14)*

Skolk	nej	visst/kortare period	omfattande	okänt
	7	4	2	1
Uppskov med skolstart eller gått om skolår	nej	ja		
	13	1		
Mobbning	nej	mobbad	okänt	
	8	4	2	
Uppmärksamhets/koncentrations-svårigheter	nej	lindriga	en del	omfattande
	7	1	3	3
Beteendeproblem	nej	lindriga	en del	omfattande
	4	4	2	4



Tabell 12

*Sexuell historik (N=14)*

Sexuellt utnyttjad		vid ett tillfälle	
	nej	av en förövare	okänt
	5	3	6
Sexuellt utnyttjad	en känd	okänt	
förövare	2	1	
Sexuellt utnyttjad		vid ett tillfälle	
som vuxen	nej	av en förövare	okänt
	5	2	7
Sexuellt utnyttjad	en känd	okänt	
som vuxen, förövare	1	1	
Ålder vid icke vålds-	okänt		
relaterad sexuell debut	14		

### *Suicidförsök*

Suicidförsök (se tabell 13) hade gjorts av nio kvinnor, varav åtta hade använt sig av intoxikering eller rispning och en hade använt sig av vad som kan betraktas som en aktiv metod. Tre av kvinnorna hade aldrig gjort några suicidförsök och för tre kvinnor framkom ingen uppgift. Av de nio kvinnor med dokumenterade suicidförsök hade tre av dem gjort det vid ett tillfälle, två vid tre tillfällen och fyra av kvinnorna vid oräkneliga tillfällen. Tre av de nio kvinnorna med suicidförsök hade sitt första försök i åldern 12-16 år, fyra i åldern 17-25 år, en var över 25 år och för en kvinna framkom inte åldern.

Tabell 13

*Suicidförsök (N=14)*

Ålder vid första suicidförsöket	aldrig	12-16	17-25	> 25	okänt
	3	3	4	1	3

### *Missbruk*

Missbruk (se tabell 14) förekom hos tretton av kvinnorna (93 %), varav tre hade eller hade haft alkoholmissbruk, en alkoholberoende och nio kvinnor ett blandmissbruk. Missbruksdebuten skedde före tolv- årsåldern för en kvinna, i åldern 12-16 år för sju kvinnor, för fyra kvinnor i åldern 17-25 år och för en kvinna efter fyllda 25 år. Fullföljt kortare missbruksbehandling, på maximalt tre veckor, hade en kvinna gjort, två hade fullföljt längre behandling och sex kvinnor hade genomgått flera behandlingar. Sju av de 13 kvinnorna med missbruk hade inga uppgivna perioder utan missbruk, en hade som mest haft någon vecka, två några månader, en kvinna hade haft ett år, en hade haft flera år och för en kvinna framkom ingen uppgift om förekomsten av perioder utan missbruk. Av de 13 kvinnorna med missbruk framkom inga uppgifter om antalet år i missbruket för fyra av kvinnorna och de övriga nio kvinnorna hade mellan hade 9-40 år med missbruk med ett medeltal på 23,2 år (SD=9 år) (se tabell 14).

### *Vuxenliv*

En majoritet av kvinnorna var huvudsakligen sjukskrivna eller hade fått sjukersättning, i vuxenlivet, och de flesta levde på någon form av bidrag, varav några med komplettering från illegal verksamhet. En klar majoritet hade även haft kontakt med socialtjänsten under större delen av vuxenlivet. Över hälften hade haft kontakt med den somatiska vården, varav de flesta med allvarliga symtom. Kontakt med vuxenpsykiatriska vården hade en klar majoritet haft, varav samtliga både polikliniskt och inläggande.

En kvinna hade varit arbetslös under större delen av vuxenlivet, tio sjukskrivna eller fått sjukersättning, en hade haft tillfälliga anställningar och två hade haft längre anställningar eller studier. En kvinna hade enbart haft inkomst från arbete och en från studiemedel, två hade haft bidrag som en del av försörjningen, sju hade endast haft bidrag som försörjningsmedel och tre kvinnor hade kompletterat bidragen med inkomster från illegala inkomster. Utöver bidrag

Tabell 14

*Missbruk N=(14)*

Missbruksdebut	Aldrig	<12	12-16	17-25	> 25
	1	1	7	4	1
		Intervall	Medel	SD	
Missbruk, antal år (N=9) <sup>a</sup>		9-40	23,2	9	
Aktivt missbruk vid indexgärningen	nej	alkohol	narkotika	blandmissbruk	
	2	3	1	8	

Notering. <sup>a</sup> En kvinna hade inget missbruk och för fyra kvinnor framkom ingen uppgift om antal år med missbruk.

hade två av kvinnorna inte haft någon kontakt med socialtjänsten, två hade haft det vid enstaka tillfällen, nio under större delen av vuxenlivet och för en kvinna framkom ingen uppgift. Vad gäller kontakt med den somatiska vården som vuxen hade åtta kvinnor haft detta, varav en vid enstaka tillfällen utan allvarliga symtom, en vid enstaka tillfällen med allvarliga symtom, en vid upprepade tillfällen med allvarliga symtom och fem kvinnor vid upprepade tillfällen med både allvarliga och ej allvarliga symtom. Kontakt med den psykiatriska vården, som vuxen, hade tolv kvinnor haft och samtliga av dessa var både polikliniska och inneliggande.

Uppgift om sömnstörning under vuxenlivet framkom inte för elva kvinnor och tre hade haft sömnstörningar under större delen av vuxenlivet. Premenstruella syndrom framkom ingen uppgift om för elva av kvinnorna och två kvinnorna hade haft måttliga problem.

Egen bostad hade elva kvinnor, en var inneboende eller hade tillfällig bostad och två var bostadslösa. Nio av kvinnorna var ensamstående och fem kvinnor hade haft ett flertal destruktiva förhållanden.

Eget barn hade åtta av kvinnorna, varav fyra hade ett barn, två hade två barn och två kvinnor hade tre barn. Av de åtta kvinnor som hade fött barn var alla mellan 19-25 år vid födseln av första barnet med en medelålder på 21,5 år (SD=2,4 år) (se tabell 1). Av dessa åtta kvinnor hade tre vårdnaden om samtliga sina barn (med ett, två respektive tre barn), en hade vårdnaden om något av barnen (av tre barn), två hade barn som fadern hade vårdnaden om

(båda mödrar med ett barn) och för två kvinnor hade samtliga barn blivit omhändertagna (båda med ett barn).

### *Brottskarriär*

Ålder vid första lagförda brott, vilket för sju av kvinnorna innebar det aktuella brottet, varierade mellan 20-60 års ålder med en medelålder på 30 år (SD=11,7 år) (se tabell 15). Sex kvinnor hade tidigare blivit överlämnande till vård av domstol och en kvinna hade tidigare fängelse dom samt för en kvinna var uppgift om tidigare fängelse dom oklar. Sammanlagd tid i fängelse framkom inte för de två kvinnorna med tidigare domar. Tidigare våldsbrott hade fyra kvinnor dömts för och i samtliga dessa fall handlade det om misshandel/olaga hot. Ingen av kvinnorna hade tidigare domar med sexualbrott. Sju kvinnor var tidigare lagförda för brott, varav två hade endast ett tidigare brott, två hade 2-4 tidigare brott och tre kvinnor hade fem eller fler brott. Brott debut, för de kvinnor som tidigare varit lagförda, skedde i åldern 18-25 år för fyra och efter 25 års ålder för tre kvinnor, varav två kvinnor hade haft 2-5 år mellan de lagförda brotten och fem kvinnor mindre än två år.

Tabell 15

*Brottskarriär (N= 14)*

Ålder vid första lagförda brott	Intervall	Medel	SD	
	20-60	30	11,7	
Antal tidigare överlämnande till vård	0	1		
	8	6		
Antal tidigare domar	0	1	2-4	≥ 5
	7	2	2	3
Antal tidigare fängelse domar	0	1	oklart	
	12	1	1	

### *Indexgärning*

Hälften av kvinnorna erkände samtliga åtalpunkter och knappt hälften mindes inte. När det gällde inställningen till brottet så mindes inte hälften av kvinnorna. I hälften av fallen fanns brottsoffer och av dessa var en klar majoritet okända för kvinnorna. Över hälften av dem var påverkade av alkohol/narkotika och knappt hälften hade använt våld, varav ett par med allvarlig skada eller död som följd. Spridningen av brottsplats var jämn.

Inställning till det aktuella åtalet innebar för sju av kvinnorna att de erkände samtliga åtalpunkter, två medgav mindre allvarliga åtal och fem mindes inte brottet. När det gäller inställningen till brottet så mindes inte sju av kvinnorna, en kvinna kände skuld/ånger, två har blandade känslor och i fyra fall framkom inga uppgifter. Offrets identitet var i fem fall helt främmande, i ett fall en bekant, i ett fall en kärleksrelation och i sju fall innebär brottet inget offer (i samtliga dessa fall handlade det om mordbrand, vilket motsvarar 50 % av kvinnorna). Offrets ålder, i det aktuella brottet, var i tre fall över 40 år och i tre fall framkom ingen uppgift. Offrens kön var i tre fall manligt och i tre fall både manligt och kvinnligt. Våldsinslag vid det aktuella brottet hade sex kvinnor använt sig av, varav en kvinna instrumentellt våld, fyra psykotiskt våld och en kvinna blandat våld. Kvinnorna var påverkade av alkohol/droger i åtta fall, vid det aktuella brottstillfället, fem kvinnor var inte påverkade och i ett fall framkom ingen uppgift. Av de kvinnor som var påverkade vid det aktuella brottstillfället var tre kvinnor påverkade av alkohol, två av läkemedel/narkotika och tre kvinnor av flera olika substanser. Offren vid det aktuella brottet var påverkade i ett av fallen och då av alkohol. Offren hade ingen skada i ett av fallen, i fyra fall smärta, rädsla eller kränkning, i ett fall allvarlig skada/bestående men och i ett fall dog offret. Beträffande brottsplatsen vid det aktuella brottet, var detta i fyra fall kvinnans egen bostad, i ett fall offrets bostad, i två fall annan bostad, i fem fall annan lokal och i två fall utomhus.

### *Indexgärningens profil*

Brott mot person hade sex kvinnor gjort sig skyldiga till, i det aktuella brottet, varav två var brott mot frihet och frid och fyra mot liv och hälsa, av vilka en var mord. Brott mot förmögenhet hade fyra kvinnor gjort sig skyldiga till, varav en var skadegörelse, två var tillgreppsbrott och en kvinna hade flera alternativ. Sju kvinnor hade gjort sig skyldiga till brott mot allmänheten, samtliga i form av allmänfarligt brott, vilket i samtliga fall innebar mordbrand, varav en grov mordbrand. Brott mot staten hade två kvinnor gjort sig skyldiga till

och i båda fallen handlade det om våld mot tjänsteman. Övriga brott hade en kvinna gjort sig skyldig till, vilket rörde sig om narkotikabrott.

### *Året före indexgärningen*

En klar majoritet av kvinnorna levde på någon form av bidrag under året före brottet och i ett par fall kompletterades detta med inkomst från illegal verksamhet. En klar majoritet hade haft kontakt med socialtjänsten, varav de flesta under större delen av året. En klar majoritet var sjukskrivna eller hade sjukbidrag, nästan samtliga hade bostad, varav över hälften var kvinnornas egna.

Kvinnornas försörjning under året före RPU bestod i tre fall av bidrag som en del av försörjningen, i nio fall var bidrag den enda inkomsten och i två fall kompletterades bidrag med illegal inkomst. Kontakter med socialtjänsten hade elva kvinnor haft under året före RPU, varav tre vid enstaka tillfällen och åtta mer eller mindre hela året. Kvinnornas kontakt med arbetsmarknaden bestod i tre fall av tillfälliga anställningar/studier, tio var sjukskrivna eller fick sjukbidrag och en kvinna var arbetslös. Egen bostad hade åtta av kvinnorna (inklusive LSS-boende), fyra var inneboende eller hade tillfällig bostad, en var bostadslös och för en kvinna framkom ingen uppgift.

Några hade sökt somatisk vård, varav samtliga med allvarliga symtom. En klar majoritet hade sökt psykiatrisk vård, varav de flesta var inneliggande. Några hade uppgett sömnstörningar, varav de flesta under större delen av året.

Somatisk vård hade sökts av fyra kvinnor, varav en vid enstaka tillfällen för allvarliga symtom, två vid upprepade tillfällen för allvarliga symtom och en kvinna vid upprepade tillfällen för både allvarliga och ej allvarliga symtom. Åtta kvinnor hade inte sökt somatisk vård under året före RPU. Tio kvinnor hade sökt psykiatrisk vård, varav en polikliniskt vid enstaka tillfällen, en polikliniskt vid flertalet tillfällen, två inneliggande vid flertalet tillfällen och sex kvinnor både polikliniskt och inneliggande under året före RPU. Sömnstörning hade uppgetts av fyra kvinnor, varav en i återkommande perioder och tre under i princip hela året.

Tolv av kvinnorna hade ett aktivt missbruk, varav tre var alkoholmissbruk, en narkotikaberoende och åtta kvinnor hade ett blandmissbruk/beroende (se tabell 14). Suicidhandlingar hade en kvinna utfört, vilket var att betrakta som en aktiv metod, och sex hade enligt uppgift inte utfört någon suicidhandling. Vårdnaden om samtliga sina egna barn hade en kvinna (med ett barn) under året före RPU, i två fall hade fadern vårdnaden om barnen och i fyra fall var samtliga barn omhändertagna.

### *Aktuellt mål*

§7-undersökning hade genomförts på tolv av kvinnorna och samtliga kvinnor (14) rekommenderades RPU.

### *Tidigare rättspsykiatriska undersökningar*

Fyra av kvinnorna hade tidigare genomgått § 7-undersökning, varav en vardera av en, två, tre och fyra till antalet. En av dessa kvinnor hade även tidigare blivit rekommenderad en RPU och även genomgått en sådan med bedömning att APS förelåg vid både brottstillfället och undersökningstillfället. Tidigare rekommendation om vård hade getts till fyra kvinnor, varav två om rättspsykiatrisk vård och två till annan form av vård.

### *Diskussion*

Författarna av denna uppsats berörs starkt av de 14 kvinnornas livsöden, varför de i flera avseenden är vägledande genom uppsatsarbetet, vilket författarna är både tacksamma och ödmjuka inför. Syftet i denna uppsats är varken att kartlägga eller beskriva kvinnor som är dömda till rättspsykiatrisk vård, utan snarare att beskriva just denna grupp kvinnor med hjälp av ett för ändamålet anpassat kodschema. Eventuella generaliseringar utifrån detta empiriska material bör, om alls, göras med stor försiktighet.

### *Kvinnorna*

Av de 14 kvinnorna döms 11 till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP), vilket är en anmärkningsvärt hög andel jämfört med statistik från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) över rättspsykiatrisk vård under perioden 1999-2007. Enligt deras statistik över dem som döms till rättspsykiatrisk vård i Skåne län, får lite drygt hälften av dem vård med SUP. Denna statistik särskiljer dock inte männen från kvinnorna, vilket kan vara en av flera möjliga förklaringar till att så stor andel av aktuella RPU har rättspsykiatrisk vård med SUP. Vidare framgår det sällan av kvinnornas RPU några tydliga skäl till varför deras vård bör åtföljas av SUP. Den särskilda utskrivningsprövningen innebär för kvinnorna att exempelvis deras permissioner och utskrivningar beslutas i rätten och inte av ansvarig läkare. Till skillnad från ansvarig läkare vid en rättspsykiatrisk klinik, tar rättsväsendet i sina beslut bland annat hänsyn till allmänhetens syn på brottet ifråga, vilket alltså den ansvarige läkaren inte gör. De

sociala normerna får således särskilt stor betydelse för dessa kvinnor, då allmänhetens syn på kvinnors brottslighet vägs in.

Nästan samtliga kvinnor har någon form av missbruksproblematik (13 av 14), men det är en mindre andel som anses uppfylla kriterierna för en missbruks- eller beroendediagnos, även om ingen av de 13 kvinnornas missbruk hade pågått i mindre än nio år. Det är svårt, kanske till och med omöjligt, att säkert avgöra om det är deras psykiska störning som lett dem in på en missbrukande och kriminell bana eller om det är missbruket i sig som får dem att utveckla psykisk störning. Kvinnorna har, oavsett ordningsföljd, vid tiden för RPU problem inom bägge områdena, vilka bör ägnas samma uppmärksamhet. Visserligen anses inte substansrelaterade störningar i sig, i lagens mening, utgöra en allvarlig psykisk störning (APS), men då kvinnorna uppenbarligen lider av någon form av APS, så bör en närmare granskning vara av intresse. Om inte missbruket anses vara relevant, för den i RPU angivna huvuddiagnosen, bör ett utförligt resonemang föras. Detta görs inte i något av de aktuella fallen, varför det kan uppfattas som om ett sådant resonemang inte ägt rum.

En klar majoritet av kvinnorna (10 av 14) har missbrukande föräldrar, vilket i sig kan anses utgöra en riskfaktor för kvinnornas psykiska hälsa såväl som deras inställning och förhållande till droger. Vidare har hälften av kvinnorna föräldrar (en eller båda) som lider av någon form av dokumenterad psykisk störning. Utifrån dessa och andra uppgifter är det därför inte särskilt förvånande, om än tragiskt, att endast två av kvinnorna bedöms ha haft stabilitet under uppväxten. Enligt Bowlby (1977) är det styrkt att föräldrar i hög grad avgör ett barns framtida mentala hälsa. Han hävdar vidare att en persons erfarenheter av sina föräldrar i stor omfattning styr dennes förmåga att på egen hand skapa relationella band till andra, vilket verkar stämma för dessa kvinnors del.

Det är vidare anmärkningsvärt att endast en av alla kvinnorna bedöms ha haft förutsättningar för en trygg anknytning till båda sina föräldrar. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara att få av kvinnorna växte upp med bägge föräldrarna, men det visar sig att det bland de övriga kvinnorna endast är en kvinna som bedöms ha haft förutsättningar för en trygg anknytning med åtminstone en av sina föräldrar. Detta resultat överensstämmer dock med andra studier som visar att populationer med patienter vid rättspsykiatriska kliniker har signifikant högre andel individer med otrygg anknytning jämfört med kontroller från allmänbefolkningen (Ansbro, 2008; Timmerman & Emmelkamp, 2006). Visserligen finns det endast en explicit kodning för anknytningsförutsättningar i kodschemat, men den bör snarare ses som en samlad bedömning av ett flertal redan befintliga faktorer, vilka lyfts fram. Dessa faktorer är i huvudsak överensstämmande med de faktorer som Ryder (2007) använder i sin



studie av våldsamma tonårsflickor. En majoritet av de faktorer, som i Ryders analys bedöms som relevanta vid utveckling av våldsamt beteende, används i kodschemat där de vägs samman till en gemensam kodning för trygg eller otrygg anknytning. Flertalet av dessa faktorer, vilka anges i teoriavsnittet, kan framstå som ordinära och var för sig inte särskilt relevanta för utveckling av en otrygg anknytning. En viktig kommentar till detta är dock att det visserligen är relativt vanligt förekommande att en och samma person drabbas av en eller ett par av dessa faktorer, men det kan samtidigt vara en milsvid skillnad mellan att bevittna sin fars självmord och att förlora sin far på grund av somatisk sjukdom. Andra faktorer som vägs in som negativa förutsättningar för trygg anknytning är exempelvis dokumenterad frekvent familjehemsplacering, där sexuella övergrepp av annan boende i familjehemmet ägt rum. Vid kodning av anknytning har författarna inte vid något tillfälle funnit upplevt några tveksamheter kring huruvida en kvinnas anknytning var att betrakta som trygg eller ej. Sannolikt beror detta på att dessa kvinnors uppväxtförhållanden överlag är väldokumenterade av exempelvis socialtjänsten. Det framkommer vidare oftast explicit data kring kvinnornas känslomässiga relation till sina primära vårdnadshavare i de sociala, psykologiska och medicinska delarna av RPU. Det uttrycks exempelvis: ”patienten säger sig aldrig ha haft någon nära relation till sin mor” och vidare ”patienten har aldrig träffat sin far, som sedermera suiciderade genom hängning”. Risken för låg interbedömarreliabilitet kan antas vara ganska liten.

Vidare har sannolikt alla utom en av dessa kvinnor själva fått hantera såväl verkliga trauman som mindre allvarliga händelser. De har, enligt uppgifter i RPU, inte haft någon närvarande vuxen som hjälpt dem hantera och reglera alla de känslor och tankar som väcks i sådana situationer, vilket i förlängningen, enligt bland andra Schore (1997) och Ryder (2007), leder till en försämrad beredskap för att hantera så naturliga företeelser som mellanmännsliga relationer. Schore (1997) menar även att de som inte fått hjälp med denna hantering av känslor tenderar att utveckla defensiva strukturer i syfte att skydda mot potentiellt smärtsamma tillstånd. Han hävdar vidare att dessa individer av naturliga skäl undviker nya situationer då de är potentiellt utmanande, varpå ingen exponering av nya socioemotionella inlärningserfarenheter sker (Schore, 1997). Sammantaget har detta en negativ inverkan på personlighetsutvecklingen, vilket överensstämmer med anknytningsteorin. Den betonar att anknytningssvårigheter bland annat understödjer beteendeproblematik och hindrar utvecklingen av metakognition och självreglering. Dessa faktorer framstår vidare som väsentliga vid utveckling av kriminellt beteende (Hirschi, 2002; Rich, 2006). En otrygg anknytning anses inom anknytningsteorin utgöra en viktig förklaringsgrund för utveckling av

personlighetsstörning och annan psykisk ohälsa (Bowlby, 1977; Ijzendoorn, et al., 1997, van; Rich, 2006; Timmerman & Emmelkamp, 2006).

Ett ökande antal forskare hävdar att majoriteten i populationer, som liknar de aktuella kvinnorna, tidigt i livet fått traumatiska erfarenheter, vilka ofta orsakats av en eller flera föräldrafigurer (Timmerman & Emmelkamp, 2006). Det framstår i ett sådant sammanhang som en rimlig överlevnadsstrategi att exempelvis misstro eller avskärma sig från dem som man under mer trygga förhållanden skulle lita på och knyta an till. Det är de sammanlagda, inte enskilda, riskfaktorerna som leder till en negativ utveckling och ökar risken för brottslighet (Hodgins & Janson, 2002).

Av resultatet framkommer att ingen av kvinnorna har någon barnneuropsykiatrisk diagnos och inte heller fått någon sådan diagnos fastställd i barndomen. Detta kan bero på flera faktorer. Dels kan det vara så att det, utifrån de rättspsykiatriska undersökningarnas syfte, inte anses relevant att utreda och dels kan denna typ av diagnoser vara ett mer modernt fenomen som inte uppmärksammades under kvinnornas barndom. Då det i skrivande stund inte finns tillgång till UPPRÄTT-projektets uppgifter avseende männens omfattning av dylika diagnoser, finns dessvärre ej heller någon jämförelsegrupp.

Uppsatsförfattarna ställer sig frågan om det är möjligt att, utifrån teorier om debut av kriminalitet/antisocialt beteende, kategorisera de 14 kvinnorna. Initialt bör dock poängteras att det aktuella urvalet av kvinnor är exceptionellt i två avseenden. Samtliga av dessa kvinnor är dömda för att ha begått ett brott, vilket inte gäller för alla med antisocial problematik och vidare tillhör dessa kvinnor den lilla andel av samtliga dömda kvinnor som lider av en allvarlig psykisk störning. Utifrån denna uppsats resultat bedöms att i princip ingen av kvinnorna hade någon bra start i livet, varken avseende arv eller miljö. Utifrån officiell statistik på första lagförda brott konstateras att ingen av kvinnorna dömts för något brott före 20 års ålder. Sammanfattningsvis skulle således majoriteten av de 14 kvinnorna, enligt Silverthorn och Fricks (1999) kunna kategoriseras som sent debuterande.

Vid en närmare granskning av resultatet kan däremot flera intressanta fenomen konstateras. Exempelvis kan nästan hälften av kvinnorna betraktas som svagbegåvade (under 90 IK-poäng), vilket dock bör användas med stor försiktighet och gott omdöme. Kvinnornas testresultat bör ses i sitt sammanhang, vilket vid en RPU ofta innebär att såväl deras psykiska, fysiska och sociala status är sämre än någonsin, vilket självklart kan påverka samtliga testresultat. Många av kvinnorna har missbrukande föräldrar och/eller föräldrar med känd psykiatrisk diagnos. Endast ett fåtal växte upp tillsammans med båda föräldrarna och deras familjestabilitet och anknytning till föräldrarna var kraftigt undermålig. Att utifrån dessa

bakgrundsfaktorer dra slutsatsen att inget, eller lite, utagerande beteende ägt rum under uppväxten uppfattas av författarna som orimligt, även om förekomst av riskfaktorer inte är det samma som att beteendeproblem faktiskt förekommer. Stöd för ovanstående resonemang hittas även i andra delar av resultatet, såsom att hälften av kvinnorna bedömdes ha uppmärksamhets- eller koncentrationssvårigheter och en klar majoritet bedömdes ha beteendeproblem i skolan. Det kan således utifrån detta resultat konstateras att åtminstone en majoritet av dessa kvinnor faller inom den lilla kategori som Moffitt (1993) benämner som tidigt debuterande, vilken beskrivs bestå av nästan uteslutande män. Återigen kan det således konstateras att kategorisering och benämning beror på vilka kriterier och insamlingsdata som används.

Fokuseras det däremot på brottslighet hos dessa kvinnor, som sedermera utvecklar en allvarlig psykisk störning (APS), konstateras utifrån aktuellt resultat att de som grupp betraktat inte är särskilt brottsbenägna, trots att deras medelålder är 37 år vid det aktuella brottstillfället. Exempelvis är hälften av kvinnorna inte tidigare lagförda och av dem som är dömda tidigare är det endast en som är dömd till fängelse. Vidare är de tidigare dömda kvinnorna dömda för ett få antal tidigare brott. Resultatet stödjer således Hodgins et al. (2008) i deras resonemang om att de kvinnor som utvecklar en APS och begår brott, men har sen brottsdebut, generellt sett begår ett litet antal brott. Sammanfattningsvis kan det göras åtskillnad mellan de aktuella kvinnornas antisociala beteende och deras brottslighet. Generellt sett har de tidigt någon form av beteendeproblematik, men de är inte särskilt kriminella. Utifrån detta stärks författarnas tankar om att de 14 kvinnornas brottslighet snarare beror på deras allvarliga psykiska störning än på en antisocial livsstil.

Då personlighetsstörningar, vilka tillsammans med mental retardation skattas på Axell II, sällan anses utgöra en allvarlig psykisk störning, är det förvånande att nio av kvinnorna trots allt bedöms ha en sådan diagnos. Särskilt förvånande är att en del av dessa anges trots att de inte anses utgöra huvuddiagnos, när det samtidigt finns en tendens att inte diagnostisera missbruk och beroende. Vidare är det intressant att utifrån de 14 kvinnornas RPU notera att diagnostiserad komorbiditet är mindre vanligt förekommande än vad författarna, utifrån teori och egna erfarenheter, trodde. Sannolikt har det betydelse att såväl författarnas erfarenheter som teorierna i huvudsak utgår från män, men det är trots allt ett intressant observandum. Moffitt et al. (2001) anser till exempel att det är mycket ovanligt att uppförandestörning förekommer i så kallad ren form, vilket visserligen är en bland kvinnor ovanlig diagnos, men det finns andra diagnoser, som är mer vanligt förekommande bland kvinnor och som oftast förekommer tillsammans med andra diagnoser. Exempelvis är det tämligen vanligt att

depression förekommer samtidigt med ångestsyndrom och att paniksyndrom förekommer samtidigt med missbruk. Trots att flera av kvinnorna enligt författarna uppfyller fler än en diagnos, varav en oftast borde vara någon form av missbruk- eller beroendediagnos, så är det väldigt få av dem som i RPU har diagnostiserad komorbiditet. Det förekommer däremot att de får mer än en personlighetsstörningsdiagnos, vilket i sig är intressant.

Kvinnornas partnerval inkluderas visserligen inte i den här studien, men det framkommer å andra sidan inte något som tyder på att någon av kvinnorna haft någon varaktig eller trygg relation som vuxen. Författarna grundar denna uppfattning på exempelvis den väldokumenterade missbruksproblematiken, bidragsberoendet, kontakter med socialtjänsten, civilstånd (nio kvinnor var ensamstående vid tidpunkten för RPU), låg ålder vid första barn samt antalet barn som blivit omhändertagna. Detta ger stöd åt Moffitt et al. (2001) som anser att speciellt flickor med en antisocial historia är mer benägna att senare bli involverade med en partner som är kriminell och/eller missbrukare eller som snarare uppmuntrar än motsäger sig ett antisocialt beteende. De tenderar dessutom att få barn tidigt som i sin tur löper stor risk att utveckla ett antisocialt beteendemönster. Denna uppsats författare undrar därför hur det har gått för dessa kvinnors barn. Är de nästa generation av fängelsekunder eller patienter på våra psykiatriska kliniker, inklusive rättspsykiatriska kliniker?

Under rubriken suicidförsök kodas att nio av kvinnorna har begått ett eller flera. Vid kodning har enbart de i vars journalhandlingar suicidförsök uttryckligen framgår kodats positivt. Inga tolkningar av exempelvis frekventa besök på akutmottagning eller liknande görs, utan endast då det, oftast i medicinpsykiatriska delen av RPU, explicit anges suicidförsök. Ibland framgår även att kvinnan själv berättar att hon försökt att ta sitt liv. Oftast anges intoxikering som metod och då främst en kombination av droger och alkohol. Endast för en av kvinnorna anges så kallade aktiva metoder, exempelvis kasta sig framför ett tåg. Det framkommer vidare aktiva metoder av suicidförsök i samband med indexbrottet, vilket kan ses som ett tecken på allvarlig psykiskt störning vid gärningstillfället, men kanske också som ett tecken på grad av desperation. Det förekommer överhuvudtaget inga noteringar om självska debeteende, vilket kan anses vara anmärkningsvärt. Visserligen är undersökningarna genomförda under perioden 1999-2005 och följaktligen är journalhandlingarna ännu äldre, men borde det trots det inte förekomma någon gång? Fem av kvinnorna är diagnostiserade med borderline personlighetsstörning, som ofta förknippas med självska debeteende. Antingen beror således denna frånvaro av självska debeteende i journalhandlingarna på en verklig frånvaro eller på att fenomenet i sig ännu inte uppmärksammas. Om det faktiskt förekommer

men inte uppmärksammas, noteras det då som suicidförsök eller inte alls? Hur det verkligen förhåller sig är dock oklart.

Tre av kvinnorna uppger att de blev sexuellt utnyttjade under sin barndom, men det antas att mörkertalet här är stort, bland annat med anledning av att det för sex av kvinnorna kodas som okänt. Vidare kodas fem av kvinnorna med att inget sexuellt övergrepp förekommit, vilket egentligen betyder att det inte framkommer i handlingarna. De tre kvinnor som uppger att de blivit sexuellt utnyttjade gör det nämligen på eget initiativ, då det inte efterfrågas specifikt vid RPU. En betydande mängd studier konstaterar att sexuella övergrepp i barndomen i hög grad orsakar psykiska problem samt att långsiktiga effekter kan bli i form av exempelvis aggressivt beteende och missbruk (Roe-Sepowitz, 1999; Yourstone, Lindholm & Kristiansson, 2008). Varför det inte rutinmässigt undersöks eller frågas efter är dessvärre oklart i skrivande stund.

Som vuxna försörjer sig en klar majoritet av kvinnorna (10 av 14) huvudsakligen genom en eller annan form av bidrag, vilket för de flesta är någon form av sjukersättning. Hälften av kvinnorna är lagförda sedan tidigare, sex av dem är tidigare överlämnade till vård, ingen av dem har någon fast anställning och sammantaget blir intrycket att kvinnorna överlag behöver en eller annan form av stöd utifrån. Vid en närmare granskning av året innan indexbrottet visar det sig att den huvudsakliga inkomsten nu för 12 av de 14 kvinnorna är en eller annan form av bidrag. Vidare är det 10 av kvinnorna som söker psykiatrisk vård, varav åtta är inneliggande och 12 av kvinnorna har ett aktivt missbruk. Sammantaget blir således författarnas intryck att kvinnornas allmänna funktionsnivå, vilken inkluderar psykologiskt, socialt och yrkesmässigt fungerande, trots stöd utifrån är anmärkningsvärt låg.

### *Rättspsykiatriska utredningar och deras begränsningar*

Denna uppsats grundar sig i vissa avseenden på kodning av kliniskt material, vilket i detta fall kommer från rättspsykiatriska undersökningar (RPU). Syftet med en RPU är mycket specifikt, vilket följaktligen även påverkar det kliniska materialet. En rättspsykiatrisk undersökning ska, enligt statens offentliga utredningar [SOU] (2006:63) anpassas efter domstolens syfte med undersökningen och övriga omständigheter i det enskilda fallet. Den ska endast göras så omfattande som behövs för att ge svar på domstolens frågor, vilket bland annat innebär att bedömningar och utredningsarbete som är relevant för den misstänktes behandling måste vänta tills vården kommer till stånd (SOU, 2006). Det är däremot upp till den enskilde kliniken att avgöra vad och hur mycket som behövs för att ett välgrundat svar

på domstolens fråga kan ges. RPU-material skiljer sig i vissa avseenden markant från kliniskt material från exempelvis en ordinär psykiatrisk klinik, vilket kan bidra till både för- och nackdelar.

En stor skillnad mellan dessa olika typer av material är att det vid en RPU finns en möjlighet att beställa hem i princip vilket material som helst, varifrån som helst, då ordinarie sekretessregler är undantagna vid denna typ av undersökning. Den rättspsykiatriska kliniken kan beställa till exempel journaler, behandlingsrapporter och utlåtanden från exempelvis psykiatriska och medicinska kliniker och mottagningar såväl som handlingar från socialtjänst och försäkringskassa. Materialet kan följaktligen vara väldigt omfattande och i princip täcka en patients hela liv, vilket författarna anser vara en fördel. Utöver detta samlas data även in med hjälp av bland annat en rad olika testinstrument och intervjuer med patienten. Enligt SOU (2006:63) är dock det personliga samtalet det viktigaste undersökningsinstrumentet och det anges vidare att det i allmänhet krävs samtal under flera olika dagar för en kvalificerad rättspsykiatrisk diagnostik och bedömning (SOU, 2006). Det bör dock i detta sammanhang påpekas att patienten, oavsett kön, inte alltid är välvilligt inställd till att en RPU faktiskt genomförs, vilket självklart spelar en direkt avgörande roll för vad som framkommer vid densamma.

Yourstone, Lindholm och Grann (2008) menar att kvinnor generellt sett är mer positivt inställda till såväl RPU som den därpå följande rättspsykiatriska vården. Vidare hävdar de att även professionella, såväl inom det juridiska som medicinska fältet, är mer välvilligt inställda till att kvinnor, i förhållande till män, ska få rättspsykiatrisk vård som påföljd. De menar vidare att kombinationen av kvinnornas och de yrkesutövandes positiva syn på vård leder till att kvinnor som genomgår RPU i viss omfattning gynnas. Detta resonemang verkar utgå ifrån ett antagande om att rättspsykiatrisk vård är en mer fördelaktig påföljd än fängelse, vilket författarna inte är benägna att hålla med om i alla avseenden. För det första är det författarnas intryck, från sina respektive erfarenheter från rättspsykiatrisk klinik, att patienter som genomgår RPU snarare försöker framstå som friska än sjuka, vilket kan tolkas som att de inte vill få vård. För det andra är det även författarnas intryck att en stor andel av dem hellre önskar hamna i fängelse, då det innebär ett tidsbestämt straff. Vidare anser författarna att det finns uppgifter i det aktuella kodade materialet som talar för att åtminstone en klar majoritet av dessa 14 kvinnor har skäl för att tvivla på vårdens vilja och kapacitet att hjälpa dem. Tio av kvinnorna har under det senaste året sökt psykiatrisk vård vilken, sett ur kvinnornas perspektiv, inte framstår som särskilt lyckosam. Vidare är det sex av kvinnorna som tidigare

dömts till vård, men det är endast en av kvinnorna som tidigare dömts till fängelse och därmed har erfarenhet av kriminalvården.

Det bör vidare påpekas att det för RPU specifika syftet i sig kan leda till att material, som i andra kliniska sammanhang sannolikt skulle anses vara intressant, inte efterfrågas. Syftet vid en RPU är, som nämnts tidigare, snarare rättsligt än medicinskt. Detta kan bland annat innebära att det anses mindre relevant om personen i fråga lider av exempelvis generaliserat ångestsyndrom eller tvångssyndrom, även om det naturligtvis kan komma att påverka en eventuell framtida behandling. Differentialdiagnostiken kan å andra sidan tänkas vara desto mer utpräglad då det handlar om ett, ur juridisk synpunkt, relevant psykiskt syndrom, som exempelvis schizofreni eller vanföreställningssyndrom. Då syftet med denna uppsats inte kan räknas som juridiskt utan snarare medicinskt bör detta självfallet uppmärksammas. Materialet är insamlat i ett syfte för att senare användas i ett annat, vilket under alla omständigheter bör vara ett observandum (Hodgins & Janson, 2002).

### *Teoriernas begränsningar*

Genom uppsatsen lyfts en del teorier fram för närmare granskning. Det bör poängteras att deras respektive syften i flera avseenden skiljer sig åt, vilket inte enbart påverkar deras val av metod utan även arbetet i stort. Skillnader mellan olika syften är i detta arbete tydligt i teoriavsnitten, men även under metodavsnittet. Då det gäller teoriavsnittet har de olika teorierna såväl som studierna exempelvis olika definition av antisocialitet. Några har som syfte att studera antisocialitetens utveckling genom livet, medan andra specifikt studerar kvinnors antisocialitet och ytterligare några studerar sambandet mellan psykisk störning och kriminalitet. Detta leder vidare till att de använder sig av exempelvis definitioner och metoder vilka är relevanta för sina respektive studiesyften, vilket även gäller för denna uppsats.

Då majoriteten av såväl teorier som studier berör antisocialitet kan det vara relevant att titta närmare på hur deras definitioner och informationskällor skiljer sig åt. Moffitt et al (2001) anser exempelvis att frekvent ljugande och skolk är att betrakta som antisocialt beteende under uppväxten, då de utgår ifrån kriterier för uppförandestörning enligt DSM-IV. De använder sig i denna longitudinella studie av multipel datainsamling, vilket innebär att de utöver registerdata bland annat intervjuar ungdomarna, deras anhöriga och lärare samt låter samma grupper fylla i skattningsformulär. Vidare utgår de i sin studie ifrån att tre av kriterierna ska vara uppfyllda, vilket väcker frågan om inte i princip majoriteten av barn och ungdomar i slutändan uppfyller dessa kriterier. Datainsamlingen sker genom rapportering från

barnen själva och deras anhöriga och lärare, vilket kan tänkas leda till en effekt av att ”ju mer man letar desto mer hittar man”. De rekommenderar dock för framtida forskning att kriteriegränsen bör sättas vid fem. I alla sammanhang då det handlar om huruvida kriterier uppfylls eller ej, bör frågan om vem som avgör om kriterierna uppfylls eller ej lyftas. Skulle någon annan anse att kriterierna uppfylls?

Hodgins och Janson (2002) använder i sin studie om kriminalitet och våld bland psykiskt störda uteslutande registerdata. De har, genom projektet Metropolitan, tillgång till omfattande longitudinella registerdata, vilket även innefattar viss data rörande indexpersonernas föräldrar och syskon. En risk med denna typ av datainsamling är snarare att underskatta än överskatta individernas antisociala beteenden. Det finns i denna studie exempelvis inte tillgång till uppgifter om skolk eller initiering av slagsmål med klasskamrater, vilket författarna å andra sidan inte heller inkluderar i antisocialt beteende. Deras definition utgår således från registrerat antisocialt beteende, vilket i slutändan tenderar att i huvudsak innebära kriminellt beteende. Dessa två longitudinella studier har sammanfattningsvis olika definitioner av antisocialitet och olika datainsamlingsmetoder, men bidrar var och en på sitt vis till ökad kunskap kring utveckling av antisocialitet.

Då det gäller datainsamlingen för denna uppsats så är den närmast att betrakta som en kombination av de ovan nämnda varianterna. Insamling av data, som används i detta arbete, har gjorts i två steg; först vid RPU och därefter vid kodningen av desamma (vilken beskrivs närmare i metodavsnittet).

#### *Påverkar psykologers yrkesetiska principer RPU-materialet?*

Det kanske ligger i sakens natur att psykologer, som arbetar med RPU, ibland hamnar i vad som närmast kan beskrivas som etiska dilemman med hänsyn till deras yrkesetiska principer (Sveriges psykologförbund, 1998). Det är till exempel inte alltid är självklart vem den egentliga klienten är. Principiellt kan hävdas att det vid rättspsykiatriska psykologutredningar är domstolen eller kanske till och med samhället i stort som är klienten, medan det i behandlande psykologarbete är patienten (Haag, 2006). Författarna anser att detta sannolikt påverkar såväl materialet i en RPU som den enskildes möjlighet att få sina individuella behov tillgodosedda.

Eftersom det är en domstol som beslutar att patienten ska genomgå undersökningen, kan hinder för bland andra principerna om informerat samtycke, valfrihet och självbestämmande uppstå, vilket i förlängningen även kan tänkas påverka maktrelationen mellan patient och



psykolog. Denna obalans avseende makt i relationen bör alltid uppmärksammas och göras explicit, så att särskild vaksamhet och försiktighet råder i de situationer då patienten är särskilt utsatt och sårbar (Haag, 2006). Om, och i så fall på vilket sätt, denna obalanserade relation kan tänkas påverka materialet är däremot för författarna ovisst. Somliga patienter är positivt inställda till undersökningen i sig, då de kanske mått psykiskt dåligt under en längre tid, men även för dem påverkar de yttre omständigheterna undersökningen negativt. Vidare mår de flesta mycket dåligt under undersökningens gång. Patienten själv ska kunna fatta ett välgrundat beslut om deltagande i undersökningen, vilket innebär att patienten kan välja att inte delta i undersökningen, men föreligger det något egentligt val? Oavsett om patienten väljer att delta eller inte och oavsett bakomliggande orsaker till detta val, så kommer ett rättspsykiatriskt utlåtande att skickas till domstolen. Om patienten vägrar att delta kan detta uppfattas som ett tecken på samarbetssvårigheter eller kanske till och med antisociala tendenser. Är detta en korrekt bedömning, som sedermera utgör data i RPU? Oavsett hur patienten väljer så kommer utredningen sannolikt att påverka dennes framtid, varför de som ansvarar för utredningen i detta sammanhang har en väldig makt över patientens liv (Anderten et al., 2003). Det är vidare, enligt de yrkesetiska riktlinjerna, etiskt korrekt att göra en utredning mot patientens vilja, om denna är beordrad från domstol, även om författarna undrar om utredningen i detta läge kan bidra med rättvisande information. I detta läge bör utredningsteamet enbart uttala sig i generella termer och inte i det specifika fallet (Haag, 2006). Uppsatsförfattarna är dock tveksamma till att samtliga i utredningsteamet i sina respektive delar av det rättspsykiatriska utlåtandet, endast uttalar sig i generella termer då en patient inte deltar i undersökningen.

Vid en RPU ska psykologen, enligt lag, lämna upplysningar till den domstol som beslutat att undersökningen ska genomföras, vilket patienten ifråga informeras om. Detta innebär således att om en psykolog lyckas etablera en förtrolig och god allians med en patient, som i många fall är i mycket stort behov av hjälp och stöd, så kan ett etiskt dilemma uppstå. Patienten kan då komma att anförtro sin psykolog med uppgifter som är till nackdel för patientens eget bästa, vilket psykologen ska bortse ifrån och trots det vidarebefordra uppgifterna till domstolen. Psykologen agerar då visserligen juridiskt korrekt, men upplever möjligen det etiska dilemman som betungande (Øvreeide, 2003). Anta att en patient blir korrekt informerad om sekretessens begränsningar vid den rättspsykiatriska undersökningens första möte, men på grund av sin psykiska ohälsa inte förstår konsekvenserna av detta, eller helt enkelt glömmer bort det under utredningens gång. Psykologen kan då, på ett mer eller mindre aktivt vis, försöka hindra patienten från att lämna upplysningar som är skadliga för

dennes framtid (Øvreeide, 2003). Vidare undrar författarna, återigen, vilken validitet det material som finns med i RPU har och vidare, vilket material är det som inte finns med?

### *Uppsatsens och författarnas begränsningar*

Det ur denna studie erhållna materialet är influerat av en mängd olika faktorer, vilket bör beaktas. Den främsta faktorn är sannolikt den ursprungliga datainsamlingens syfte, men naturligtvis påverkar även uppsatsförfattarna materialet både med hänsyn till vilket material som kommer fram, men även genom hur det sedermera kodas. Möjligen hade någon annan hittat annat material eller kodat samma material annorlunda. Som tidigare nämnts eftersträvade kodarna att tolka och koda materialet på så likartat sätt som möjligt. På några av punkterna innebar tolkningen inte något problem då detta klart framgick av RPU, till exempel diagnoser, skattningar, etnicitet och aktuella åtalspunkter.

Andra kriterier kunde vara betydligt mer komplicerade att operationalisera från en RPU och föra över till ett kodschema med mer eller mindre tydliga indelningar. I vissa fall innebar kodningen en tolkning av RPU för att få det att passa in i en kategori, till exempel när föräldrarnas alkoholvanor beskrivs, mer eller mindre utförligt, utan att det benämns som missbruk eller beroende. När det gäller trygghet i uppväxten och anknytning har dessutom en mer sammanvägd bedömning av kategorierna gjorts utifrån materialet, vilket beskrivs mer utförligt tidigare i uppsatsen.

En betydande del av materialet kodades som okänt, vilket avser att uppgift inte framkom i de rättspsykiatriska undersökningarna. Om det i en RPU uppgavs att ”inget har framkommit om ...” har detta kodats som att det inte har förekommit. Om en faktor kodas som att den inte har förekommit eller som okänd beror således på om den uttryckligen beskrivits som ej framkommit eller om inget alls har nämnts om denna faktor.

I en svensk studie (Långström et al., 1999) undersöks möjligheter och problem med datainsamling från RPU, vilka kompletterades med domstolsrapporter och polisregister. Av de riskfaktorer som togs fram fick författarna senare exkludera en rad faktorer som inte gick att koda tillförlitligt utifrån de valda informationskällorna. Data från barndomen, speciellt tiden före skolåldern, ansågs vara svårbedömd på grund av antaganden om underrapportering från både föräldrar, förskola, skola och sociala myndigheter. Även historia angående fysisk eller psykisk misshandel och försummelse i uppväxten ansågs som svårbedömda. Ingen tillfredställande interbedömarreliabilitet kunde uppnås när det gällde någon specifik barnpsykiatrisk diagnos förutom uppförandestörning och författarna ansåg att försenad

motorisk utveckling, dyslexi, problembeteenden samt detaljer om bristande uppmärksamhet och impuls kontroll var några av de områden som hade inkonsekvent rapportering i de rättspsykiatriska utredningarna. Anledningen till det senare uppgavs vara att informationen i RPU inte insamlats med hjälp av strukturerade instrument med dokumenterad validitet och reliabilitet (Yourstone, Lindholm & Grann, 2008).

Vidare påverkas det aktuella materialet av författarnas explicita syfte för denna uppsats, men kanske ännu viktigare är deras implicita och omedvetna syfte. De har båda tidigare erfarenheter från rättspsykiatrisk klinik, vilket i sig kan tänkas påverka dem och deras förutfattade meningar på flera sätt. Vidare är en av författarna kvinna, vilket visserligen i någon mån kan tänkas balanseras av att den andre författaren är man. De lever vidare båda i dagens samhälle som präglas av sociala normer kring vad som är accepterat kvinnligt respektive manligt beteende, vilket påverkar dem båda i okänd omfattning. Detta får konsekvenser för bland annat deras val av teori och metod och slutligen syfte för denna uppsats.

### *Förslag på framtida forskning*

I denna uppsats inledning nämns att forskning kring gärningsmän och kriminalitet i stort fokuserar kring manliga gärningsmän samt att motsvarande forskning kring kvinnliga gärningsmän och kvinnlig kriminalitet är jämförelsevis obetydlig. Vidare framgår att forskningen inom området har bristfälligheter avseende exempelvis psykosocial och psykiatrisk bakgrund, utveckling av kriminell livsstil samt komorbiditet (Cale & Lilienfeld, 2001; Cernkovich et al., 2008; Dolan & Völm, 2009; Hodgins & Janson, 2002; Moffitt et al., 2001; Nicolls & Petrila, 2005; Ryder, 2007; Silverthorn & Frick, 1999; Strand & Belfrage, 2005; Weizmann-Henelius et al., 2003; Yourstone et al., 2008). Vidare är det förhållandevis lite forskat kring eventuell koppling mellan psykiatrisk och somatisk problematik, vilket författarna i likhet med viss forskning, misstänker beror på det kvinnliga fokus som råder avseende forskning kring exempelvis somatiseringssyndrom och somatoforma syndrom (Bass & Murphy, 1995; Bornstein & Gold, 2007; Lilienfeld, 1992; Lilienfeld & Hess, 2001; Wilson et al., 1999). Under detta arbetes gång noterar författarna vid upprepade tillfällen att de aktuella kvinnorna, under sin uppväxt, i förhållandevis liten omfattning uppvisar några för lekmän explicita tecken på att de mår psykiskt dåligt. Det antas att de vänder sina såväl sociala som psykologiska problem inåt och sannolikt många gånger dessutom tar på sig ett alldeles för stort ansvar för både föräldrar och syskon. Det är troligt att flera av dem har

magont, huvudvärk och andra somatiska åkommor, som inte uppmärksammas som signaler på hur de mår psykiskt. Då deras föräldrar oftast har fullt upp med sina egna problem kan det inte förväntas att de uppmärksammar barnens problematiska situation. De flickor som inte agerar ut sina problem tenderar att försvinna i mängden inom barnomsorg och skola. Det borde, enligt författarna, satsas betydligt mer och kanske framför allt forskas mer på flickors och sedermera kvinnors utveckling av allvarlig psykisk störning. Då det verkar som om kvinnor i hög grad vänder sina problem inåt, borde det inte vara långsökt att titta närmare på exempelvis somatiseringssyndrom och somatoforma syndrom, men även de mycket tidigare tecknen på psykisk ohälsa bland flickor.

Författarna tänker sig vidare, vilket delvis stöds av tidigare forskning, att kvinnor i större utsträckning än män är aktivt hjälpsökande och förhoppningsvis därför också erhåller adekvat vård, vilket delvis skulle förklara varför kvinnor i mindre omfattning än män med psykisk problematik begår kriminella handlingar. Detta skulle i så fall innebära att den negativa utvecklingen för kvinnornas del stoppas, vilket dessvärre inte verkar vara fallet. Detta skulle kunna förklaras av att de faktiskt inte får adekvat vård. Ett gemensamt och samkört journalsystem ökar förmodligen sannolikheten för att kvinnor som frekvent söker nya vårdgivare uppmärksammas och därmed får mer adekvat hjälp. Det finns vidare forskning som tyder på att kvinnor faktiskt söker sig till psykiatrin, om än i ett senare skede (Holmberg & Kristiansson, 2006). Det borde absolut forskas vidare på varför dessa kvinnor trots kontakt med psykiatrin inom sex månader begår ett allvarligt brott. Författarna instämmer med Holmberg och Kristianson (2006) då de hävdar att patienter med allvarlig psykisk störning kräver särskild uppmärksamhet och specifika rutiner inom den allmänna psykiatrin. De tänker sig vidare, i vilket författarna instämmer, att särskilda riktlinjer för effektiv vård och behandling inom den psykiatriska sektorn omgående bör utvecklas.

Än idag används instrument och teorier som grundar sig på manliga data och det konstateras gång efter annan att det ser annorlunda ut för kvinnor. Det är nu hög tid att skapa instrument och teorier som utgår från kvinnor. Istället för att utgå ifrån de data kring kvinnor som framkommer i studier som har män som norm, bör det istället grävas djupare kring de områden där olikheter är kända. Exempelvis bör vidare forskning och sedermera utveckling av instrument och teori fokusera på somatiseringssyndrom, inåtvänd problematik, hormonella cykler, pubertetsdebut och sömnstörningar. Författarna menar att tiden nu är mogen för att sluta jämföra kvinnor med män och istället jämföra kvinnor med allvarliga psykiska problem med kvinnor utan sådan problematik.

Då författarna anser att RPU inte är tillräcklig för informationsinsamling i syfte att kartlägga kvinnornas historiska bakgrund, bör dessa vid framtida forskning kompletteras med ytterligare källor. Ett förslag till sådan kompletterande informationskälla är strukturerade intervjuer med kvinnorna. Dessa intervjuer skulle kunna äga rum efter en tids rättspsykiatrisk vård då kvinnorna förväntas vara i mer balans än vid en RPU. Detta förväntas säkerställa både validiteten och reliabiliteten för resultaten. Vid dessa intervjuer skulle frågor, kring sådant som inte framkommer, framkommer delvis eller är osäkert i en RPU, kunna ställas direkt till kvinnorna. Förslagsvis kan dessa frågor handla om kompletteringar avseende relationer till exempelvis föräldrar, syskon och kompisar under uppväxten samt partner och egna barn i vuxenlivet. Vidare bör intervjun samla in kompletterande material kring icke lagförd kriminalitet, utsatthet för fysiskt och psykiskt våld samt sexuella övergrepp, upplevelser av traumatiska händelser, suicidhandlingar, sömnstörningar, självskadebeteende och premenstruella besvär. Dessutom kan det, vid intervjutillfället, göras en bedömning om exempelvis psykosomatiska besvär och såväl aktuell som retroaktiv sjukdomsinsikt.

Författarna vill återigen framhäva vikten av att se kvinnornas testresultat i sitt sammanhang. De mår sannolikt sämre än någonsin då de olika bedömningarna och testningarna genomförs vid en RPU, vilket självklart kan påverka såväl klinisk bedömning och skattningsresultat som samtliga testresultat. Det är därför angeläget att inte allt för stor vikt läggs på de poäng och det övriga intryck som förmedlas vid en RPU. Således rekommenderas vidare att kompletterande testningar, framför allt avseende begåvningsnivå, görs efter en period av rättspsykiatrisk vård.

Under arbetets gång diskuterar författarna vilket material som genereras vid en RPU och vidare vilket material som inte kommer fram. De tänker sig att detta sannolikt skiljer sig mellan olika RPU av naturliga skäl, då det är olika bedömare, men även olika personer som utreds som begått olika brott. Detta väcker bland annat den, för både framtida forskning men även för individen som utreds, centrala frågan kring interbedömarreliabiliteten. Författarna anser att detta är ytterligare ett utmärkt område för den framtida forskningen att studera. Exempelvis redogörs det i en del RPU noggrant för det diagnostiska resonemanget och den slutliga diagnosen (eller icke-diagnos) är då väl underbyggd. I andra undersökningar förs det däremot i princip inget resonemang alls utan där konstateras snarare med en mer självklar ton en aktuell diagnos. De olika sätten ger följaktligen även olika material, såväl kvalitativt som kvantitativt.

Bland andra Hodgins och Janson (2002) menar att de omfattande neddragningarna och den samtida avvecklingen av institutionaliseringen inom psykiatrin mellan 1960-1995 kan

vara orsak till ökad kriminalitet bland allvarligt psykiskt störda personer. De menar vidare att den psykiatriska tvångsvården kom att bli allt hårdare reglerad samtidigt som patienternas rätt att neka vård utökades, vilket de anser innebära att det idag är avsevärt mycket svårare än tidigare att vårda eller lägga in en patient mot dennes vilja. Uppsatsförfattarna uppfattar ovanstående som sannolika, om än inte heltäckande, förklaringar till ökad kriminalitet bland personer med allvarliga psykiska störningar. Ur ett medmänskligt perspektiv uppfattas det däremot som en minst sagt komplicerad problematik. Att med tvång hindra en person från att begå en eller annan form av brottslig handling kan visserligen hindra att såväl personen själv som andra individer och samhället i stort far illa, men frågan är till vilket pris. Det är alltid en mer eller mindre subjektiv bedömning som avgör huruvida den aktuella personens psykiska mående utgör fara för dennes egna eller andras liv och denna bedömning stämmer då aldrig överens med den aktuella personens, varför tvång blir aktuellt. Är det då rimligt att tänka att personen kan göra en korrekt bedömning av det egna psykiska måendet? Författarna tänker sig att det i många fall är orimligt då de uppfattar att det är sannolikt att personen i fråga har bristande sjukdomsinsikt. Vidare är det författarnas erfarenhet, om än begränsad, att flertalet av dem som kommer till en RPU redan efter en kort tids utredning och behandling är mycket tacksamma över att de initialt mot sin vilja tvingats ta emot viss hjälp. De ger ofta uttryck för att de sannolikt begått grövre brott alternativt inte varit vid liv om inte detta gjorts. Däremot framkommer det vidare att de oftast önskar att hjälpen erbjudits tidigare. Frågan är då om deras uppfattning om att tidigare hjälp inte erbjudits är korrekt eller ej. Uppsatsförfattarna tänker sig att detta påstående är korrekt för somliga, men inte för alla. En majoritet av dem som genomgår en RPU har under livet visserligen varit aktuella för allehanda samhälleliga åtgärder, men det framstår som om en del av åtgärderna inte är adekvata alternativt getts vid fel tidpunkt. Vidare får författarna, utifrån genomgång av kvinnornas RPU, ett intryck av att personen som ska ta emot dessa åtgärder inte alltid är överens med beslutsfattarna om vare sig vilka åtgärder som behövs eller när de behövs. Det betyder dock att de trots allt oftast erbjuds någon form av hjälp, även om patienterna inte håller med om detta. Om det alltid är adekvat hjälp är författarna däremot tveksamma till. Vidare får författarna, från det kodade materialet, ett intryck av att kvinnornas uppväxt stakar ut den väg som deras liv tar, vilket väcker frågan om något under denna period kunde ha gjorts för att förhindra denna utveckling.

Ur ett anknytningsperspektiv är människobarnet oerhört skört då det föds, varför spädbarnets tidiga relation med sina primära vårdare är oerhört viktig. Under sina första månader i livet är ju faktiskt barnet totalt beroende av vuxna vårdare för att överleva (Bowlby, 1977; Broberg et al., 2003). Människans behov av att knyta an är lika tvingande som att äta,

varför barnet helt enkelt inte kan låta bli att knyta an till den vuxne oavsett dennes lämplighet. Däremot varierar anknytnings kvaliteten och konsekvenserna för den fortsatta utvecklingen kraftigt utifrån hur det känslomässiga samspelet ser ut (Broberg et al., 2003). Det borde således, förutsatt att detta tidiga samspel uppmärksammas, vara fullt möjligt att hindra denna utveckling hos flickor som idag, 2009, föds under liknande omständigheter. Deras start i livet uppfattas sedermera prägla deras resterande liv, varför det med hänsyn till detta, av kodarna snarare uppfattas som naturligt än anmärkningsvärt att kvinnorna så småningom genomgår en rättspsykiatrisk undersökning. Det bör dock återigen påpekas att detta inte gäller för alla. Vidare är det stor skillnad mellan att retrospektivt granska uppväxten för en klinisk grupp som det gått illa för och att för en motsvarande riskgrupp blicka framåt. Det är viktigt att ha i åtanke att det trots allt går relativt bra för många om inte för de flesta.

Det är dock utifrån ovan förda resonemang författarnas uppfattning att de aktuella kvinnornas allvarliga psykiska störning i stor omfattning hade kunnat förhindras. Vidare anses att det, för majoriteten av kvinnorna, mest humana alternativet vore om samhället omgäende eller i vart fall mycket tidigt inte endast uppmärksammar deras ursprungsfamiljer utan även vidtar åtgärder, ibland drastiska. Författarna blir vid ett flertal tillfällen mycket upprörda över samhällets, av regler, bakbundna händer, vilket sannolikt delas med flertalet anställda inom exempelvis socialtjänsten. Överlag uppfattas det inte som slapphänthet från de anställda inom exempelvis socialtjänsten, utan snarare som att de i allt för hög omfattning hindras agera. Naturligtvis är det, som med det mesta, en balansgång som måste finjusteras så att inte myndigheternas makt kan komma att utnyttjas. Författarna uppfattar dock att denna balansgång under senare tid snarare fått myndigheterna att bli maktlösa, vilket bör studeras närmare i den framtida forskningen.

Vid genomgång av kvinnornas RPU är författarna i ett flertal fall tveksamma till om påföljden rättspsykiatrisk vård varit aktuell om personen varit en man och än mer tveksamma till att vården i så fall skulle åläggas SUP. I vissa fall anses det otydligt ifall kvinnorna anses vara allvarligt psykiskt störda på grund av sina gärningar eller om det anses att de begår gärningarna eftersom de är allvarligt psykiskt störda. Detta är särskilt otydligt då det av författarna bedöms föreligga komorbiditet mellan ett missbruk och en personlighetsstörning. Förutsätts det att missbruket är ett slags självmedicinering av den psykiska störningen och därmed kommer att upphöra då adekvat farmaka sätts in? Det är sannolikt så för några, men det bör inte tas för givet, åtminstone inte utan att ett resonemang förs. Sett utifrån ett preventivt perspektiv bör det, enligt författarna, vara väl värt att vidare utforska kvinnornas substansrelaterade störningar för att sedermera kunna erbjuda en mer adekvat behandling. Det

förefaller vidare vara både intressant och relevant att undersöka om dessa tendenser även finns bland RPU för män. Bedöms kvinnor som både har ett missbruk och som dessutom begår brott, som personlighetsstörda i högre grad än jämförbara män?

En möjlig förklaring till att kvinnorna (och kanske i ännu högre grad männen) hamnat inom rättspsykiatrisk vård kan vara att de under sin uppväxt inte fått adekvat neuropsykiatrisk diagnos (vilket ingen av de 14 kvinnorna fick) och följaktligen ingen korrekt behandling. Om så är fallet, kan det komma att innebära att färre döms till rättspsykiatrisk vård framöver, då denna problematik uppmärksammas alltmer inom framförallt skola och barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, vilket bör möjliggöra att adekvat vård erbjuds i ett tidigare stadium. Det borde således vara intressant att följa detta i en longitudinell studie.

Då kvinnorna i det aktuella materialet vidare bedöms ha tidiga otrygga anknytningserfarenheter kan de, enligt Ansbro (2008) samt Timmerman och Emmelkamp (2006), reagera starkt på sådant som är vanligt förekommande i kliniska sammanhang. De kan exempelvis uppleva en förflyttning från en avdelning till en annan som ännu ett bevis på att människor inte är pålitliga, vilket kan försvåra terapeutisk behandling. Om så är fallet, borde detta beaktas i större omfattning, särskilt i de fall då de ansvariga är på väg att ge upp och sälla sig till uppfattningen att somliga är hopplösa fall och omöjliga att behandla, det är viktigt att man som behandlare accepterar det.

I detta arbete fokuseras främst på kvinnliga patienter inom rättspsykiatrin som begått en eller flera kriminella handlingar, men även på skillnader och likheter mellan manlig och kvinnlig psykisk ohälsa och kriminalitet. Däremot berörs skillnader mellan kvinnor och män som arbetar inom det medicinska respektive juridiska området, inklusive uppsatsförfattarna, endast mycket kort. Samtliga av de ovan uppräknade ingår i dagens samhälle och kultur, vars sociala normer självklart präglar hur invånarna exempelvis uppfattar en kvinna som begår ett våldsbrott. Det finns en risk att det bortses ifrån att även de, som i sin profession ska ställa sig över fördomar och faktorer som exempelvis kön, precis som alla andra i samhället, faktiskt föds in i, växer upp med och lever mitt ibland dessa normer (Yourstone, Lindholm & Grann, 2008). Det skulle till och med kunna tänkas att just dessa personer, som i sin profession exempelvis bedömer antisocialitet, blir särskilt fördomsfulla då de ständigt i sin vardag, till skillnad från allmänbefolkningen, möter mycket antisocialitet. Kanske blir det efter ett långt arbetsliv inom exempelvis rättspsykiatrin, så att en viss distansering från och kategorisering av individerna sker? Författarna menar att detta är, om än kontroversiellt, angeläget att i framtiden undersöka närmare.



## Referenslista:

- Allen, J. P., Hauser, S. T. & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 254-263.
- American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Anderten, P., Grisso, T. & Staulcup, V. (2003). On Being Ethical in Legal Places. I D. N. Bersoff (Ed.), *Ethical conflicts in psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). (ss. 512-514). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ansbro, M. (2008). Using attachment theory with offenders. *The Journal of Community and Criminal Justice*, 55 (3), 231-244.
- Bass, C. & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (4), 403-427.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., et al (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2. uppl.). New York: The Guilford Press.
- Berk, L. E. (2004). *Development through the lifespan*. (3. uppl.). Boston: Allyn and Bacon.
- Blumstein, A. & Cohen, J. (1987). Characterizing criminal careers. *Science*, 237 (4818), 985-991.
- Bolt, D. M., Hare, R. D., Vitale, J. E. & Newman, J. P. (2004). A multigroup item response theory analysis of the psychopathy checklist-revised. *Psychological Assessment*, 16 (2), 155-168.
- Bonner, R. & Vandercreek, L. D. (2006). Ethical decision making for correctional mental health providers. *Criminal Justice and Behavior* 33, 542-564.
- Bornstein, R. F. & Gold, S. H. (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30 (2), 154-161.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130 (3), 201-210. Hämtad från British Journal of Psychiatry databas.
- Brennan, K. A. & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66 (5), 835-878.
- Brottsförebyggande rådet. (2008). Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007. (Rapport 2008, 23). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet. (2008). Statistik. Personer lagförda (dömda m m) för brott år 2007. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Cale, E. M. & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder - A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22 (8), 1179-1207.
- Cernkovich, S. A., Lanctot, N. & Giordano, P. C. (2008). Predicting adolescent and adult antisocial behavior among adjudicated delinquent females. *Crime & Delinquency*, 54 (1), 3-33.
- Constantino, J. N., Chackes, L. M., Wartner, U. G., Gross, M., Brophy, S. L., Vitale, J. & Heath, A. C. (2006). Mental representations of attachment in identical female twins with and without conduct problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 37 (1), 65-72.

- Dolan, M. & Völlm, B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32 (1), 2-9.
- Farmer, A., McGuffin, P. & Williams, J. (2002). *Measuring psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A., Philipson, J. & Bragesjö, M. (2001). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment & Human Development*, 3 (3), 269–283.
- Haag, A. M. (2006). Ethical dilemmas faced by correctional psychologists in Canada. *Criminal Justice and Behavior* 33, 93-109.
- Hirschi, T. (2002). *Causes of Delinquency*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Hodgins, S. & Janson, C-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm metropolitan project*. New York: Cambridge university press.
- Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J. & Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: Associations with aggressive behavior, crime and victimization. *Psychological Medicine*, 38 (7), 975-987.
- Holmberg, G. & Kristiansson, M. (2006). Contacts with public services, with special reference to mental health care, preceding a serious crime: A retrospective study of 268 subjects of forensic psychiatric investigations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (4), 281-288.
- Ijzendoorn, M. H. van. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 387-403.
- Ijzendoorn, M. H. van & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 8-21.
- Ijzendoorn, M. H. van & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attachment & Human Development*, 5 (3), 313-320.
- Ijzendoorn, M. H. van., Feldbrugge, J. T. T. M., Derks, F. C. H., Ruiter, C. de., Verhagen, M. F. N., Philipse, M. W. G., Staak, C.P.F., van der. & Riksen-Walraven, J.M.A. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (3), 449-459.
- Keenan, K. & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 95-113.
- Kratzer, L. & Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25 (1), 65-81.
- Kratzer, L. & Hodgins, S. (1999). A typology of offenders: A test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9 (1), 57-73.
- Lahey, B. B., Goodman, S. H., Canino, G., Bird, H., Schwab-Stone, M., Rathouz, P. J., Miller, T. L., Dennis, K. D. & Jensen, P. S. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 488-503.
- Lilienfeld, S. O. (1992). The association between antisocial personality and somatization disorders: A review and integration of theoretical models. *Clinical Psychology Review*, 12 (6), 641-662.
- Lilienfeld, S. O. & Hess, T. H. (2001). Psychopathic personality traits and somatization: Sex differences and the mediating role of negative emotionality. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (1), 11-24.

- Långström, N., Grann, M., Tengström, A., Lindholm, N., Woodhouse, A. & Kullgren, G. (1999). Extracting data in file-based forensic psychiatric research: some methodological considerations. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (1), 61-67.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nicholls, T. L. & Petrila. (2005). Gender and psychopathy: An overview of important issues and introduction to the special issue. *Behavioral Sciences & the Law*, 23 (6), 729-741.
- Nilsson, T. (2009). Uppföljningsstudier inom Rättspsykiatri: Upprätt. Hämtad 5 maj, 2009, från Göteborgs universitet, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, <http://www.neurophys.gu.se/>
- Perris, C. (1999). A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications for treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6 (4), 239-260.
- Rich, P. (2006). From theory to practice: The application of attachment theory to assessment and treatment in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16 (4), 211-216.
- Roe-Sepowitz, D. E. (2009). Comparing male and female juveniles charged with homicide: Child maltreatment, substance abuse, and crime details. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (4), 601-617.
- Ryder, J. A. (2007). 'I wasn't really bonded with my family': Attachment, loss and violence among adolescent female offenders. *Critical Criminology*, 15 (1), 19-40.
- Rättsmedicinalverket. (2005). Rättspsykiatri. Stockholm: Rättsmedicinalverket. Hämtad från [www.rmv.se](http://www.rmv.se)
- Sampson, R. J. & Laub, J. H. (1990). Crime and deviance over the life course: The salience of adult social bond. *American Sociological Review*, 55 (5), 609-627.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 7-66.
- Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9 (4), 595-631.
- SFS 1991: 1129. *Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1996: 15. *Lag (1996:15) om särskild personundersökning i brottmål*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2006: 45. *Lag (2006:45) om omvandling av fängelse på livstid*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Silverthorn, P. & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11 (1), 101-126.
- Socialstyrelsen (2002). *Sjuk eller frisk? Vård eller straff? Genomgång av rättspsykiatriärenden år 2000 i Rättsliga rådet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:63. *Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Strand, S. & Belfrage, H. (2005). Gender differences in psychopathy in a Swedish offender sample. *Behavioral Sciences & the Law*, 23 (6), 837-850.
- Sveriges Psykologförbund. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden: Antagna av Sveriges Psykologförbunds kongress 1998*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund.

- Timmerman, I. G. H. & Emmelkamp, P. M. G. (2006). The relationship between attachment styles and cluster b personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (1) 48–56.
- Vogel, V. de. & Ruiter, C. de. (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12 (3), 226-240.
- Walters, G. D., Gray, N. S., Jackson, R. L., Sewell, K. W., Rogers, R., Taylor, J. & Snowden, R. J. (2007). A taxometric analysis of the psychopathy checklist: Screening version (PCL: SV): Further evidence of dimensionality. *Psychological Assessment*, 19 (3), 330-339.
- Weizmann-Henelius, G., Viemero, V. & Eronen, M. (2003). The violent female perpetrator and her victim. *Forensic Science International*, 133 (3), 197-203.
- Wilson, D. L., Frick, P. J. & Clements, C. B. (1999). Gender, somatization, and psychopathic traits in a college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (3), 221-235.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Yourstone, J., Lindholm, T., Grann, M. & Svenson, O. (2008). Evidence of gender bias in legal insanity evaluations: A case vignette study of clinicians, judges and students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (4), 273-278.
- Yourstone, J., Lindholm, T. & Kristiansson, M. (2008). Women who kill: A comparison of the psychosocial background of female and male perpetrators. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31 (4), 374-383.
- Øvreeide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.