Alarmerande siffror om intagna på svenska fängelser

PSYKISKA SKADOR VANLIGA BLAND INTERNER

Vid en undersökning bland intagna i Malmöfängelset och den öppna anstalten Tygelsjö undersöktes psykiatriska störningar. Psykossjukdomar förekommer sparsamt bland de intagna, men behandlingskrävande ångest- och depressionstillstånd finns hos 30 procent. Missbruk är vanligt. Personlighetsstörningar är mycket vanliga och antalet intagna med psykopatidiagnos mycket högt. Dyslexi förekommer hos minst 40 procent och misstanke om hjärnskada hos 66 procent.

Resultaten är alarmerande, och bör bekräftas i ett utvidgat material.

Frekvensen av psykiska störningar är hög bland fångar. Undersökningar av kriminella populationer i olika länder visar en hög frekvens av psykiatriska syndrom, mycket hög frekvens av drog- och alkoholproblem, en hög frekvens av personlighetsstörningar och ett samband mellan våldskriminalitet och hjärndysfunktion. Många har haft barnpsykiatriska störningar (uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet, uppförandestörning med eller utan uttalad aggressivitet, specifika inlärningssvårigheter), och många fyller kriterier för mer än en psykiatrisk diagnos samtidigt [1-3]. Åtskilliga studier talar för att fängelseintagna med psykiska störningar oftare återfaller i kriminalitet och särskilt i våldsbrott [4, 5]. De som har multipla störningar begår våldsbrott oproportionerligt ofta [6, 7]. Även personer med psykopati begår ett stort antal våldsbrott både i frihet [8, 9] och under fängelsevistelse [10].

Sociala bakgrundsfaktorer, såväl som psykisk störning, är självklart viktiga för utveckling av kriminalitet. Det finns otaliga rapporter om kriminella som vuxit upp med föräldrar med problem, dåligt socialt nätverk, bristfällig skolgång och exponering för allmän turbulens under barndom och uppväxttid. Under senare år har biologiska och individualpsykologiska faktorer börjat uppmärksammas, men denna forskningslinje ifrågasätts fortfarande på många håll av ideologiska skäl. Det är förmodligen den mest lovande forskningslinjen man kan följa i dag, genom att det relativt sett har gjorts mycket mindre inom den traditionen, och en rad nya undersökningsmetoder finns tillgängliga [11].

Svensk forskning försummad

I Sverige har forskningen kring kriminalitet i huvudsak varit sociologiskt orienterad och fokuserad på grupper. Individuella särdrag hos kriminella individer har man inte varit intresserad av på politisk eller myndighetsnivå i Skandinavien under de senaste 25 åren, trots den uppenbara kopplingen mellan psykisk störning och kriminalitet. Samhällets kostnader till följd av kriminalitet, inte minst den starkt ökande aggressions- och våldskriminaliteten, kostnaderna för kriminalitetsförebyggande åtgärder, samt humanitära och behandlingsmässiga överväganden talar starkt för att det borde vara av stor betydelse att få empiriska data på individnivå kring problemet.

De flesta studierna på detta område härstammar från länder (t ex USA, Kanada och Storbritannien), vars sociala förhållanden och förekomst av minoriteter gör att de starkt skiljer sig från dem i Sverige. Kriminalitet är i hög grad kopplad till samhällets organisation, välfärdspolitik, kriminalpolitik och kulturella faktorer. Forskningsresultat från andra länder, som i dessa avseenden skiljer sig från oss, kan inte överföras okritiskt till svenska förhållanden. Även våra nordiska grannar skiljer sig från oss i vissa viktiga avseenden: straffrättsligt system, alkohol- och invandrarpolitik.

Att forskningen inom området varit eftersatt framgår tydligt av Ola Nyqvists utredning (SOU 1992:80). Lis Somander och medarbetare [12] undersökte 85 intagna vid slutna lokalanstalter i Stockholmsregionen. Urvalspopulationen omfattade 181 individer, utvalda vid fem slumpmässigt valda tidpunkter, som var intagna på dessa anstalter. Bortfallet var med andra ord stort, 53 procent. Man konkluderar att andelen psykiskt sjuka låg omkring 3 procent, och andelen personlighetsstörningar omkring 10 procent. Många, 38 procent, var födda utomlands.

Westin genomförde en inventering av antalet intagna med psykiska störningar via ett frågeformulär till kriminalvårdsanställda [13]. Resultaten bekräftar i stort sett Somanders fynd.

Problemen med psykiskt störda intagna har nyligen skärskådats i en annan statlig utredning, Fängelseutredningen (SOU 1994:5). Denna utredning inordnar sig i raden av statliga utredningar om psykiatriska problem utan psykiatrisk expertis. I avsaknad av goda svenska inventeringar av problemet tycker man att utredningen åtminstone borde ha känt till aktuella genomgångar från våra nordiska grannar (Weiseth-utvalget i Norge, den inventering som det danska Justisministeriet genomför med Peter Kramp som ansvarig projektledare, och Matti Joukamaas [14] studier från Finland). Dessa undersökningar synes ha varit okända för Fängelseutredningen. Joukamaas resultat är särskilt relevanta då de baserar sig på totalpopulationen av finska fångar. Han rapporterar att 56 procent av de intagna har signifikant psykiatrisk problematik, med störst vikt för missbrukssjukdomar och personlighetsstörningar.

Avsikten med studien

Målsättningen med den föreliggande undersökningen var att kartlägga förekomsten av psykiska störningar (psykiatriska syndrom, missbruk, personlighetsstörningar, dyslexi och hjärndysfunktion) i ett material av fängelsein-

Författare

STEN LEVANDER
professor, överläkare, SVK-enheten

HÅKAN SVALENIUS
överläkare, SVK-enheten; båda vid Malmö östra sjukhus

JIMMY JENSEN
fil kand, doktorand, psykologiska institutionen, Lunds universitet.

tagna från en sluten och en öppen anstalt i Malmöområdet. Symtomatiskt för ointresset för forskningsområdet från departement och myndigheter är att finansieringen av projektet har skett via Dyslexistiftelsen. I föreliggande rapport redovisas data rörande psykiatrisk morbiditet, etnicitet och dyslexi.

Korsvalideringar av Malmö-materialet har avslutats på Gotland (Arne Dalteg) och i Trondheim (Kirsten Rasmussen). Analys av dessa material pågår.

METOD

Försökspersoner

103 fängelseintagna deltog i undersökningen (genomsnittsålder 34,4 år; standardavvikelse 9,9; variationsvidd 19–62). Ett mindre arvode utgick till deltagarna. 71 var intagna på KVA (kriminalvårdsanstalt) Malmö som är en sluten riksanstalt och de övriga 32 var från den öppna lokalanstalten KVA Tygelsjö. 64 var födda i Sverige, 6 utomlands men uppvuxna i Sverige och 33 var av utländsk härkomst. De flesta brottstyper var representerade. 6 av de intagna var kvinnor, samtliga från den öppna anstalten.

88 av 159 möjliga deltagare på KVA Malmö deltog inte. En bortfallsanalys kunde göras på hälften av dessa. 75 procent var utlänningar som inte kunde undersökas på grund av språksvårigheter. Hälften av återstoden ville delta men förflyttades till annan anstalt innan de kunde erbjudas undersökningstid. Bortfallet på KVA Tygelsjö var svårare att analysera på grund av den mycket stora omsättningen av intagna, men bedöms vara av samma storleksordning som på KVA Malmö.

Undersökningsinstrument

Samtliga deltagare bedömdes med följande metoder:

Psykiatriska symtom bedömdes med Comprehensive Psychopatological Rating Scale (CPRS) [15]. DSMIII-R Axel 2-störningar (enligt den amerikanska reviderade psykiatriklassifikationen) diagnostiserades med hjälp av självrapporteringsformuläret SCID-P-Screen. Samma tröskelvärden för diagnos som redovisats av Ekselius [16] ansattes, vilken ger ett utfall av ungefär 8 procent personlighetsstörda i normalbefolkningen och 55 procent i ett psykiatriskt slutenvårdsmaterial. Personlighetsbedömningen kompletterades med självrapporteringsformuläret Karolinska scales of personality (KSP). Sociala bakgrundsfaktorer och aktuell livssituation erhölls via ett psykosocialt frågeformulär. Neuropsykologisk bedömning genomfördes med ett antal datoriserade testmetoder samt med vissa delprov från WAIS-R och Halstead-Reitan-batteriet. Vidare ingick en relativt omfattande mängd dyslexiprov i studien.

Ett urval av individer (n=51) genomgick en omfattande psykiaterbedömning med följande metoder: Psykiatriska störningar (DSM-IIIR Axel 1) diagnostiserades med hjälp av Structured clinical interview for DSM-III (SCID) [17], där ätandestörningar uteslöts. Psykopati bedömdes med Psychopathy checklist revised, PCL-R [18]. Underlaget för denna skattning är en mycket omfattande semistrukturerad intervju samt objektiva data (Kriminalvårdsjournalen).

Procedur

Undersökningen ägde rum i tre steg:

1. Den intagne fick självrapporteringsformulären i god tid före den första testsessionen.

2. Frågeformulären medtogs ifyllda till psykologassistenten (JJ), som genomförde de neuropsykologiska testen och den psykopatologiska screeningen. De som uppvisade psykopatologi (psykos, ångest, depression, med mer än 15 poäng på CPRS, samt borderline- och schizotyp störning enligt SCID-P) gick tillsammans med ett antal kontrollpersoner (totalt 51 av 103) vidare till

3. psykiaterintervju (HS), som undersökte dessa intagna med SCID samt PCL-R.

Statistik

Fullständiga data förelåg för 51 individer. För att komplettera data beträffande PCL-R till samtliga individer konstruerades en regressionsekvation med hjälp av stegvis regressionanalys och med relevanta bakgrunds- och personlighetsvariabler, tillgängliga för hela materialet, som prediktorer. En god matchning erhölls (84 procent av de fullständigt undersökta individerna blev korrekt klassificerade med hjälp av regressionsekvationen).

För att uppskatta missbruksfrekvensen i hela materialet genomfördes på motsvarande sätt en stegvis diskriminantanalys med missbruksvariablerna i frågeformuläret som prediktorer mot resultaten för de olika missbrukssyndromen i SCID-intervjun. Denna regressionsekvation användes sedan för att konstruera missbruksvariabler för hela gruppen. Även i detta fall erhölls en god precision i prediktionen: 80 (för alkoholmissbruk) till 100 procent (för opiatmissbruk) blev korrekt klassificerade.

RESULTAT

Förekomst av psykiatriska syndrom

Axel 1-störningar, med undantag för missbruk, redovisas i Tabell I. I tabellen återges både livstids- och aktuell diagnos (somatiseringssyndrom och anpassningstörningar bedöms endast som aktuella diagnoser). Diagnoserna delas in i fem grova kategorier: depression (SCID kortnummer 1–5), psykos (6–11), ångest (21–26), somatisering (27–30) och anpassningsstörningar (33–34). I tabellen kan en person ha flera diagnoser, t ex både förstämnings- och ångestsyndrom.

Tabell I. Andel (i procent) Axel 1-diagnoser bland 103 fängelseintagna.

Diagnos	Livstid	Aktuell
Förstämning	17	15
Psykotiska besvär	6	4
Ångest	20	19
Somatisering	–	3
Anpassningsstörningar	–	4
Någon diagnos	30	28

I materialet diagnostiserades tre pågående psykoser (två schizofrena och ett vanföreställningssyndrom). Dessutom tillkommer ett fall som i den psykopatologiska screeningen hade uttalade paranoida symtom och pågående hallucinos, men som inte kunde diagnostiseras av psykiater på grund av förflyttning före planerad SCID-intervju. 25 av de aktuella diagnoserna härrör från KVA Malmö.

Förekomst av personlighetsstörningar

Frekvensen av personlighetsstörningar återges i Tabell II. 75 procent uppfyllde kriterierna för någon personlighetsstörning, främst någon utagerandestörning (Kluster B: 58 procent). Det förelåg en hög grad av komorbiditet mellan olika personlighetsstörningar inom klustren, men också mellan klustren (51 procent).

PCL-R-skattningarna visade att 23

Tabell II. Frekvens (i procent) av personlighetsstörningar bland 103 fängelseintagna.

Typ av störning	Frekvens
Gemenskapshämmade (Kluster A)	51
Paranoid	36
Schizoid	3
Schizotyp	25
Utagerande (Kluster B)	58
Antisocial	33
Borderline	39
Histrionisk	14
Narcissistisk	38
Ångestrelaterade (Kluster C)	42
Fobisk	19
Osjälvständig	7
Tvångsmässig	19
Passivt aggressiv	12
Masochistisk	24
Komorbiditet mellan kluster	51

individer hade skattningspoäng ≥26, som bör vara gränsen för psykopatidiagnos i Skandinavien [19], och som också utgör gränsen för ökad risk vid farlighetsbedömningar i Nordamerika [20]. 20 av dessa individer var intagna på den slutna Malmöanstalten, endast 3 fanns på den öppna anstalten. Den statistiska klassificeringen i hela materialet resulterade i att 38 av internerna bedömdes motsvara kriterierna för psykopatidiagnos (PCL-R ≥ 26).

Det förelåg en signifikant skillnad i frekvens av psykopati mellan svenskfödda och utlänningar (47 respektive 15 procent; χ^2=9,88; P<0,01). Av de 6 i Sverige uppväxta utlandsfödda klassificerades 3 som psykopater. Personlighetsskillnader mellan psykopaterna och de övriga kriminella redovisas i Tabell III. Mellan anstalterna förelåg ingen större skillnad i psykopatifrekvens räknat på hela materialet (KVA Malmö 38 procent och KVA Tygelsjö 34 procent).

Tabell III. Personlighetsskillnader mellan icke-psykopatoida (IPs, N=65) och psykopatoida (Ps, N=38) fängelseintagna.

Personlighets-variabel	Medelvärde IPs	Ps	t-värde	P-värde
Social önskvärdhet	28,5	25,5	3,40	<0,001
Impulsivitet	23,8	27,9	3,97	<0,001
Monotoniundvikande	25,7	28,1	2,01	<0,05
Socialisation	60,5	48,7	4,88	<0,001
Indirekt aggressivitet	10,8	12,2	2,14	<0,05
Verbal aggressivitet	12,3	14,0	2,85	<0,01
Irritabilitet	11,1	12,3	2,33	<0,05
Fientlighet	11,8	10,4	3,14	<0,01

Frekvens av missbruk

39 procent av de intagna var missbruksfria. Analys av missbruksfrekvens och typ av missbruk presenteras i Tabell IV. På KVA Malmö var andelen missbrukare 70 procent och på KVA Tygelsjö 41 procent. Andelen svenska missbrukare var större än andelen utlandsfödda; 70 procent mot 45 procent (χ^2=6,00, P<0,05). Missbruk av centralstimulantia, cannabis och sedativa medel var var för sig vanligare bland de svenskfödda intagna.

Dyslexifrekvens

Av de 64 svenskfödda genomgick alla utom en (undantagen på grund av dålig synskärpa) dyslexiscreeningen. 26 (41 procent) av dessa diagnostiserades som dyslektiker med de strikta diagnoskriterier som utformats inom Arbetsmarknadsinstitutet (AMI). Dessutom bedömdes 6 (10 procent) som möjliga dyslektiker och skulle, i en klinisk utredningssituation, ha följts upp med ytterligare test och intervjuer för säker diagnos. Dyslexidata kommer att redovisas i detalj i en separat rapport.

Av de 103 intagna hade 68 sådana resultat på de neuropsykologiska testen att de med gällande praxis inom AMI skulle ha remitterats vidare för utredning av misstänkt hjärnskada. 16 (62 procent) av de klart dyslexidiagnostiserade intagna uppvisade samtidigt någon form av neuropsykologiskt diagnostiserad hjärndysfunktion.

DISKUSSION

Det fanns en avsevärd pågående ångest- och depressionsproblematik bland de intagna av sådan grad att det i 30 procent av fallen bör föranleda psykiaterkontakt och medicinering. Det är okänt hur många av dessa som får indicerad behandling inom kriminalvården, men förmodligen långt ifrån alla.

Vi fann 6 psykossjuka i materialet, av vilka 4 hade pågående psykossymtom. Frekvensen får visserligen bedömas som låg, men psykossjuka hör inte hemma i fängelse.

Totalt hade 60 procent av de läkarundersökta intagna någon Axel 1-störning, dvs minst 1 av 3 i hela materialet. Det bör observeras att missbruksdiagnoserna inte är medräknade i dessa siffror. Frekvensen av psykiska störningar i materialet är alltså mycket hög.

Mycket vanliga störningar

PCL-skattningarna av psykopati antyder att frekvensen av individer som fyller kriterier för psykopatidiagnos enligt skandinaviska normer är så hög som 40 procent på KVA Malmö, och ännu högre bland de svenskfödda, 47 procent. Detta är en betydligt högre siffra än den man erhållit i en rad studier från nordamerikanska normalfängelser (omkring 20 procent). Preliminära data från valideringsstudien på Gotland (40 procent psykopater bland 51 intagna) och i Trondheim (50 procent psykopater bland 48 intagna) talar starkt för att frekvensen av psykopati bland icke-invandrare i skandinaviska fängelser är hög.

Våra data understryker behovet av samarbete mellan nordamerikanska och skandinaviska (europeiska) skattare av PCL; många nordamerikanska skattare anser att europeiska bedömare är alldeles för liberala med att ge full poäng för vissa punkter, t ex »Item 1 (Glib, superficial charm)». Av detta skäl bör man se på nuvarande data med försiktighet.

Tabell IV. Missbruksfrekvens (i procent) bland 103 fängelseintagna.

Missbrukstyp	Frekvens	Wilks lambda
Alkohol	37	0,62
Sederande	16	0,52
Cannabis	37	0,32
Central-stimulerande	28	0,32
Hallucinogener	9	0,75
Opiater	11	0,37
Sammanfattning:		
Alkohol+sedativa	17	
Endast narkotika	24	
Alkohol+narkotika	19	

De starka sambanden mellan psykopati och de psykopatirelevanta personlighetsskalorna i KSP talar för att våra PCL-skattningar är valida. Internationella studier talar alltmer för att grad av psykopati mätt med PCL-R har ett unikt högt prediktionsvärde för riskbedömningar. Riskbedömningar görs dagligen inom kriminalvården, men med nuvarande (brist på) metodik torde osäkerheten vara mycket stor [20]. Psykopatiskattningar i dessa sammanhang skulle antagligen kunna öka validiteten av dessa bedömningar. Också av detta skäl bör man snabbt få till ett internationellt samarbete för att garantera ekvivalensen mellan de olika nationella varianterna av PCL-R-skalan.

SCID-Screen-formuläret för personlighetsstörningar har använts med de strikta gränser som dokumenterats i Lisa Ekselius avhandling [16], och som ger en god överensstämmelse mellan screeningdiagnos och definitiv diagnos. I normalbefolkningen kan vi vänta oss att högst 10 procent fyller kriterierna för någon personlighetsstörningsdiagnos. I vårt material om 103 individer är det 75 procent. Utagerandestörningar är vanligast, omkring 60 procent. I likhet med Ekselius finner vi en hög grad av komorbiditet inom klustren, men också mellan klustren.

Också dessa siffror stöds av preliminära analyser av Gotlands- och Trondheimsmaterialet; ungefär 3 av 4 fyller kriterier för minst en personlighetsstörningsdiagnos. I Gotlandsstudien användes, liksom i Malmö, ett självrapporteringsformulär. I Trondheimsmaterialet intervjuades samtliga intagna enligt SCID Axel 2 av en mycket erfaren psykiater [Kirsten Rasmussen, pers medd, 1996]. Också med denna »skarpare» metodik erhåller vi alltså en mycket hög ▶

ANNONS

frekvens av personlighetsstörningar, främst utagerande, och en mycket hög komorbiditet inom och mellan de tre klustren.

Behandlingsbehov

Vår uppfattning är att behandlingsbehovet för de intagna med personlighetsstörningar bäst tillgodoses inom kriminalvården med socialpedagogiska metoder, snarare än inom psykiatrin. Kriminalvården bör därför skaffa sig kompetens inom detta område. Sådana resurser bör samlas till ett fåtal enheter inom varje kriminalvårdsregion för intagna med massiva personlighetsstörningar, ungefär så som planerna ligger för stödavdelningar.

Även bland normalklientelet är dock frekvensen av personlighetsstörningar så hög att kunskaper om dessa störningar måste förmedlas till alla kriminalvårdsanställda. Då kan man bättre strukturera det inre arbetet på anstalterna, tillgodose säkerhetsaspekter, bryta upp maffialiknande och antidemokratiska nätverk bland de intagna, och ta fram underlag för differentieringen av intagna dels till stödavdelningar, dels inom »normalnivån» bland de slutna anstalterna. Antagligen görs åtskilligt av detta redan på basis av intuition och fingertoppskänsla, men det skulle kunna göras bättre och med mera tyngd och självförtroende om kompetensnivån och den teoretiska medvetenheten höjdes inom organisationen.

Invandrarproblematik

Invandrarproblematiken bör genomlysas tydligare. I vårt material (inklusive bortfall) utgör förstagenerationsinvandrarna ungefär hälften av materialet men är 14 procent av rekryteringspopulationen (350 procents överrepresentation). Frekvensen invandrare i Gotlandsundersökningen är betydligt lägre, och i Trondheim är den låg. Den höga frekvensen av utlandsfödda (mer än 50 procent) har påvisats [Lis Somander, pers med] vid en genomgång av de sju tyngsta slutenvårdsenheterna inom kriminalvården.

Rädslan för att ytterligare stigmatisera invandrare har tidigare hindrat debatt och analys av denna problematik. Somanders undersökning är den första verksinterna utredning i sitt slag som genomförts i Sverige, även om en antydning finns i hennes första studie från 1991: 38 procent ej svenskfödda bland de intagna. För att kunna göra något åt problemet måste man vara klar över hur verkligheten ser ut.

Andragenerationsinvandrares kriminalitet hade vi ingen möjlighet att analysera.

Man kan spekulera i om etnisk bakgrund kan ha något att göra med personlighetsstörning. I denna undersökningen är frekvensen av psykopati hos de utlandsfödda avsevärt lägre än hos de svenskfödda. Däremot fanns det inga skillnader i frekvens av personlighetsstörningar enligt SCID. En rimlig utgångspunkt för en tolkning av detta förhållande är att SCID i relativt stor utsträckning mäter social dysfunktion, medan PCL-R främst mäter personlighetsdrag. För svenskar krävs det kanske mer av personlighetspatologi för att utveckla en viss grad av social dysfunktion än för utlandsfödda, vars sociala dysfunktion mera betingas av de många tilläggsproblem som är knutna till emigrantskapet: språkproblem, rotlöshet, segregation, kulturkollisioner etc.

Missbruk mycket vanligt

Missbruk och blandmissbruk är vanligt. Det är också en stor skillnad mellan anstalterna, på den slutna riksanstalten fanns en betydligt högre andel missbrukare. En jämförelse mellan de anonyma svaren till frågeformulären och den psykiatriska intervjun visar att det är vanligare med under- än överdiagnostik av missbruk. Därför ligger uppskattningen av den sanna missbruksfrekvensen sannolikt i underkant.

Dyslexi – ett okänt problem av väldig omfattning

Den stora andelen av dyslektiker inom klientelet innebär att kriminalvården här bör förstärka sina resurser. I Gotlandsmaterialet har vi preliminärt fått rent katastrofala siffror: över 60 procent dyslektiker, och en klar koppling till psykopati. Det är svårt att undvika slutsatsen att skolmisslyckanden på grund av odiagnostiserad dyslexi och felaktig pedagogik utgör en viktig belastningskomponent i kriminalitetsutvecklingen för många intagna.

Alla som får diagnosen dyslexi har rätt till hjälp och stöd. Eftersom kunskaper och resurser saknas för insatser i den skala som dessa siffror antyder kan kriminalvården inte bedriva uppsökande verksamhet ännu. Loppet är därvidlag kört för dagens intagna. För morgondagen gäller att skolan måste bli bättre på att fånga upp och hjälpa dyslektiker, och kriminalvården bör satsa så att de så småningom kan hjälpa fler intagna via dyslexiprogram. Kontroll över problemet får vi inte på lång tid.

Referenser

1. Pietrowski KW, Losaco D, Guze SB. Psychiatric disorders and crime: A study of pretrial psychiatric examinations. Diseases of the Nervous System 1976; 37: 309-11.
2. Coté G, Hodgins S. Co-occuring mental disorders among criminal offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law 1990; 18: 271-81.
3. Deurloo B. The prevalence of mental disorders in corrections – a Canadian perspective. In: Verdun-Jones SN, Layton M, eds. Mental health law and practice through the life cycle. Vancouver: International Academy of Law and Mental Health, 1994.
4. Adams K. Former mental patients in a prison and parole system: A study of socially disruptive behaviour. Criminal Justice Behaviour 1983; 10: 358-84.
5. Ashford JB. Offense comparisons between mentally disordered and non-mentally disordered inmates. Canadian Journal of Criminology 1989; 31: 35-48.
6. Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: A review of literature. Comprehensive Psychiatry 1986; 27: 131-48.
7. Rasmussen K, Levander S, Sletvold H. Aggressive and non-aggressive schizophrenics: Symptom profile and neuropsychological differences. Psychology Crime Law. Special issue: Clinical psychology and offenders 1995; 15: 119-29.
8. Hare RD, McPherson LM, Forth AD. Male psychopaths and their criminal careers. J Consult Clin Psychol 1988; 5: 710-4.
9. Kosson DS, Smith SS, Newman JP. Evaluating the construct validity of psychopathy on black and white inmates: Three preliminary studies. J Abnorm Psychol 1990; 99: 250-9.
10. Hare RD, McPherson LM. Violent and aggressive behaviour by criminal psychopaths. Int J Law Psychiatry 1984; 7: 35-50.
11. Kristiansson M, Lidberg L. Biologiska orsaker till aggressivitet. Kombinera miljö och biologiskt synsätt. Läkartidningen 1994; 91, 4540-2.
12. Somander L. Psykiskt störda fångar. Rapport från Kriminalvården 1991, No 2.
13. Westin H. Behovet av psykiatriska insatser för kriminalvårdens klienter. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen, oktober 1992.
14. Joukamaa M. Psychiatric morbidity among Finnish prisoners with special reference to socio-demographic factors. Forensic Science 1995; 73: 85-91.
15. Åsberg M, Perris C, Schalling D, Sedvall G. The CPRS development and applications of a psychiatric rating scale. Acta Psychiatrica Scandinavia 1978: Suppl 271.
16. Ekselius L. Personality disorders in the DSM-III-R [dissertation]. Uppsala: Uppsala universitet, Medicinska fakulteten, 1994.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
18. Hare RD. Manual for the revised psychopathy checklist. Vancouver, Canada: Department of Psychology, University of British Columbia; 1992.
19. Rasmussen K, Levander S. Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. Int J Law Psychiatry. 1996; 19: 27-37.
20. Webster C, Harris, G, Rice M, Cormier C, Quinsey V. The violence prediction scheme. Assessing dangerousness in high risk men. Toronto: University of Toronto, 1994.