

# Geðraskanir og afbrotahegðun

## Meðferðarúræði fyrir geðsjúka fanga

Rannveig Smáradóttir  
Sigrún Alda Ragnarsdóttir

Lokaverkefni til B.Sc.-gráðu í sálfræði  
Leiðbeinandi: Anna Kristín Newton

Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands  
Febrúar 2018

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Rannveig Smáradóttir og Sigrún Alda Ragnarsdóttir 2018

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland 2018

## Útdráttur

Algengi geðraskana innan fangelsa var skoðað og hvaða úrræði standa geðsjúkum föngum til boða. Gerð var samantekt á nokkrum algengustu geð- og persónuleikaröskunum innan fangelsa. Þar kom í ljós að áfallastreituröskun var mun algengari á meðal fanga en í þýði, eða allt að 43,8% kvenna og 27,1% karla, en röskunin greinist 0,5-1% í almennu þýði. Andfélagslegur persónuleiki greinist líka töluvert meira á meðal fanga en í þýði eða um 47% karla og 21% kvenna, en algengi í þýði er um 0,2-3,3%. Könnuð voru tengsl nokkurra geð- og persónuleikaraskana við afbrotahæðun. Tengsl fundust en má þar nefna að andfélagslegur persónuleiki getur aukið hlutfallslíkur á að karlmaður fremji morð allt að tífalt og allt að 50 falt hjá konum. Úrræði fyrir geðsjúka fanga héraendis eru fá en erfitt reynist fyrir fanga að fá aðstoð og úrlausn vegna sálfræðilegs vanda. Mikil eftirspurn er eftir aðstoð en sérfræðingarnir ná ekki að sinna öllum fjöldanum. Til samanburðar voru meðferðarúrræði í Bandaríkjunum skoðuð en meðferðaraðilar þar einblína á geðrænan bata, daglega virkni innan fangelsanna og persónulega uppbyggingu en þar er skylda að bjóða föngum upp á lágmarksmeðferð í geðheilbrigðismálum, líkt og hér á Íslandi. Skoðað var hvað telst vera líklegast til árangurs en markmiðið er að koma í veg fyrir afbrotahæðun og fækka þannig endurkomum í fangelsi. Rannsóknir mæla með að öll fangelsi skimi fyrir einstaklingum með alvarlegar geðraskanir hjá föngum svo mögulegt sé að gera nauðsynlegar ráðstafanir og áætlanir sem fyrst. Ef geðsjúkir fangar fá rétta aðstoð gæti það dregið úr afbrotahæðun auk þess sem alvarlega geðsjúkir einstaklingar eiga frekar heima á geðspítala heldur en í fangelsi.

## Abstract

This B.Sc. assignment looks into the most common mental illnesses in prisons and treatment plans for mentally ill offenders. A brief summary was made of common mental disorders among prisoners as well as their prevalence. Post-traumatic stress disorder (*PTSD*) was found to be more common among prisoners than in the general population, or up to 43,8% in females and up to 27,1% in males. According to the DSM-V manual, PTSD is found in 0,5-1% in general population. Antisocial personality disorder was also significantly more common in prisoners, 47% of men and 21% of women were diagnosed with the disorder while the prevalence is between 0,2 to 3,3% in the general public. The association between different types of mental disorder and association with crime was looked into. A statistically significant relationship was found between antisocial personality and violent crimes. Mental health treatment for prisoners in Iceland was compared to mental health treatment for prisoners in the United States. Treatments that are considered to be best practice were studied and in addition to what needs to be done to better them. Prisons need to have protocols to be able to screen for severely mentally ill prisoners as evidence based treatment for mental illnesses might reduce further criminal behaviour. However it should be noted that severely mentally ill prisoners should, in some instances, be housed and treated at hospitals instead of prisons.

## **Þakkarorð**

Við viljum þakka Önnu Kristínu Newton sálfræðingi hjá Fangelsismálastofnun fyrir að vera fyrirmyndar leiðbeinandi og veita okkur góða ráðgjöf við gerð ritgerðarinnar. Einnig Rebekku Stefánsdóttur, móður Rannveigar fyrir yfirlesturinn. Sérstakar þakkir fá makar okkar, þeir Guðmundur Alfreð Hjartarson og Sindri Andr sson fyrir óbilandi þolinmæði síðastliðin ár og   meðan gerð þessarar ritgerðar st  .

## Efnisyfirlit

Útdráttur.....	2
Abstract.....	3
Þakkarorð.....	4
Inngangur .....	6
<b>1. Algengar geð- og persónuleikaraskanir á meðal fanga.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Geðklofi.....</b>	<b>8</b>
<i>1.1.1 Neyslutengt geðrof.....</i>	<i>9</i>
<b>1.2 Geðhvarfasýki.....</b>	<b>10</b>
<i>1.2.1 Geðhvarfasýki I.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2.2 Geðhvarfasýki II .....</i>	<i>10</i>
<b>1.3 Árattu- og þráhyggjuröskun .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Þunglyndi .....</b>	<b>12</b>
<b>1.5 Almenn kvíðaröskun .....</b>	<b>13</b>
<b>1.6 Áfallastreituröskun.....</b>	<b>14</b>
<b>1.7 Jaðarpersónuleikaröskun .....</b>	<b>15</b>
<b>1.8 Sjálfhverfur persónuleiki.....</b>	<b>16</b>
<b>1.9 Andfélagslegur persónuleiki.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Tengsl geðsjúkdóma og persónuleikaraskana við afbrot.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Meðferðarúrræði geðsjúkra fanga .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Meðferðarúrræði í Bandaríkjunum.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Meðferðarúrræði fanga á Íslandi .....</b>	<b>23</b>
<b>3.3. Úrbætur .....</b>	<b>26</b>
Lokaorð.....	29

## Inngangur

Á heimsvísu eru yfir 10 milljónir fanga vistaðir í fangelsi á hverjum tíma og árlega fara 30 milljónir manna í gegnum fangelsiskerfin (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici og Trestman, 2016). Í lok árs 2016 voru 1,51 milljón manns vistaðir í fangelsum í Bandaríkjunum og í Bretlandi voru 84.399 fangar í lok árs 2017 (The Bureau of Justice Statistics of the U.S. Department of Justice, [BJS], 2018; Ministry of Justice, National Offender Management Service, HM Prison Service og Her Majesty's Prison and Probation Service, 2018). Pláss er fyrir 199 fanga í fangelsum hér á Íslandi og eru yfirleitt öll pláss fullnýtt (Fangelsismálastofnun, e.d.). Samkvæmt ársskýrslu Fangelsismálastofnunar fyrir árin 2009-2013 voru 1.645 dómþolar á Íslandi árið 2013 en 160 einstaklingar voru í afplánun um áramótin það ár (Fangelsismálastofnun, 2014). Stór hluti fanga glímir við alvarlegar geðraskanir og eru sum lönd jafnvel með fleiri alvarlega geðsjúka vistaða í fangelsum en inni á geðsjúkrahúsum. Á árunum 2004 til 2005 voru meira en þrisvar sinnum fleiri geðsjúkir einstaklingar í fangelsum í Bandaríkjunum en inná spítölum (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb og Pavle, 2010). Rannsókn dómsmálaráðuneytis Bandaríkjanna á geðheilsu 25.000 fanga komst að því að rúmlega helmingur þeirra var að kljást við geðsjúkdóm miðað við 11% í almennu þýði (James og Glaze, 2006). Þrátt fyrir þetta víðtæka vandamál fá þessir einstaklingar oft ekki greiningu á sínum röskunum eða rétta meðferð við þeim (Fazel o.fl., 2016).

Leitast er eftir svörum í þessari ritgerð við eftirfarandi rannsóknarspurningum: Hvaða geð- og persónuleikaraskanir eru algengar innan fangelsanna? Hafa geð- eða persónuleikaraskanir áhrif á afbrotahæðun? Hvaða meðferðarúræði eru til staðar á Íslandi og í Bandaríkjunum, eru meðferðarúræðin veitt þeim sem þurfa á þeim að halda og er tekið tillit til geðræns vanda viðkomandi?

Í fyrsta kafla verður fjallað um algengar geð- og persónuleikaraskanir á meðal fanga. Fjallað verður um geðklofa, geðhvarfasýki, árattu- og þráhyggjuröskun, þunglyndi, almenna kvíðaröskun, áfallastreituröskun, ásamt nokkrum persónuleikaröskunum; jaðarpersónuleikaröskun, sjálfhverfan persónuleika og andfélagslegan persónuleika. Samkvæmt yfirlitsrannsókn Prins (2014) yfir geðsjúkdóma innan fangelsa í Bandaríkjunum á

árunum 1989 til 2013, voru þessir geðsjúkdómar algengari innan fangelsanna en í almennu þýði. Ákveðið var að taka fyrir þrjár persónuleikaraskanir auk hinna sex geðraskananna vegna þess hversu algengar persónuleikaraskanir virðast vera innan fangelsa. Rannsókn á meðal 23.000 fanga í 12 löndum leiddi í ljós að um 65% karlkynsfanganna voru með persónuleikaröskun og þar á meðal 47% með andfélagslegan persónuleika (Fazel og Danesh, 2002). Ekki verður fjallað um taugafræðilegar raskanir líkt og ADHD vegna þess hve umfangsmikið það efni reynist vera. Rannsókn á íslenskum föngum sýndi fram á að 50% fanga hefðu verið með ADHD sem barn og 60% þeirra væru enn með einkenni, það væri efni í annað lokaverkefni (Emil Einarsson, Jón Friðrik Sigurðsson, Gísli H. Guðjónsson, Anna Kristín Newton og Ólafur Örn Bragason, 2009).

Í öðrum kafla verður fjallað um tengsl geðsjúkdóma og persónuleikaraskana við afbrot. Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar með geðsjúkdóma eru líklegri til að vera dæmdir fyrir afbrot en almenningur í þýði (Wallace o.fl., 1998; Brennan, Mednick og Hodgins, 2000). Þá hefur einnig verið sýnt fram á jákvæða fylgni persónuleikaraskana við ákveðna brotaflokk, líkt og ofbeldis- eða kynferðisbrot (Wallace o.fl., 1998; Vinkers, Beurs, Barendregt, Rinne og Hoek, 2011) og jafnvel morð (Vinkers o.fl., 2011; Eronen, Hakola og Tiihonen, 1996).

Þriðji kafli fjallar um meðferðarúræði geðsjúkra fanga, hvað stendur föngum til boða hérlandis sem og í Bandaríkjunum auk þess hvaða meðferðarúræði teljast vera árangursríkust (*best-practice*).



# 1. Algengar geð- og persónuleikaraskanir á meðal fanga

## 1.1 Geðklofi

Geðklofi (*schizophrenia*) er alvarlegur og flókinn geðsjúkdómur sem hefur áhrif á hugsun og skynjun einstaklings. Orsök þessarar röskunar á rætur sínar að rekja til truflunar á þroska dóþamínstöðva heilans en truflunin getur komið til vegna erfða, umhverfis eða samspil hvoru tveggja (Owen, Sawa og Mortensen, 2016). Rannsóknir benda til þess að erfðir séu ráðandi þáttur sem orsök geðklofa eða í um 60-80% tilvika (Salleh, 2004). Algengi geðklofa í almennu þýði samkvæmt DSM-V er um það bil 0,3-0,7% (American Psychological Association [APA], 2013).

Samkvæmt greiningarviðmiði DSM-V, greiningarkerfi bandaríska geðlæknafélagsins, þurfa tvö eða fleiri einkenni geðklofa að vera til staðar, lengur en mánuð í senn. Helstu einkenni eru ranghugmyndir, ofskynjanir, ruglað mál og óreiðukennd hegðun eða stjarfi (APA, 2013). Einkenni geðklofa geta komið hratt og óvænt fram en í flestum tilvikum þróar viðkomandi sjúkdóminn með sér yfir lengri tíma. Karlar greinast oftast í kringum tvítugt og fram á miðjan tvítugsaldur en konur frekar nær þrítugu (APA, 2013)

Einstaklingur með geðklofa getur upplifað jákvæð eða neikvæð einkenni. Jákvæð einkenni, til dæmis ranghugmyndir og ofheyrnir, bætast við og trufla eðlilega skynjun og virkni viðkomandi. Þetta getur leitt til þess að einstaklingurinn missir tengsl við raunveruleikann (Owen o.fl., 2016; National Institute of Mental Health, 2016). Borið getur einnig á óviðeigandi hegðun eins og að hlægja við ekkert tilefni eða þegar áreiti er ekki til staðar (APA, 2013). Neikvæð einkenni orsaka truflun á tilfinningum og hegðun viðkomandi en þau hamla virkni og hæfni hans til að taka þátt í daglegu lífi. Einkennin eru meðal annars takmörkun á tilfinningatjáningu, sinnuleysi eða máltruflanir (*alogia*) („Schizophrenia“, 2016; APA, 2013).

Algennt er að einstaklingur greindur með geðklofa sé ómeðvitaður um sjúkdóm sinn og einkenni hans. Þessi skortur á innsæi getur verið viðvarandi alla sjúkdómssögu viðkomandi og telst frekar til einkennis en bjargráðs. Þetta einkenni er það sem helst spáir fyrir um að viðkomandi sé ekki samstarfsfús þegar kemur að meðferð við geðklofanum og eykur það líkur á bakslagi, nauðungarvistun og ýgi (APA, 2013).

Geðklofi sem sjúkdómur hefur verið tengdur við ýgi og árásgirni þrátt fyrir að lítið sé um handahófskenndar eða fyrirvaralausar árásir af völdum fólks með sjúkdóminn. Meiri líkur eru á að einstaklingar með geðklofa séu fórnarlömb hverskyns ofbeldis frekar en gerendur.

Árásargirni er þó algeng á meðal ungra karlmannna sem greindir hafa verið með geðklofa og þá sér í lagi þeirra sem hafa einnig fyrri sögu um ofbeldi, fíkniefnamisnotkun og hvatvísi (APA, 2013). Samkvæmt yfirlitsrannsókn Fazel og Seewald sem náði yfir 33.588 fanga í 24 löndum, var algengi geðrofssjúkdóma innan fangelsa 3,6% hjá körlum eða um það bil 5-12 sinnum algengara en hjá almennum þýði (Fazel og Seewald, 2012). Emil Einarsson et al. gerðu rannsókn á algengi geðraskana á meðal 90 karlkyns fanga á Íslandi. Niðurstöður rannsóknarinnar bentu til þess að 12% íslenskra fanga væru með geðrofssjúkdóm (Emil Einarsson o.fl., 2009).

### 1.1.1 Neyslutengt geðrof

Einstaklingur í geðrofi vegna fíkniefna- eða lyfjaneyslu upplifir ofskynjanir og ranghugmyndir annað hvort á meðan neyslu efnanna stendur eða eftir neysluna þegar fráhrarfseinkenni byrja að koma fram. Samkvæmt DSM-V þá er ekki hægt að útskýra ástand viðkomandi með neinum öðrum greiningum, þar á meðal geðklofa eða geðhvarfasýki. Einstaklingur í neyslutengdu geðrofi er ekki meðvitaður um ástand sitt en hann sýnir einkenni geðklofa þó hann greinist ekki með röskunina. Einkenni neyslutengds geðrofs og geðklofa koma svipuð fram þrátt fyrir að orsökina sé ekki sú sama. Vandinn við að aðgreina þetta tvennt er að einkenni þess síðarnefnda geta haldið áfram í margar vikur, þrátt fyrir að neyslu efna sé hætt (APA, 2013).

Algengi neyslutengds geðrofs er ekki þekkt í þýði en á milli 7 til 25% einstaklinga í fyrsta geðrofi teljast vera í neyslutengdu ástandi. Einkenni koma mishratt fram eftir neyslu efnanna en það getur verið allt frá nokkrum mínútum eftir notkun á örvandi efnum. Aftur á móti geta liðið nokkrar vikur frá óhóflegri, langtíma áfengisdrykkju eða inntöku á öðrum róandi lyfjum þar til einkenni láta á sér kræla - sem eru þá yfirleitt ofheyrnir. Örvandi efni eru líklegri til að valda snertiskyns ofskynjunum (*tactile hallucinations*) sem geta leitt til þess að viðkomandi klórar sig alvarlega til blóðs og myndar stór sár (APA, 2013). Samkvæmt breskri rannsókn á 1.396 karlkyns fongum höfðu 8,9% þeirra fengið neyslutengt geðrof og 2,9% voru með einkenni á meðan rannsókn stóð (Igoumenou, Kallis og Coid, 2015).

## 1.2 Geðhvarfasýki

Sveiflur í skapi eru eðlilegur hluti af lífinu og sér í lagi í tengslum við streituvaldandi aðstæður. Hinsvegar ef sveiflur eru miklar, þrálátar og hamla viðkomandi ásamt því að valda honum þjáningu gæti verið undirliggjandi lyndisröskun. Helstu einkenni geðhvarfasýki (*bipolar*), sem skiptist í týpu I og II, eru krónísk einkenni sem valda sveiflum í lundarfari og þreki. Sjúkdómurinn er oftast tengdur við manúköst eða oflæti sem er ástand sem getur varað mislengi og verið misalvarlegt (Grande o.fl., 2016). Helstu einkenni manú eru aukið sjálfstraust og trú á eigin mikilfengleika, minnkuð svefnþörf, málgleði, óreiðukenndar hugsanir og hugmyndir, áhættuhegðun og einbeitingarleysi. Einstaklingar með geðhvarfasýki upplifa einnig þunglyndisköst sem geta einkennst af þungu skapi, minnkaðri áhugahvöt, tótleika, orkuleysi, svefntruflunum og sljóvguðum hreyfingum (APA, 2013).

### 1.2.1 Geðhvarfasýki I

Geðhvarfasýki I greinist hjá 0 til 0,6% einstaklinga í almennu þýði (Baillargeon o.fl., 2009) en hún einkennist af því að einstaklingur fer í manú á afmörkuðu tímabili þar sem hann er stöðugt óeðlilega hátt uppi, opinn eða uppstökkur. Sumir virðast hafa endalaus orku, allan daginn, í að allt að viku. Einnig getur viðkomandi átt það til að stunda áhættuhegðun, fá kaupæði eða jafnvel fjárfest óskynsamlega. Samkvæmt greiningarviðmiði á geðhvarfasýki I í DSM-V þarf viðkomandi að upplifa að minnsta kosti eitt manúkast með þremur einkennum þess, sem varir lengur en viku. Þunglyndisköst eru einnig algeng en þurfa ekki nauðsynlega að vera til staðar fyrir greiningu (APA, 2013).

Flestir upplifa fyrsta manúkastið í kringum 18 ára aldur en yfir 90% þeirra fá fleiri köst yfir ævina. Um 60% manúkasta koma rétt fyrir djúpa geðlægð. Sjálfsvígshætta er mikil á meðal sjúklinga með geðhvarfasýki I en þeir eru 15 sinnum líklegri til að falla fyrir eigin hendi en almennt þýði og um fjórðung allra sjálfsvíga má rekja til sjúkdómsins (APA, 2013).

### 1.2.2 Geðhvarfasýki II

Geðhvarfasýki II greinist á alþjóðavettvangi í um 0,3% fólks. Munurinn á geðhvarfasýki I og II er helst að einstaklingur með týpu II fer ekki eins hátt upp í manú en fer töluvert lengra niður í þunglyndi bæði fyrir og eftir köst. Greiningarviðmið fyrir geðhvarfasýki II eru endurteknar geðsveiflur þar sem fleiri en ein geðlægð og að minnsta kosti eitt vægt manúkast

á sér stað. Væg manúköst hafa sömu einkenni og í týpu I og þurfa að endast í að minnsta kosti fjóra daga. Einkennin eru greinanleg af öðrum og þá helst þegar sjáanleg truflun verður í virkni en þau valda ekki eins alvarlegum hömlunum og í týpu I, auk þess að krefjast yfirleitt ekki spítalainnlagnar (APA, 2013; Grande o.fl., 2016).

Flestir með geðhvarfasýki II greinast seint á unglingsaldri og í gegnum fullorðinsárin en algengt er að greinast á miðjum tvítugsaldri. Sjálfsmorðshætta er mikil líkt og hjá einstaklingum með geðhvarfasýki I, en um það bil þriðjungur sjúklinga á sér sögu um sjálfsmorðstillraun. Hvatvísi er algengur fylgikvilli geðhvarfasýki II sem getur haft áhrif á hærri fjölda tilrauna (APA, 2013; Baillargeon o.fl., 2009).

Geðhvarfasýki greinist í um 1% fólks í heiminum en í rannsókn sem náði til 38.000 einstaklinga í 10 löndum greindust frá 0,3 til 1,5% með geðhvarfasýki (Grande, Berk, Birmaher og Vieta, 2016; Weissman o.fl., 1996). Rannsókn á meðal 234.031 fanga í Texas sem framkvæmd var af Baillargeon et al. (2009) greindi 2,6% fanganna með geðhvarfasýki eða 5,7% kvenna og 2,3% karla. Þetta gæti verið vísbending um að geðhvarfasýki sé algengari innan fangelsa en í almennu þýði. Rannsókn Emils Einarssonar o.fl. (2009) sýndi fram á að 10% íslenskra fanga hefðu upplifað manúkast.

### **1.3 Árattu- og þráhyggjuröskun**

Árattu- og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder, OCD*) er ástand sem meðal annars einkennist af óvelkomnum hugsunum og endurtekinni hegðun. Á alþjóðavettvangi er algengi frá 1,1% upp í 1,8% í almennu þýði. Karlmenn eru líklegri til að verða fyrir áhrifum röskunarinnar í barnæsku en konur á fullorðinsárum. Röskunin er krónísk ef engin meðferð á sér stað og líkurnar á bata þá undir 20% (APA, 2013).

Þráhyggja er skilgreind sem endurteknar, ágengar og óvelkomnar hugsanir eða langanir. Þessar hugsanir geta valdið kvíða (t.d. hugsanir um smit eða óhreinindi) eða ótta við að framkvæma langanirnar (t.d. að meiða einhvern) (APA, 2013). Til þess að reyna að bæla niður eða hundska hugsanirnar reynir viðkomandi að jafna þær út með öðrum hugsunum eða gjörðum, oft með því að beita árattuhegðun. Áratta er skilgreind sem endurtekin hegðun eins og handþvottur, uppröðun, talning eða könnun (*checking*). (Grant, 2014; APA, 2013).

Jafnframt getur þetta verið hugræn hegðun eins og að biðja, telja eða endurtaka orð í hljóði (APA, 2013). Viðkomandi finnst hann þurfa að framkvæma hegðunina til að jafna út þráhyggjukenndar hugsanir, afstýra slæmum atburði eða til að fylgja ströngum áráttureglum (Grant, 2014; APA, 2013).

Þessi árátta og/eða þráhyggja er tímafrek og samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-V þarf hún að taka meira en klukkustund á dag sem veldur hindrunum og þjáningu þegar kemur að félagslífi eða atvinnu. Þegar aðstæður kalla fram árattu og þráhyggju getur einstaklingur með röskunina upplifað allan skalann af tilfinningum - allt frá mildum kvíða upp í alvarleg kvíðaköst eða sterka viðbjóðstilfinningu (APA, 2013). Árattu og þráhyggjuröskun hefur greinst á bilinu 1,6-7,1% á meðal karla og 2-10,2% kvenna eftir mismunandi úrtökum innan fangelsa í Bandaríkjunum og Ástralíu (Butler og Allnut, 2003; Gunter o.fl., 2008). Samkvæmt rannsókn á íslenskum fögnum voru 4% þeirra með einkenni árattu- og þráhyggjuröskunar undanfarin mánuð (Emil Einarsson o.fl., 2009).

#### **1.4 Þunglyndi**

Þunglyndi er tiltölulega algeng en alvarleg lyndisröskun sem hefur áhrif á meira en 300 milljónir einstaklinga á öllum aldri í heiminum (World Health Organization [WHO], 2017). Einkenni þess hafa neikvæð áhrif á tilfinningar, hugsanir og daglega virkni. Mikil röskun getur átt sér stað á svefni, matarlyst, vinnu og félagslífi en þunglyndi er algengasta orsök örorku í heiminum (APA, 2013; WHO, 2017). Sjálfsvígshugsanir og tilraunir eru algengar hjá einstaklingum sem greindir eru með þunglyndi, sem og almenn hugsun um dauðann. Algengi þunglyndis er um það bil 7% hjá einstaklingum á aldrinum 18-29 ára í almennu þýði en það er um þrefalt hærra en mælist hjá einstaklingum yfir 60 ára. Þá eru konur um það bil 1,5 til 3 sinnum líklegri til að upplifa þunglyndi á unglingsárum en karlar (APA, 2013).

Helstu einkenni þunglyndis er þungt skap nánast hvern dag, allan daginn - minnkaður áhugi og ánægja af áhugamálum, þyngdartap eða þyngdaraukning - lystarleysi eða aukin matarlyst. Svefntruflanir eru einnig algengar, bæði svefnleysi eða óvenjulega mikill svefn. Að auki getur einstaklingur með þunglyndi orðið augljóslega hægur í hreyfingum eða upplifað óeirð, einbeitingarleysi og óákveðni. Þreyta og orkuleysi er viðvarandi auk upplifunar á að vera einskis virði, vonleysi og samviskubit. Til að greinast með þunglyndi samkvæmt

greiningarkerfi DSM-V þurfa fimm einkenni að vera viðvarandi í að minnsta kosti tvær vikur og valda klínískum, streituvaldandi áhrifum. Einkennin mega þó ekki vera talin afleiðing aðstæðna þar sem sorg eða þunglyndi væri eðlilegur fylgifiskur eins og ástvinamissir, skilnaður eða vinnutap (APA, 2013).

Fangelsisvistun telst vera ein mest streituvaldandi upplifun sem einstaklingur getur gengið í gegnum á ævinni. Þetta kemur til vegna frelsissviptingar og erfiðra aðstæðna sem geta valdið líkamlegum og sálfræðilegum einkennum (Boothby og Durham, 1999). Fangar eru því líklegir til að upplifa þunglyndi, en samkvæmt viðamikilli yfirlitsrannsókn Fazel og Seewald (2012) á geðheilsu 33.588 fanga greindust 10,2% karla í fangelsum með þunglyndi og 14,1% kvenkyns fanga (2012). Í rannsókn Boothby og Durham (1999) á þunglyndi meðal 1.494 fanga skoruðu þátttakendur að meðaltali 12,57 stig á Beck's skalenum en það flokkast sem vægt þunglyndi. Flestir fangarnir, eða um 30%, greindust með vægt þunglyndi, 22% með meðal alvarlegt þunglyndi en aðeins 5% með alvarlegt þunglyndi. Rannsókn á meðal íslenskra fanga sýndi fram á 21% þeirra voru með einkenni alvarlegs þunglyndis síðastliðnar tvær vikur og 12% þeirra endurtekið alvarlegt þunglyndi (Emil Einarsson o.fl., 2009).

### **1.5 Almenn kvíðaröskun**

Kvíði og áhyggjur teljast eðlilegar í streituvaldandi aðstæðum en einstaklingur með almenna kvíðaröskun finnur fyrir einkennum án þess að tilefni sé til. Algengi kvíðaröskunar í almennu þýði er á bilinu 0,4-3,6% og eru konur rúmlega helmingi líklegri að fá almenna kvíðaröskun en karlmenn (APA, 2013).

Þegar magn, tímalengd eða algengi kvíða er ekki í samræmi við raunverulegar líkur á að eitthvað slæmt gerist eða áhrif þess, er kvíðaröskun líklegast til staðar. Einkenni kvíðaröskunar eru meðal annars eirðarleysi, taugaóstyrkur og erfiðleikar við að stjórna áhyggjuhugsunum sem getur valdið því að viðkomandi verður hratt uppgefinn og orkulaus. Erfiðleikar við að halda einbeitingu og fylgja eigin hugsunum eftir gera vart við sig. Önnur algeng einkenni eru pirringur, vöðvaspenna, vöðvabólga og svefntruflanir. Erfitt getur reynst að sofna eða haldast sofandi sem getur valdið ónógri hvíld. Líkamleg einkenni geta einnig verið sviti, ógleði og niðurgangur (APA, 2013).

Greiningarviðmið DSM-V fyrir almenna kvíðaröskun krefjast þess að óeðlilegur kvíði og áhyggjur hafi verið oftast en ekki til staðar í að minnsta kosti sex mánuði, auk erfiðleika við að stjórna kvíðanum og þremur eða fleiri einkennum hans. Einnig þarf einhverskonar hömlun að eiga sér stað í daglegu lífi, svo sem félagslífi, starfi eða á öðrum mikilvægum sviðum (APA, 2013).

Almenn kvíðaröskun hefur greinst hjá 1,4-18,5% kvenkynsfanga og 3,4-12,4% karlkynsfanga í mismunandi úrtökum (Jordan, Schlenger, Fairbank og Caddel, 1996; Binswanger o.fl., 2010; Butler o.fl., 2003). Þá voru 27% íslenskra karlkynsfanga með einkennum almennrar kvíðaröskunar (Emil Einarsson o.fl., 2009).

### **1.6 Áfallastreituröskun**

Áfallastreituröskun (*post-traumatic stress disorder, PTSD*) getur þróast hjá einstaklingi sem upplifir eða verður vitni að einum eða fleiri atburðum sem veldur gífurlegri hræðslu, hryllingi eða hjálparleysistilfinningu. Eðlilegt telst að upplifa hræðslu þegar slæmur atburður á sér stað, en þeir sem greinast með áfallastreituröskun halda áfram að upplifa sálræn og líkamleg einkenni hræðslu eða ótta eftir að atburðurinn er liðinn hjá (APA, 2013; „Post-Traumatic Stress Disorder“, 2016). Samkvæmt DSM-V greinist áfallastreituröskun í 0,5-1% þýðis í Evrópu, Asíu, Afríku og Suður-Ameríku (APA, 2013).

Helstu einkenni áfallastreituröskunar eru endurteknar, óvelkomnar og ágengar minningar um áfall eða slæman atburð. Endurteknir draumar sem valda vanlíðan eða endurupplifanir af atburðinum. Þessar endurupplifanir geta jafnvel, í alvarlegustu tilfellum, valdið algeru hugrofi þar sem viðkomandi verður ekki var við umhverfi sitt. Einnig eru viðvarandi hræðsla, ótti eða önnur sálfræðileg einkenni sem koma fram við hugrænar- eða umhverfisvísbendingar sem tengjast eða minna á áfallið. Viðkomandi leggur sig fram um að forðast aðstæður, fólk, hluti eða hugsanir um áfallið. Önnur einkenni eru erfiðleikar við að muna atburðinn, sterkar neikvæðar hugsanir um sjálfan sig og aðra, stöðugar neikvæðar eða brenglaðar hugsanir og tilfinningar um atburðinn og jafnvel sjálfsásakanir. Þetta getur haft áhrif á líf og störf, erfitt reynist að upplifa jákvæðar tilfinningar og viðkomandi fjarlægir sig frá öðru fólk (APA, 2013). Helstu líkamlegu einkenni áfallastreituröskunar eru þirringur og reiðiköst án nokkurrar sýnilegrar ástæðu, kæruleysi og sjálfsskaðandi hegðun, ofurárvekni og ýkt viðbrögð þegar

viðkomandi er brugðið. Einnig eru einbeitingarleysi og svefntruflanir algengir fylgikvillar (APA, 2013).

Greiningarviðmið fyrir fullorðna samkvæmt DSM-V eru að viðkomandi þarf að hafa upplifað að minnsta kosti fjögur einkenni röskunarinnar lengur en í einn mánuð. Þá þurfa þessi einkenni að hamla virkni og þátttöku einstaklingsins í daglegu lífi og starfi. Röskunin greinist oftast á meðal fanga miðað við almennt þýði (Goff, Rose, Rose og Purves, 2007). Í rannsókn Moore et al. (2013) sem náði til 452 fanga greindust 1 af hverjum 5 með einkenni áfallastreituröskunar en Dudeck et al. (2011) rannsökuðu einnig algengi áfallastreituröskunar á meðal 1.055 karlkynsfanga í Evrópu og höfðu 1 af hverjum 6 þróað með sér áfallastreituröskun. Becker og Kerig (2011) rannsökuðu algengi áfallastreituröskunar á meðal 83 drengja í varðhaldi á aldrinum 12-17 ára en 20% þeirra greindust með röskunina. Nokkrar rannsóknir með misstórum úrtökum hafa sýnt fram að algengi sé meira hjá kvenföngum eða 22,3-43,8% og 8,5-27,1% hjá körlum (Butler o.fl., 2003; Teplin og Abram, 1996; Powell og Holt 1997; Brinded og Simpson, 2001). Samkvæmt rannsókn á íslenskum karlkynsföngum voru 4% þeirra með einkenni áfallastreituröskunar síðastliðinn mánuð (Emil Einarsson o.fl., 2009).

### **1.7 Jaðarpersónuleikaröskun**

Einstaklingar með jaðarpersónuleikaröskun (*borderline personality disorder*) eiga í erfiðleikum með að mynda stöðug sambönd við annað fólk. Slæm og óstöðug sjálfmynd, sveiflukenndar tilfinningar og mikil hvatvísi eru meðal helstu einkenna röskunarinnar auk örvæntingafullra tilrauna til að komast hjá því að vera yfirgefinn af öðrum. Þetta getur komið fram í endurteknu mynstri af óstöðugum og ástríðufullum samböndum þar sem stutt er á milli öfga í ást og hatri. Algengi röskunarinnar í almennu þýði er miðað við 1,6 til 5,9% og allt að 20% hjá einstaklingum sem lagðir eru inn á geðdeild (APA, 2013). Í DSM-V eru einkenni jaðarpersónuleikaröskunar meðal annars sjálfsskaðandi hegðun, sjálfsvígshótanir, peningaeyðsla, óvarið kynlíf, fíkniefnaneysla og lotuát - en til greiningar þurfa fimm eða fleiri einkenni að vera til staðar hjá viðkomandi. Þar sem að sjálfsskaðandi hegðun er eitt af megininkennum röskunarinnar, er sjálfsmorðshætta á meðal einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun töluverð. Allt að 10% þeirra sem greinast með röskunina fremja sjálfsmorð (APA, 2013).



Jaðarpersónuleikaröskun getur einnig einkennst af óviðeigandi og sterkri reiði eða erfiðleikum við að stjórna skapi þar sem viðkomandi tekur reiðiköst eða stofnar til slagsmála (APA, 2013). Vísbendingar eru um að jaðarpersónuleikaröskun sé algengari innan fangelsa en í þýði. Á meðal 8.574 karlkyns fanga voru 5,3% þeirra greindir með jaðarpersónuleikaröskun, í sömu rannsókn voru 894 kvenkyns fangar og voru 11,5% þeirra með röskunina (Sansone og Sansone, 2009). Önnur rannsókn sem náði til 805 kvenkynsfanga leiddi í ljós að 28% þeirra voru með jaðarpersónuleikaröskun (Jordan o.fl., 1996).

### 1.8 Sjálfhverfur persónuleiki

Óraunhæfar hugmyndir um eigin mikilfengleika er einkennandi fyrir einstakling með sjálfhverfan persónuleika (*narcissistic personality disorder*). Hann er líklegur til að hafa þörf fyrir að aðrir líti á hann með aðdáun sem verður til þess að viðkomandi á það til að ýkja eigin afrek og hæfileika. Sjálfhverfur persónuleiki er ekki algeng röskun en hann greinist 0-6,2% í almennu þýði (APA,2013).

Helstu einkenni eru skortur á samúð með öðrum og að viðurkenna ekki né bera kennsl á tilfinningar og þarfir annarra. Viðkomandi er viss um eigið ágæti auk þess að vera upptekinn af eigin velgengni, völdum, árangri og fegurð. Önnur einkenni eru meðal annars sterk sannfæring um að vera einstakur og að aðrir öfundi viðkomandi, auk þess að telja sig aðeins geta verið í samskiptum við aðra sem hann telur jafnoka sína - oftast háttsettr eða valdamiklir einstaklingar í samfélaginu. Samkvæmt greiningarviðmiði DSM-V þurfa fimm eða fleiri einkenni að vera til staðar hjá einstaklingi til að hann sé greindur með sjálfhverfan persónuleika (APA, 2013). Röskunin kemur fram snemma á fullorðinsárum og sýnir sig í hverskonar aðstæðum, meðal annars þar sem einstaklingurinn ætlast til sérmeðferðar og að aðrir fylgi sjálfkrafa hans áætlunum (APA, 2013). Bein tenging hefur fundist á milli þess að vera sjálfhverfur og tilætlunarsamur og að lenda í fangelsi en auk þessara eiginleika er skortur á samúð einnig áhrifaþáttur (Hepper, Hart, Meek, Cisek og Sedikides, 2014).

Coid et al. (2009) könnuðu meðal annars sjálfhverfan persónuleika hjá 496 fönngum í Bretlandi en af þeim greindust 7% með röskunina en í annarri rannsókn með 1.396 þátttakendum innan fangelsa í Bretlandi og Wales greindust 10,2% (Roberts, Yang, Zhang og Coid, 2008). Þetta eru vísbendingar um að sjálfhverfur persónuleiki sé algengari innan

fangelsa en í almennu þýði. Einnig komust rannsakendur að því að sjálfhverfa hefði meiri áhrif á líkurnar á því að mennirnir lentu í fangelsi heldur en félagslegar aðstæður þeirra.

### **1.9 Andfélagslegur persónuleiki**

Einstaklingur með andfélagslegan persónuleika (*antisocial personality*) skortir líklegast samvisku eða siðferði en þeir sem skora hátt á greiningarskalanum eru einnig líklegir til að haga sér á kvikindislegan máta gagnvart öðrum, án þess að reyna að réttlæta það á neinn hátt (Meloy og Yakeley, 2011). Röskunin er greind, samkvæmt DSM-V, í einstaklingum yfir 18 ára - en þrjú eða fleiri einkenni þurfa þá að hafa verið viðvarandi frá 15 ára aldri og hegðunarerfiðleikar verið til staðar fyrir það.

Helstu einkenni andfélagslegs persónuleika eru að viðkomandi á erfitt með að fylgja félagslegum normum, lögum og reglum sem eykur líkur á að þessir einstaklingar komist í kast við lögin. Einnig eru endurteknar blekkingar og lygar algengar, notkun á gervinöfnum og svik til eigin hagsbóta auk mikillar hvatvísi. Önnur einkenni geta verið kæruleysi gagnvart öryggi sjálfs síns og annarra. Árásargirni er algeng auk slagsmála eða líkamsárása og lítil sem engin eftirsjá eða samviskubit fylgir í kjölfar þess að hafa brotið á öðrum (APA, 2013).

Algengi andfélagslegs persónuleika í þýði er á milli 0,2-3,3% en greining er algengust, eða allt að 70%, á meðal karlmannna sem misnota áfengi eða hafa dvalið á meðferðarstofnunum, fangelsum eða öðrum réttartengdum stofnunum. Viðamikil rannsókn, sem gerð var á 22.790 föngum, greindi andfélagslegan persónuleika hjá 47% karla og 21% kvenna (Fazel og Danesh, 2002). Á meðal íslenskra fanga voru 58% þeirra með einkenni andfélagslegs persónuleika (Emil Einarsson o.fl., 2009). Talið er að röskunin sé van- eða undirgreind hjá konum, líklega vegna þess hve mikil áhersla er á árásargirni við greiningu (APA, 2013).

## 2. Tengsl geðsjúkdóma og persónuleikaraskana við afbrot

Eins og sjá má í töflu 1 eru geðsjúkdómar algengir innan fangelsa en einstaklingar með geðsjúkdóma eru líklegri til að vera dæmdir fyrir afbrot en þeir í almennu þýði. Meðal annars hefur verið sýnt fram tengsl á milli þess að vera greindur með geðklofa og að vera dæmdur fyrir afbrot, sér í lagi ofbeldisbrot þegar hvatvísi eða fíkn er einnig til staðar (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor og Silva, 2000; Silver o.fl., 2008; Wallace, Mullen og Burgess, 2004; Wessely, 1998). Rannsókn Wessely (1998) á 538 einstaklingum með geðklofa leiddi í ljós að konur með sjúkdóminn voru líklegri til að brjóta af sér í öllum afbrotaflokkum (tíðnihlutfall = 3,3). Karlmenn með sjúkdóminn voru enn líklegri til að fremja ofbeldisbrot (tíðnihlutfall = 3,8).

Tafla 1 Algengi geðraskana í almennu þýði og úrtökum innan fangelsa

	Algengi geðsjúkdóma (%)				Íslenskir karlkyns fangar
	Almennt þýði	Karlkyns fangar	Kvenkyns fangar	Almennt þýði fanga	
Geðklofi	0,3-0,7	3,6	-	-	12,0
Neyslutengt geðrof	-	8,9	-	-	-
Geðhvarfasýki	0,3-1,5	2,3	5,7	2,6	10,0
Áráttu- og þráhyggjuröskun	1,1-1,8	1,6-7,1	2-10,2	-	4,0
Þunglyndi	7,0	10,2	14,1	-	12,0
Kvíðaröskun	0,4-3,6	3,4-12,4	1,4-18,5	-	27,0
Áfallastreituröskun	0,5-1	8,5-27,1	22,3-43,8	-	4,0
Jaðarpersónuleikaröskun	1,6-5,9	5,3	11,5-28	-	-
Sjálfhverfur persónuleiki	0-6,2	-	-	7-10,2	-
Andfélagslegur persónuleiki	0,2-3,3	47,0	21,0	-	58,0

Sumar rannsóknir hafa aðeins sýnt fram á jákvæða aukningu á líkum á ofbeldisbroti þegar geðsjúkdómur er til staðar (Eronen o.fl, 1996; Silver, Felson og Vaneseltine, 2008) á meðan aðrir rannsakendur hafa sýnt fram á jákvæð tengsl geðsjúkdóma við alla brotaflokkka (Modestin og Ammann, 1996; Wallace o.fl., 2004). Langtímarannsókn var gerð í Svíþjóð með

47.158 þátttakendum greindum með þunglyndi, 17.249 karlmenn og 29.909 konur. Við eftirfylgni rannsóknarinnar kom í ljós að 3,7% karlanna og 0,5% kvenna höfðu framið ofbeldisbrot en samanborið við almennt þýði höfðu karlar í 1,2% tilvika framið ofbeldisbrot og konur í 0,2% tilvika. Undir ofbeldisbrot féllu: morð, tilraunir til manndráps, líkamsárásir, rán, íkveikjur, kynferðisglæpir og hótanir (Fazel og Wolf, 2015).

Hafa þarf í huga að það virðist sem samsláttur áfengis- og/eða fíkniefnaneyslu við aðra geð- eða persónuleikaröskun sé sérstaklega algengur þegar kemur að ofbeldisbrotum eða manndrápum framin af þeim sem eru með virkan geðsjúkdóm. Einstaklingur greindur með geðklofa eða persónuleikaröskun er líklegri til að beita ofbeldi undir áhrifum hugbreytandi efna en annars (Wallace o.fl., 1998; Wallace o.fl., 2004; Arseneault o.fl., 2000; Mullen et al., 2001; Walsh et al., 2002). Langtímarannsókn Brennan et al. (2000) sem náði til tæplega 336.000 manns er fæddust árin 1944 til 1947 sýndi fram á að einstaklingar sem neyta vímuefna eru líklegri til að fremja ofbeldisbrot, en það á bæði við um þá sem greindir eru með geðsjúkdóm og þá sem ekki hafa greinst. Einnig má nefna að Wallace et al. (1998) komust að því að menn greindir með geðklofa sem neyta áfengis- eða vímuefna voru átta sinnum líklegri til að vera dæmdir fyrir ofbeldi heldur en menn með geðklofa án samsláttar við vímuefnavandamál.

Neysla vímuefna virðist vera algengari meðal einstaklinga með geðsjúkdóma en þeirra sem ekki greinast. Í skýrslu dómsmálaráðuneytis Bandaríkjanna frá 2006 hafði um 63% fanga með geðsjúkdóm notað fíkniefni mánuðinn fyrir handtöku á móti 49% þeirra sem ekki voru greindir með geðsjúkdóm (James og Glaze, 2006). Rannsókn Black et al. (2010) á einstaklingum sem nýlega höfðu hafið fangelsisvist sína í Iowa fylki í Bandaríkjunum sýndi fram á að 98,2% þeirra sem greindir voru með andfélagslegan persónuleika greindust einnig með áfengis og/eða vímuefnavanda.

Rannsóknir hafa sýnt fram á jákvæða fylgni persónuleikaraskana við ákveðna brotaflokkka eins og ofbeldisbrot eða kynferðisbrot (Wallace o.fl., 1998; Vinkers o.fl., 2011) og jafnvel morð (Vinkers o.fl., 2011; Eronen o.fl., 1996). Vísbendingar eru um að kvíði sé algengur á meðal einstaklinga með andfélagslegan persónuleika og að samsláttur þessa tveggja raskana gæti haft áhrif á ofbeldishegðun (Black, Gunter, Loveless, Allen og Sieleni, 2010; Hodgins,

Brito, Chhabra og Côté, 2010). Rannsókn sem náði til 495 karlkyns fanga greindi 279 þeirra með andfélagslegan persónuleika en af þeim reyndust tveir af hverjum þremur vera með kvíðaröskun. Af þeim hafði helmingurinn verið með kvíða frá því fyrir 16 ára aldur. Niðurstöður sýndu einnig fram á að þeir sem voru greindir með kvíða og andfélagslegan persónuleika voru líklegri til að hafa byrjað afbrotaferil sinn áður en þeir urðu 15 ára auk þess að hafa misnotað áfengi og/eða fíkniefni. Þeir sem voru greindir með bæði kvíða og andfélagslegan persónuleika voru að auki líklegri til að hafa verið dæmdir fyrir alvarlegt ofbeldi gagnvart öðrum (Hodgins o.fl., 2010).

Rannsókn var gerð á áfallastreituröskun í tengslum við andfélagslegan persónuleika. Þeir sem voru greindir með röskunina voru 8 sinnum líklegri til að sýna af sér andfélagslega hegðun en þeir sem ekki voru greindir (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland og Gaskin, 2010). Andfélagslegur persónuleiki hefur þá sérstaklega verið tengdur við ofbeldisbrot (Fountoulakis, Leucht og Kaprinis, 2008; Barros og Serafim, 2008; Dunsieath o.fl., 2004). Rannsókn í Finnlandi kannaði 693 þarlend morðmál og niðurstöður hennar sýndu fram á að andfélagslegur persónuleiki getur aukið hlutfallslíkurnar á að karlmaður fremji morð tífalt og allt að 50 falt hjá konum (Eronen o.fl., 1996). Einstaklingar með andfélagslegan persónuleika eru þá líklegri til að fremja brot sem krefjast undirbúnings eins og þjófnað, auðgunarbrot eða önnur brot til eigin hagnaðar, frekar en að láta hvatvísi stjórna sér. Hinsvegar er sá með jaðarpersónuleika líklegri til að vera hvatvís, árásargjarn og ofbeldisfullur, hann hefur styttri þráð og auðveldara er að koma honum úr jafnvægi (Barros og Serafim, 2008).

Robert og Coid (2009) framkvæmdu rannsókn innan fangelsa í Bretlandi þar sem 496 þátttakendur svöruðu spurningakönnun þeirra en í ljós komu tengsl á milli sjálfhverfs persónuleika og aukins fjölda fjársvika, fölsunar og fíkniefnabrota. Önnur rannsókn á 234 körlum á framhaldsskóla- og menntaskólaaldri leiddi í ljós að 18% þeirra töldu sig hafa brotið gegn öðrum kynferðislega og þar af 4% framkvæmt nauðgun. Tengsl fundust á milli þess að framkvæma kynferðisbrot eða nauðgun og hærra skors á SCIN-D skalanum sem mælir sjálfhverfan persónuleika auk aukins fjölda brota (Mouilso og Calhoun, 2015). Þessi rannsókn auk rannsókn Baumeister (2012) benda til þess að sjálfhverfur persónuleiki sé áhættuþáttur þegar kemur að kynferðisbrotum en viðkomandi er líklegri til að túlka umhverfið sér í vil,

hefur minni samúð með öðrum auk þess að telja sig vera réttþærri en aðrir (Mouilso og Calhoun, 2015).

Einstaklingar með árátta- og þráhyggjuröskun sem eru með mikla þráhyggju eru oft hlédrægir og í tilfinningalegu ójafnvægi (Wilcox, 2017). Hættan á að einstaklingur með slíka röskun framkvæmi þráhyggjuhugsanir sínar eru litlar sem engar, viðkomandi er hræddur um að hugsanirnar eigi sér stað og vill forðast þær með öllu (Veale, Freeston, Krebs, Heyman og Salkovskis, 2009). Hinsvegar er samsláttur við aðrar geðraskanir tiltölulega algengur en 20% af þeim sem greindir eru með geðhvarfasýki eru líka með árátta- og þráhyggjuröskun (Amerio, Odone, Marchesi og Ghaemi, 2014). Í langtímarannsókn þar sem 3.743 einstaklingar greindir með geðhvarfasýki voru bornir saman við 37.429 einstaklinga úr almennu þýði kom í ljós að 8,4% þeirra með geðhvarfasýki höfðu framið ofbeldisbrot samanborið við 3,5% í almennu þýði (Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin og Langström, 2010).

Vert er að taka fram að Vinkers et al. (2011) benda á að þó tengsl finnist á milli tegundar afbrots og einstaklinga með ákveðna geð- eða persónuleikaröskun, þá er það ekki sama og orsakatengsl. Einstaklingur með geðrofssjúkdóm getur brotið af sér á ofbeldisfullan máta því að sjúkdómurinn hamlar honum að taka skynsamlegar og réttar ákvarðanir, en sami einstaklingur gæti síðar framið nytjastuld því hann vantar peninga fyrir fíkniefnum. Ekki er hægt að álykta um orsakir þrátt fyrir að marktæk, jákvæð tengsl finnist á milli geðsjúkdóms og ákveðins brotaflokks. Einnig benda margir rannsakendur á að áfengis- og/eða fíkniefnaneysla gæti líka vera áhrifaþáttur í mörgum tilvikum og sé fylgifyrirkennandi afbrota hjá geðsjúkum líkt og þeim sem engar greiningar hafa (Brennan, 2000; Wallace, 2004; Arboleda-Flórez, J., Holley, H. og Crisanti, A., 1998).

Sjá þarf til þess að virk meðferð geðsjúkdóma samhliða áfengis- og vímuefnamedferð sé til staðar innan fangelsa. Þannig er hægt að undirbúa geðsjúka afbrotamenn fyrir lífið þegar út úr fangelsinu er komið, minnka líkurnar á afbrotahegðun og þannig gæti hann orðið virkur samfélagsþegn.

### 3. Meðferðarúrræði geðsjúkra fanga

#### 3.1 Meðferðarúrræði í Bandaríkjunum

Um 11,4 milljónir einstaklinga fara árlega í gegnum fangelsiskerfið í Bandaríkjunum en þar af eru rúmlega 700.000 einstaklingar með einkenni alvarlegra geðraskanna (Osher o.fl., 2003). Í skýrslu frá árinu 2014 var algengi alvarlegra geðsjúkdóma kannað innan fangelsa í öllum fylkjum Bandaríkjanna. Niðurstöður leiddu í ljós að fleiri alvarlega geðsjúkir einstaklingar voru vistaðir í fangelsum en inná stærsta geðsjúkrahúsi ríkisins í 44 fylkjum af 50 (Torrey, o.fl., 2014). Þrátt fyrir að vera víðtækt vandamál fá þessir einstaklingar oft ekki greiningu á sínum röskunum eða viðunandi meðferð (Fazel o.fl., 2016). Þegar viðunandi meðferð er ekki veitt aukast líkurnar á endurkomu en endurkomutíðni í 30 ríkjum Bandaríkjanna árið 2005 var 67,8% innan þriggja ára og 76,6% innan fimm ára (Durose, Cooper og Snyder, 2014).

Bales, Nadel, Reed og Blomber (2017) rannsökuðu endurkomutíðni geðsjúkra fanga.

Þátttakendur voru rúmlega 200.000 og af þeim voru 20% greindir með geðsjúkdóm en þar af voru tæplega 30% með alvarlegan geðsjúkdóm. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu fram á jákvæð tengsl þess að greinast með geðsjúkdóm og aukinna líka á endurkomu í fangelsi. Þeir sem greindir voru með alvarlegan geðsjúkdóm voru ennþá líklegri til að vera handteknir aftur og vistaðir í fangelsi auk þess sem styttri tími leið hjá þeim frá lausn til endurkomu.

Ennfremur voru vísbendingar um að yfir lengri tíma, minnkuðu líkur á endurkomu geðsjúkra fanga, ef gripið var inn í með viðeigandi meðferð meðan á afplánun stóð, auk aðstoðar eftir að lausn úr fangelsinu.

Bewley og Morgan gerðu könnun árið 2010 sem náði til 230 starfsmanna innan réttargeðheilbrigðiskerfisins á 165 fangelsisstofnunum í Bandaríkjunum. Niðurstöður könnunarinnar sýndu fram á að sérfræðingar geðheilbrigðismála bjóða upp á ýmsa þjónustu fyrir fanga með geðræn vandamál. Þessi þjónusta flokkast eftir mismunandi markmiðum, til að mynda: geðrænn bati, tilfinningastjórnun, daglegt líf innan stofnunarinnar, fækkun endurkoma, persónuleg uppbygging og RNR (risk-need-responsive) meðferð (áhætta-þarfir-móttækileiki á íslensku). RNR einblínir á þá sem líklegastir eru til að brjóta af sér aftur og nálgun af þessum toga dregur úr frekari afbrotahæðun. Ekki hefur verið sýnt fram á að það virki sérstaklega fyrir fanga með geðræn vandamál. Sérfræðingarnir álitu geðrænan bata, daglega virkni innan stofnunarinnar og persónulega uppbyggingu vera líklegast til árangurs

fyrir fanga með geðræn vandamál og eyddu þar af leiðandi mestum tíma í það (Bewley og Morgan, 2011).

Eins bentu niðurstöður á að 99% stofnana voru með að minnsta kosti einn geðheilbrigðisstarfsmann, meiri hlutinn var með einn eða fleiri sálfræðinga, eða 83%, og 81% voru með að minnsta kosti einn geðlækni. Einnig voru 61% fangelsanna með að minnsta kosti einn ráðgjafa, 59% voru með félagsfræðing, 33% með áfengis- og vímuefnaráðgjafa og um það bil fjórðungur var með nema í meistara eða doktorsnámi. Sérfræðingarnir greindu frá því að 52% geðsjúkra fanga sóttust sjálfir eftir þjónustu, 24% var vísað á þjónustuna af starfsmönnum, 11% var skipað af dómi að sækja sér þjónustu og 8% sóttu sér þjónustu því þess var krafist af meðferðarþrógrammi. Undirbúningur fyrir vinnumarkað var veittur í 16% tilvika sem þykir áhyggjuefni, en undirbúningurinn er mikilvægur til að koma í veg fyrir endurkomur að lokinni afplánun og ekki síður fyrir fanga í geðrænum bata. Þetta gæti komið til vegna þess að sérfræðingarnir meta aðrar meðferðir mikilvægari (Bewley og Morgan, 2011). Steadman og Veysey gerðu samantekt á þjónustu innan fangelsa og komust að því að mestur skortur væri á þjónustu þar sem áætlanir voru gerðar að lokinni afplánun, þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á hversu mikilvægt skref áætlanirnar eru í átt að geðheilbrigði fangans. Einnig komust þeir að því að þeim mun stærra sem fangelsið er, þeim mun minni líkur eru á að fangi fái slíka þjónustu (Osher o.fl., 2003).

Bandarískum fangelsum ber skylda til að bjóða föngum upp á lágmarksmeðferð í geðheilbrigðismálum en engin skilgreining er á því hvað lágmarksmeðferð telst vera og fangar með geðræn vandamál enda iðulega aftur út á götu með sama vanda. Þetta hefur ýmsar neikvæðar afleiðingar í för með sér en þar má nefna minna öryggi almennings vegna áframhaldandi afbrotahæðunar, aukin geðræn einkenni einstaklingsins og innlagnir, áframhaldandi neyslu, sjálfsvíg, heimilisleysi og endurteknar handtökur.

### **3.2 Meðferðarúrræði fanga á Íslandi**

Fangelsismálastofnun rekur fimm fangelsi á Íslandi víðsvegar um landið: Fangelsið á Akureyri, Hólmsheiði og Litla-Hrauni sem teljast vera lokuð fangelsi og Kvíabryggju og Sogn sem eru opin fangelsi (Fangelsismálastofnun ríkisins, e.d.). Meginmunurinn á opnum og lokuðum fangelsum er að í lokuðum fangelsum eru klefar læstir að nóttu til, útivistarsvæði er



afmarkað með girðingu og heimsóknir fara fram í sérstökum heimsóknarherbergjum (Þingskjal nr. 1153/2014-2015).

Margrét Sæmundsdóttir gerði rannsókn á vegum Fangelsismálastofnunar ríkisins um félagslega stöðu fanga og afbrot þeirra. Þar voru fangar spurðir út í andlegt heilsufar áður en að afplánun hófst. Tæpur helmingur fanganna taldi sig eiga við geðræn vandamál að stríða. Nefndu flestir að þeir glímdu við þunglyndi, kvíða eða bæði en þar af var um helmingur kvenna og um 25% karla. Fangar sem sögðust eiga við önnur geðræn vandamál að stríða voru um 8,6-8,8% (Fangelsismálastofnun ríkisins, 2004).

Í lögum nr. 15/2016 29. gr um fullnustu refsinga segir að fangar eigi að njóta sambærilegrar heilbrigðisþjónustu og almennt gildir og í 22. gr sömu laga segir að Fangelsismálastofnun geti leyft að fangi sé vistaður um stundarsakir eða allan refsitímann á heilbrigðis- eða meðferðarstofnunum. Á Íslandi ber Fangelsismálastofnun skylda að útbúa meðferðar- og vistunaráætlun fyrir hvern fanga við upphaf afplánunar. Markmið slíkrar meðferðaráætlunar er að hjálpa fanganum að aðlagast samfélaginu að nýju að lokinni afplánun. Þá er skoðað hverskonar aðstoð hann þarf á að halda, hvort það sé sálfræðiaðstoð, meðferð vegna fíkniefnaneyslu eða önnur úrræði. Aðeins lítill hluti fanga fær þó slíka meðferðaráætlun, þar sem hópur félagsráðgjafa sem hana gera er undirmannaður. Þessir félagsráðgjafar telja að það væri mikill ávinningur í því að allir fangar fengju meðferðaráætlun því þannig yrðu aðgerðir til betrunar markvissari (Ríkisendurskoðun, 2010).

Félagsráðgjafar veita föngum ráðgjöf og greiða úr almennum málum sem snúa að þeirra daglega lífi. Sálfræðingar hjá Fangelsismálastofnun veita sálfræðimeðferð og aðra sálfræðilega aðstoð til þeirra sem þurfa á henni að halda. Þessir sérfræðingar sinna afbrotamönnum í öllum fangelsum landsins, á áfangaheimilinu Vernd, þeim sem hafa fengið reynslulausn, ásamt þeim sem þurfa að sinna samfélagsþjónustu eða hafa fengið ákærufrestun. Aðstandendur fanga geta einnig fengið stuðningsviðtöl og ráðgjöf auk þess sem sérfræðingarnir sjá um að veita föngum og fangavörðum áfallahjálp í tengslum við sjálfsvíg fanga (Ríkisendurskoðun, 2010).

Ef möguleiki er á reynslulausn fara flestir fangar, sem hlotið hafa dóm fyrir ofbeldistengd brot, í áhættumat. Áhættumatið er til að athuga hvað þarf til að bæta félagshæfni og draga úr líkum á frekari afbrotum hjá viðkomandi. Ríkisendurskoðun metur það sem svo að sérfræðingar Fangelsismálastofnunar séu of fáliðaðir til að uppfylla skyldur sínar gagnvart betrun fanga samkvæmt lögum. Einungis eru þrjár sálfræðingar og tveir félagsráðgjafar í fullu starfi. Vandinn telst fyrst og fremst vera fólgin í því að umfang og þörf fyrir áðurtalda þjónustu hefur ekki verið kostnaðargreind. Eins hefur fönngum með langa dóma og alvarleg sálfræðileg og félagsleg vandamál fjölgað, sem hefur í för með sér aukna þörf fyrir þjónustu sérfræðinga. Mest áhersla hefur verið lögð á fangelsi höfuðborgarsvæðisins vegna nálægðar við sérfræðingana og á Litla-Hraun vegna fjölda fanga þar. Þeir sem afplána í öðrum fangelsum mæta afgangi. (Ríkisendurskoðun, 2010).

Markmiðið með því að veita geðsjúkum viðeigandi meðferð er að minnka truflandi hegðun í samfélaginu að lokinni afplánun og þannig koma í veg fyrir endurtekin afbrot og endurkomu í fangelsi (Osher, Steadman og Barr, 2003). Samkvæmt samanburðarrannsókn sem gerð var á Norðurlöndunum var endurkomutíðni fanga á Íslandi árið 2005 um 24% innan tveggja ára. Lægst var endurkomutíðnin í Noregi, eða 20%, og hæst var hún í Svíþjóð þar sem 43% fanga voru færðir aftur í fangelsi innan tveggja ára (Graunbøl o.fl., 2010). Til að fá þessa aðstoð þurfa fangar í flestum tilvikum að óska eftir henni hjá sálfræðingi og eru um 25-30 viðtöl veitt á viku hverri auk þess sem aðstandendum er veitt ráðgjöf í einstaka tilvikum.

Sálfræðiþjónustan gengur út á ráðgjöf, hugræna atferlismeðferð og samtalsmeðferðir.

Samtalsmeðferðir er byggðar á viðtalstækni sem styður einstaklinginn í ákvörðunartöku og skuldbindingu til þess að breyta eigin hegðun. Fangar fá annað hvort regluleg viðtöl eða óregluleg stuðningsviðtöl eftir samkomulagi. Sumir fangar leitast eftir þessari þjónustu til að fá ýmiskonar ráðgjöf á meðan aðrir vilja meðferð við sínum vandamálum. Þessi vandamál tengjast oft afbrotahegðun eða frelsisskerðingu þeirra. Í einstaka tilfellum gefst skjólstæðingum síðan kostur á áframhaldandi meðferð eftir að afplánun líkur (Fangelsismálastofnun, 2004).

Heilbrigðismál fanga eru almennt í viðunandi farvegi að mati hlutaðeigandi heilbrigðisstarfsmanna og fangelsisyrvalda. Hinsvegar hefur þörf fyrir geðheilbrigðisþjónustu aukist síðustu ár, þá bæði geðlækna- og sálfræðiþjónustu, ekki síst

vegna vaxandi vímuefnavanda í samfélaginu. Fangelsin hafa takmarkaðan aðgang að geðlæknum en fellur þá mat á geðrænu ástandi fanga, ásamt ráðgjöf um vistun á meðferðarstofnunum, oft í hlut sálfræðinga Fangelsismálastofnunar. Þeir fangar sem fá stutta dóma og eiga við geðrænan vanda fá yfirleitt ekki geðmat vegna þess hve kostnaðarsamt það er. Í sumum tilfellum er þörfum fanga með geðræn vandamál ekki mætt með viðeigandi hætti og reynist nánast útilokað fyrir þá að fá langtímainnlögn á geðdeild Landspítalans. Ekki eru til nein sértæk úrræði fyrir geðsjúka sem eru sakhæfir, því eru fangelsin eini staðurinn þar sem hægt er að vista þá. Fangelsismálastofnun hefur bent heilbrigðisráðuneytinu ítrekað á þennan vanda án árangurs en heilbrigðisráðuneytið telur geðlæknaþjónustu við fanga vera viðunandi. Ríkisendurskoðun telur mikla þörf á því að hlutaðeigandi fagraðuneyti móti heildarstefnu í þessum málefnum (Ríkisendurskoðun, 2010). Mikilvægt er að styðjast við bestu mögulegu úrræði fyrir fanga með geðræn vandamál og bæta þannig lífsskilyrði viðkomandi auk þess að koma í veg fyrir frekari afbrotahæðun (Osher o.fl., 2003).

### 3.3. Úrbætur

Samantekt var gerð á geðheilsu fanga og hverskonar meðferðarúrræði þurfa að vera til staðar fyrir þá. Samkvæmt klínískum niðurstöðum Fazel et al. (2016) ættu öll fangelsi að vera með virkt kerfi til að skima fyrir alvarlegum geðröskunum strax við komu í fangelsið svo hægt sé að gera viðeigandi ráðstafanir. Líkurnar á að þeir fái viðeigandi meðferð séu þannig auknar en rannsókn í Englandi á 1.717 föngum með geðrofsraskanir sýndi fram á að hægt væri að seinka öðru afbroti með meðferð í fangelsum. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að fangar með núverandi einkenni geðklofa voru líklegri en aðrir til að brjóta af sér að lokinni afplánun en viðeigandi lyfjameðferð dró úr afbrotahæðun þegar úr fangelsinu var komið. Þegar borin eru kennsl á fanga með geðrofsraskanir og þeim veitt meðferð í fangelsum hefur það verndandi áhrif gegn endurtekinni afbrotahæðun. Regluleg skimun eftir geðröskunum er því mikilvæg til þess að koma í veg fyrir að einstaklingar sem þurfa meiri hjálp fari framhjá kerfinu (Igoumenou o.fl., 2015).

Með gagnreyndum aðferðum við skimun væri hægt að finna alvarlega veika fanga til að tryggja aðkomu geðlæknis og mögulega vistun á geðdeild ef þess er talin þörf. Þróa þyrfti slíkar áætlanir sem hjálpa til við að flokka fanga í áhættuhópa. Öll fangelsi þurfa að hafa viðeigandi sjálfsvígsvörnarir og fylgjast með þeim sem eru í áhættuhópi. Þunglyndisraskanir

eru algengar á meðal fanga, sem er einn orsakabáttur þess að sjálfsvíg og sjálfsskaðandi hegðun eru mun algengari í fangelsum en utan þeirra (Boothby o.fl., 1999; Fazel o.fl., 2016).

Karlkyns fangar eru 3 til 6 sinnum líklegri til að falla fyrir eigin hendi miðað við almenning og kvenkyns fangar eru enn líklegri, eða yfir 6 sinnum (Fazel o.fl., 2016). Nauðsynlegt er að draga úr þessari sjálfsvígstíðni og það má gera með því að skima fyrir áhættuþáttum.

Áhættuþættirnir eru meðal annars; að vera vistaður einn í fangaklefa, forsaga um sjálfsvígstilraunir, lífstíðardómur, dómur fyrir morð eða manndráp, áfengisvandamál og fyrri saga innan geðheilbrigðiskerfisins. Þjálfar þarf starfsfólk í að meta, grípa inn í og veita meðferð fyrir einstaklinga í áhættuhópi (Fazel o.fl., 2016).

Gagnreyndar meðferðir sem eru í boði fyrir almenning eiga að vera í boði fyrir fanga, til að mynda hugræn atferlismeðferð sem gæti hjálpað til við að koma í veg fyrir bakslag þar sem viðkomandi fer aftur í fyrri hegðun og líðan. Hugræn atferlismeðferð skoðar með kerfisbundnum hætti hvernig hugsanir og hegðun hefur áhrif á líðan og kennir þannig fanganum að kljást við eigin vandamál sem gætu átt þátt í og undir ákveðnum kringumstæðum aukið líkurnar á afbrotahegðun (Fangelsismálastofnun, 2004). Auk þess eiga fangelsi að bjóða upp á meðferð sem vinnur í áföllum og kynjamiðuð inngríp en rannsóknir hafa sýnt fram á að vandamál kvenna og karla eru ólík. Konur eru líklegri en karlmenn til að eiga við geðræn vandamál að stríða auk atvinnuleysis eða fjölskylduvandamála. Konur eru einnig líklegri til að hafa upplifað einhverskonar áföll eins og líkamlegt- eða kynferðislegt ofbeldi ásamt því að ástæður fyrir vímuefnanotkun kvenna og karla eru ólíkar sem og ferlið sem leiðir þau út í neysluna (Fazel o.fl., 2016; Pelissier, Camp, Gaes, Saylor og Rhodes, 2003). Fylgjast þarf sérstaklega með fíklum og vantar sérsniðin meðferðarúrræði fyrir áfengis- og vímuefnasjúklinga í fangelsum (Fazel o.fl., 2016). Þörf er á rannsóknum sem geta hjálpað til við að ákvarða meðferðir fyrir ópíóða- og áfengissjúklinga, en viðhaldsmeðferð við ópíóðafíkn á meðferðarstofnunum þarf einnig að vera í boði fyrir alvarlega veika fanga með lyfjunum Meþadon eða Buprenorphine. Þeir sem sprauta sig með ópíóðum eru gjarnan taldir vera veikustu vímuefnasjúklingarnir en síðustu 20 ár hefur þessi viðhaldsmeðferð gjörbreytt batahorfum þessara einstaklinga („Viðhaldsmeðferð við ópíóðafíkn“, SÁÁ).

Fazel et al. (2016) leggja til nokkrar rannsóknir sem þeir telja að skorti á þessu sviði svo hægt sé að bæta geðheilbrigði á meðal fanga. Sýna þarf fram á hvaða lyfjameðferðir eru áhrifamestar gagnvart algengustu geðsjúkdómum í fangelsum, svo sem áfallastreituröskun, kvíðaröskunum og þunglyndi. Halda þarf áfram að kanna markvisst hvaða sálfræðimeðferðir bera mestan árangur í fangelsum og þá hvort megi nýta þær sem hópmeðferðir. Þörf er á fleiri rannsóknum á áfallamiðuðum meðferðum fyrir kvenkynsfanga en rúmlega hálf milljón kvenna sitja á hverjum tíma í fangelsi í heiminum (Moloney, van den Bergh og Moller, 2009).

Almennt þyrfti að einblína á og þróa betur meðferðarúrræði fyrir geðsjúka fanga til að koma í veg fyrir frekari afbrotahæðun þegar afplánun lýkur. Geðsjúkir fangar glíma við vandræði á mörgum sviðum og oft fylgja þeim einnig fíkn og slæmar félagslegar aðstæður. Ef föngum væri veitt viðeigandi meðferð geðsjúkdóma væri þannig hægt að koma í veg fyrir frekari neikvæða hæðun sem getur skaðað fangann sjálfan, fjölskyldu hans eða samfélagið.

## Lokaorð

Geð- og persónuleikaraskanir geta haft áhrif á afbrotahegðun, einstaklingar dæmdir til fangelsisvistar eru líklegri til að vera með geðsjúkdóm – því er stór hluti fanga með geðraskanir. Algengasta geðröskunin á meðal fanga var áfallastreituröskun en hún greindist á meðal kvenna í 22,3-43,8% tilvika og 8,5-27,1% hjá körlum (Butler o.fl., 2003; Teplin og Abram, 1996; Powell og Holt 1997; Brinded og Simpson, 2001). Oft eru fangar taldir vera líklegri til að valda öðru fólki áföllum frekar en að verða fyrir þeim sjálfir. Þessar niðurstöður benda þó til þess að fangar eru líklegri til að hafa lent í alvarlegum sálfræðilegum áföllum sem eru þá helst tengd uppeldi þeirra, lífsstíl og skapgerð (Butler o.fl., 2003). Andfélagslegur persónuleiki og jaðarpersónuleikaröskun voru algengustu persónuleikaraskanirnar.

Jaðarpersónuleikaröskun greindist 11,5-28% tilvika á meðal kvenkyns fanga og 5,3% á meðal karla (Sansone og Sansone, 2009; Jordan o.fl., 1996). Andfélagslegur persónuleiki var þó algengari þar sem 47% karlkyns fanga greindust með röskunina og 21% kvenna (Fazel og Danesh, 2002).

Ef einstaklingur er auk þess greindur með áfengis og/eða vímuefnavanda, ofan á virkan geðsjúkdóm, aukast líkurnar á dómi enn frekar. Rannsókn Black et al. (2010) á fögnum í Iowa fylki í Bandaríkjunum, sýndi fram á að 98,2% þeirra sem greindust með andfélagslegan persónuleika greindust einnig með áfengis og/eða vímuefnavanda. Rannsóknir hafa sýnt fram á mikinn samslátt afbrota og vímuefnanotkunar. Ætla má að með meiri og markvissari vinnu þegar kemur að fíkn og alkóhólisma, mætti koma í veg fyrir frekari afbrotahegðun þegar út úr fangelsi er komið.

Samkvæmt íslenskum lögum nr. 15/2016 um fullnustu refsinga eiga fangar að njóta sambærilegrar heilbrigðisþjónustu og almennt gildir. Sérfræðingarnir sem eiga að sinna öllum afbrotamönnum landsins eru samt sem áður of fáliðaðir til þess að veita fullnægjandi þjónustu (Ríkisendurskoðun, 2010). Öll fangelsi ættu að vera með kerfi til að skima fyrir einstaklingum með alvarlegar geðraskanir strax við komu í fangelsið, svo hægt sé að gera viðeigandi ráðstafanir. Gagnreyndar meðferðir sem eru í boði fyrir almenning ættu líka að vera í boði fyrir fanga auk þess sem rannsaka þyrfti hvaða lyfjameðferðir eru áhrifamestar gegn algengustu geðsjúkdómum í fangelsum. Nota þarf gagnreyndar aðferðir svo hægt sé að beina alvarlega geðsjúkum frá fangelsum og vista frekar á spítala eftir þörfum en þannig er hægt að veita bestu meðferð svo hægt sé að minnka líkur á endurkomu (Fazel o.fl., 2016).

Aðgengi fanga að geðheilbrigðisþjónustu mætti vera töluvert betra en sú staðreynd að nokkrir sérfræðingar sinni yfir hundrað föngum með flókinn geðrænan vanda er áhyggjuefni. Ætla má að viðeigandi meðferð við geðrænum vanda sé nauðsynlegur þáttur þegar kemur að því að draga úr afbrotahæðun viðkomandi. Áhugavert væri að skoða mismunandi meðferðarinngríp við endurkomur í fangelsi.

## Heimildaskrá

- Alden, A., Brennan, P., Hodgins, S. og Mednick, S. (2007). Psychotic Disorders and Sex Offending in a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 64(11), 1251-1258. doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.11.1251>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amerio, A., Odone, A., Marchesi, C. og Ghaemi, S. N. (2014). Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 166, 258-263. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.026>
- Arboleda-Flórez, Holley, H. og Crisanti, A. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(1), 38-46. doi:<https://doi.org/10.1007/s001270050208>
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. og Silva, P. (2000). Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort. *Archives of Gen Psychiatry*, 57(10), 979-986. doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.979>
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Thomas, C. R., Temple, J. F., Baillargeon, G., Murray, O. J. (2009). Psychiatric Disorders and Suicide in the Nation's Largest State Prison System. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 37(2), 188-193.
- Bales, W. D., Nadel, M., Reed, C. og Blomber, T. G. (2017). Recidivism and Inmate Mental Illness. *International Journal of Criminology and Sociology*, 6, 40-51. doi:<https://doi.org/10.6000/1929-4409.2017.06.05>
- Barros, D. M., og Serafim, A. P. (2008). Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Science International*, 179(1), 19-22. doi:<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2008.04.013>
- Becker, S. P. og Kerig, P. K. (2011). Posttraumatic stress symptoms are associated with the frequency and severity of delinquency among detained boys. *Journal of Clinical Child*



& *Adolescent Psychology*, 40(5), 765-771.

doi:<https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597091>

- Bewley, M. T. og Morgan, R. D. (2011). A National Survey of Mental Health Services Available to Offenders with Mental Illness: Who Is Doing What? *Law and Human Behavior*, 35, 351–363. doi:<https://doi.org/10.1007/s10979-010-9242-4>
- Binswanger, I. A., Merrill, J. O., Krueger, P. M., White, M. C., Booth, R. E. og Elmore, J. G. (2010). Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476-482. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149591>
- Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J. og Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 113-120.
- Boothby, J. L. og Durham, T. W. (1999). Screening for Depression in Prisoners Using the Beck Depression Inventory. *Sage Journals*, 26(1), 107-124.  
doi:<https://doi.org/10.1177/0093854899026001006>
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M. Garland, C. F. og Gaskin, T. A. (2010). Factors Associated with Antisocial Behavior in Combat Veterans. *Aggressive Behavior*, 36, 330-370. doi:<https://doi.org/10.1002/ab.20355>
- Brennan, P. A., Mednick, S. A. og Hodgins, S. (2000). Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494-500.
- Brindet, P. M., Simpson A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N. og Malcom, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 166-173. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00885.x>

The Bureau of Justice Statistics of the U.S. Department of Justice. (2018). *Prisoners in 2016*.

Sótt af: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/p16.pdf>

Butler, T. og Allnutt, S. (2003). *Mental Illness Among New South Wales Prisoners*.

Matrville: NSW Corrections Health Service

Coid, J., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N., og

Ullisch, S. (2009). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(5), 321-333.

doi:<https://doi.org/10.1002/cbm.747>

Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., Freyberger, H. J.

og Dünkel, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & society*, 13(4), 403-423.

doi:<https://doi.org/10.1177/1462474511414782>

Dunsieth, N. W., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D.,

Welge, J. A., ... McElroy, S.L. (2004). Psychiatric and Legal features of 113 Men Convicted of Sexual Offences. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65(3), 293-300.

doi:<https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0302>

Durose, M. R., Cooper, A. D. og Snyder, H. N. (2014). *Recidivism of Prisoners Released in*

*30 States in 2005: Patterns from 2005 to 2010*. Washington, DS: Department of Justice, Bureau of Justice Statistics Special Report.

Emil Einarsson, Jón Friðrik Sigurðsson, Gísli H. Guðjónsson, Anna Kristín Newton og Ólafur

Örn Bragason. (2009). Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5),

361-367. doi:<https://doi.org/10.1080/08039480902759184>

Eronen, M., Hakola, P. og Tiihonen, J. (1996). Mental Disorders and Homicidal Behavior in

Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 53(6), 497-501.

Fangelsismálastofnun ríkisins. (2014). *Ársskýrsla Fangelsismálastofnunar 2009-2013*. Sótt af:  
[https://www.fangelsi.is/media/skjol/Arstoflur-2009-til-2013\\_1582014.pdf](https://www.fangelsi.is/media/skjol/Arstoflur-2009-til-2013_1582014.pdf)

Fangelsismálastofnun ríkisins. (2004). *Ársskýrsla Fangelsismálastofnunar ríkisins 2003*. Sótt af: <http://www.fangelsi.is/media/skjol/Arsskyrsla-FMS-fyrir-arid-2003--leidrett-.pdf>

Fangelsismálastofnun Ríkisins. (e.d.). Fangelsin. Sótt: 5. janúar 2018 af  
<http://www.fangelsi.is/fangelsin/>

Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet*, 3(1), 871-881.  
doi:[http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)

Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G. M og Lichtenstein, P. (2015). Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*, 2, 224-232.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00128-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00128-X)

Fazel, S. og Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. og Langström, N. (2010). Bipolar Disorder and Violent Crime. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931-938.  
doi:<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.97>

Fazel, S., og Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.  
doi:[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)

Fountoulakis, K. N., Leucht, S. og Kaprinis G. S. (2008). Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 84-92.  
doi:<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f31137>

- Goff, A., Rose, E., Rose, S. og Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(3), 152-162. doi:<https://doi.org/10.1002/cbm>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. og Vieta, E. (2016). Bipolar Disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1571. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Grant, J. E. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 371, 646-653. doi:<https://doi.org/10.1056/NEJMcp1402176>
- Gunter, T. D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B. og Black, D. W. (2008). Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *J Am Acad Psychiatry Law*, 36(1), 27-34.
- Graunbøl, M. G., Kielstrup, B., Muiluvuori, M., Tyni, S., Baldursson, E. S, Guðmundsdóttir, H. ... Lindstén, K. (2010). *Retur: En nordisk undersøgelse af recidiv blandt klienter i kriminalforsorgen*
- Hepper, E. G., Hart, C. M., Meek, R., Cisek, S. Z., og Sedikides, C. (2014). Narcissism and Empathy in Young Offenders and Non-offenders. *European Journal of Personality*, 28(2), 201-210. doi:<https://doi.org/10.1002/per.1939>
- Hodgins, S., A De Brito, S., Chhabra, P. og Côté, G. (2010). Anxiety Disorders Among Offenders with Antisocial Personality Disorders: A Distinct Subtype? *Can J Psychiatry*, 55(12), 784-791. doi:<https://doi.org/10.1177/070674371005501206>
- Igoumenou, A., Kallis, C. og Coid, J. (2015). Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *The British Journal of Psychiatry*, 1, 149-157. doi:<https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000257>

James, D. J. og Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates. Washington, DS: Department of Justice, Bureau of Justice Statistics Special Report.

Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A. og Caddell, J. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women: II. Convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 513-519.  
doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060057008>

*Lög um fullnustu refsinga nr. 15/2016*

Meloy, J. R. og Yakeley, J. (2011). Antisocial Personality Disorder. Glen Gabbard (ritstjóri), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. Sótt á <https://pdfs.semanticscholar.org/52ec/5440c63ce2c66b5369fa8bf4e746fc8e1d2a.pdf>

Ministry of Justice, National Offender Management Service, HM Prison Service, and Her Majesty's Prison and Probation Service. (2018). *Prison population figures: 2017*

Modestin, J. og Ammann, R. (1996). Mental Disorder and Criminality: Male Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 69-82. doi:<https://doi.org/10.1093/schbul/22.1.69>

Moloney, K. P., van der Bergh, B. J., Moller, L. F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123(6), 426-430.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.04.002>

Moore, E., Gaskin, C. og Indiga, D. (2013). Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child abuse & neglect*, 37(10), 861-870. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.012>

Mouilso, E. R. og Calhoun, K. S. (2015). Personality and Perpetration: Narcissism Among College Sexual Assault Perpetrators. *Violence Against Women*, 22(10), 1228-1242.  
doi:<https://doi.org/10.1177/1077801215622575>

- Mullen, P. E. (2001). *A review of the relationship between mental disorders and offending behaviours and on the management of mentally abnormal offenders in the health and criminal justice services*. Canberra: Criminology Research Council.
- National Institute of Mental Health. (2016). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Sótt 5. janúar 2018 af <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2016). *Schizophrenia*. Sótt 6. janúar 2018 af <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Osher, F., Steadman, H. J. og Barr, H. (2003). A Best Practice Approach to Community Reentry From Jails for Inmates with Co-Occuring Disorders: The APIC Model. *Crime & Delinquency*, 49(1), 79-96. doi:<https://doi.org/10.1177/0011128702239237>
- Owen, M. J., Sawa, A. og Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86-97. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Pelissier, B. M. M., Camp, S. D., Gaes, G. G., Saylor, W. G. og Rhodes, W. (2003). Gender differences in outcomes from prison-based residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 149 – 160. doi:[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00353-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00353-7)
- Powell, T. A., Holt, J. C. og Fondacaro, K. M. (1997). Prevalence of Mental Illness among Inmates in a Rural State. *Law and Human Behavior*, 21(2), 727-438.
- Prins, S. J. (2014). Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 65(7), 862-872. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166>

Reichert, J. og Bostwick, L. (2010). *Post-traumatic stress disorder and victimization among female prisoners in Illinois*. Chicago, IL: Illinois Criminal Justice Information Authority.

Ríkisendurskoðun. (2010). *Skipulag og úrræði í fangelsismálum*. Sótt af:  
<https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2016/01/fangelsismal.pdf>

Roberts, A., Yang, M., Zhang, T. og Coid, J. (2008) Personality disorder, temperament, and childhood adversity: findings from a cohort of prisoners in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(4), 460-483.  
doi:<https://doi.org/10.1080/14789940801936597>

Salleh, M. R., (2004). The Genetics of Schizophrenia. *Malaysian Journal of Medical Science*, 11(2), 3-11.

SÁÁ. (2018). Viðhaldsmeðferð við ópíóðafíkn. Sótt 4. janúar 2018 af  
<https://saa.is/medferdir/vidhaldsmedferd-vegna-opiodafiknar/>

Sansone, R. A. og Sansone, L. A. (2009). Borderline Personality and Criminality. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(10), 16-20. Sótt af:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790397/>

The Schizophrenia Commission. (2012) *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness.

Silver, E., Felson, R. B. og Vaneseltine, M. (2008). The Relationship Between Mental Health Problems and Violence Among Criminal Offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 35(4), 405-426. doi:<https://doi.org/10.1177/0093854807312851>

Teplin, L. A., Abram, K. M. og McClelland, G. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women. I. Prertrial Jail Detainees. *Archives of General*

*Psychiatry*, 53(6), 505-512.

doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060047007>

Torrey, E.F., Kennard, A.D., Eslinger, D.F., Lamb, H.R., Pavle, J. (2010). More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: A survey of the states. Arlington, VA: Treatment Advocacy Center.

Torrey, E.F., Zdanowicz, M.T., Kennard, A.D., Lamb, H.R., Eslinger, D.F., Biasotti, M.I., Fuller, D.A. (2014). The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: A state survey. Arlington, VA: Treatment Advocacy Center.

U.S. Public Health Service, Office of the Surgeon General, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (NIMH Publication). Sótt af <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>

Veale, D., Freston, M., Krebs, G., Heyman, I. Salkovskis, P. (2009). Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *BJPsych Advances*, 15, 332-343. doi:<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004705>

Vinkers, D., De Beurs, E., Barendregt, M., Rinne, T. og Hoek, H. W. (2011). The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 307-320. doi:<https://doi.org/10.1002/cbm.819>

Wallace, C., Mullen, P. E. og Burgess, P. (2004). Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorder. *Am J Psychiatry*, 161(4), 716-727. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716>

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. og Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172(6), 477 - 484. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.172.6.477>



Walsh, E., Buchanan, A. og Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180(6), 490-495.  
doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.490>

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Yeh, E. K. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA*, 276(4), 293-299.  
doi:<https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540040037030>

Wessely, S. (1998). The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 24-28. Sótt af:  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs001270050206.pdf>

Wilcox, D., Donathy, M., Gray, R. og Baim, C. (2017). *Working with Sex Offenders: A Guide for Practitioners*. Sótt af:  
[https://books.google.is/books?id=ri0lDwAAQBAJ&dq=ocd+and+sex+offenders&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.is/books?id=ri0lDwAAQBAJ&dq=ocd+and+sex+offenders&source=gbs_navlinks_s)

World Health Organization. (2017). *Depression*. Sótt af:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Pingskjal nr. 1153/2014-2015. Svar innanríkisráðherra við fyrirspurn frá Helga Hrafni Gunnarssyni um vistun fanga í öryggisfangelsum og opnum fangelsum.