

RETTSPSYKIATRISK UNDERSØKTE MENN – HVORDAN GÅR DET MED DEM?

AV KJELL NOREIK OG ARNE GRAVEM

1. Innledning

Som praktiserende rettspsykiatre gjennom 25 år har vi vært interessert i den videre skjebne til de individer vi har undersøkt. Det er i Norge tidligere gjennomført 2 større etterundersøkelser av rettspsykiatriske observander. (1, 2). Disse undersøkelser ble utført for 20 år siden. En rekke forhold er endret i løpet av disse år. Det gjelder både utvalget som kommer til undersøkelse, bruken av sikring og innføringen av en rekke sosiale hjelpetiltak, mellom annet ulike attføringstiltak og den generelle uførepensjoneringen.

Vi har derfor funnet grunnlag for å gjennomføre en oppfølgingsundersøkelse av et utvalg av rettspsykiatrisk undersøkte individer.

2.1. Materialet

Undersøkelsen har tatt sitt utgangspunkt i de rettsspsykiatriske erklæringer som ble avgitt for alle menn som ble underkastet rettspsykiatrisk undersøkelse for første gang i årene 1967 og 1968. Erklæringene er blitt utlånt fra Den rettsmedisinske kommisjons arkiv. I ett tilfelle ble erklæringen ikke funnet i arkivet, men måtte utlânes fra en av de legene som hadde deltatt i undersøkelsen. Vi fant på dette vis frem til samtlige førstegangserklæringer avgitt i årene 1967-68.

Hensikten med å velge årganger som ligger såpass langt tilbake i tid har vært å få observasjonstid på minimum 10 år. Dette gir mulighet for oppfølging både med hensyn til kriminalitet, sosial tilpasning forøvrig og mulighet for å undersøke arbeidstilpasning. På den annen side antak vi at den rettspsykiatriske praksis ikke i vesentlig grad var blitt endret i løpet av observasjonstiden.

Vi har bare tatt med menn i vår undersøkelse. Grunnen til dette er at relativt få kvinner blir rettspsykiatrisk undersøkt, og for å samle et tilstrekkelig stort antall kvinner måtte vi ha samlet materiale fra en rekke årganger. Antallet ville likevel ha blitt relativt lite.

Vi har tatt utgangspunkt i førstegangsundersøkte personer for å kunne følge disse gjennom en vesentlig del av deres livsløp. Fordelen ved dette fremfor å ta med alle som er undersøkt i løpet av 2 år er at vi ikke får et utvalg av særlig hardt belastede personer som hyppigere enn gjennomsnittet blir gjenundersøkt. I alt inngår 255 personer i materialet. Omtrent like mange erklæringer ble avgitt i hvert av de to årene 1967 og 1968.

2.2. Metoden

Undersøkelssesopplegget kan deles i to faser. 1. Innhenting av primærdata fra de rettspsykiatriske erklæringer. 2. Innhenting av opplysninger om levnedsløpet til observandene i observasjonsperioden.

Når det gjelder punkt 1 ble det utarbeidet et kodeskjema som bl.a. tok hensyn til de opplysninger som ble innhentet ved Dalgards og Stangs undersøkelser, supplert med endel data som vi fant det ønskelig å ta med. Halvdelen av erklæringene ble primært lest og kodet av A. G. og revidert av K. N., mens den øvrige del av erklæringene ble lest og kodet av K. N. og revidert av A. G. Det ble ikke gjort forsøk på uavhengig koding av erklæringene.

1. Opplysninger fra Strafferegisteret. Disse ble innhentet på noe forskjellige tidspunkter, men observasjonsperioden for den enkelte observand er i alle tilfeller bare regnet frem til utskriftsdatoen for opplysningene fra Strafferegisteret uavhengig av om personen på andre vis er fulgt lenger frem i tid. Vi har registrert alle typer dommer før og etter den aktuelle sak som førte til rettspsykiatrisk undersøkelse, også dommer for promillekjøring. Antall dommer før og etter at den rettspsykiatriske erklæring ble avgitt har også blitt registrert.

2. Opplysninger fra Sentralregisteret for psykoser på Gaustad sykehus ble innhentet på et tidspunkt da dette var ajourført til utgangen av 1979. Til Sentralregisteret blir det rapportert inn hvilke pasienter som blir innlagt i psykiatriske sykehus i Norge, samt alle pasienter som har vært innlagt på psykiatriske klinikkavdelinger under psykosediagnoser. Innrapporteringen har tidligere vært meget fullstendig, men i de senere år har sviktfrekvensen øket noe. Vi har fått opplysninger både om innleggelsessted, innleggelsesdato, diagnose og oppholdets varighet.

3. Opplysninger fra Rikstrygdeverket foreligger i form av utskrift fra Poengregisteret og fra Pensjonsregisteret. a) Poengregisteret gir opplysninger om antatt inntekt og pensjonsgivende inntekt i årene etter at Folketrygden ble innført i 1967, og eventuelt også opplysning om uføretidspunkt og høyeste uføregrad i prosent for hvert enkelt år. Ved vurdering av arbeidsstabilitet i observasjonsperioden har vi blant annet lagt til grunn pensjonsgivende inntekt i observasjonsperioden. Har denne inntekt vært svært varierende og eventuelt ligget under grunnbeløpet har vi, sammenholdt med andre opplysninger, oppfattet arbeidsinnsatsen som ikke stabil, (dvs. ustabil eller »værende under omsorg«). Har det vært en sikker tendens til stigende inntekt i løpet av observasjonsperioden, har vi vært tilbøyelig til å oppfatte observanden som veltilpasset ved observasjonstidens avslutning.

b) Pensjonsregisteret gir blant annet opplysning om uføretidspunkt og dessuten opplysning om hvilken primærdiagnose henholdsvis sekundærdiagnose som ligger til grunn for innvilgelse av uførepensjon. I en del tilfeller fremgår det av poengregisteret at vedkommende har uførepensjon, men det har ikke foreligget data i pensjonsregisteret for vedkommende. Vi har i disse tilfeller ikke fått opplysninger om diagnosegrunnlaget for uførepensjoneringen. Av pensjonsregisteret fremgår også opplysninger om andre trygdeytelser enn uførepensjon, f. eks. alderspensjon. I en del tilfeller hadde observandene først blitt innvilget uførepensjon, men de hadde på det tidspunkt vi fikk opplysningene gått over på alderspensjon. Heller ikke i disse tilfeller forelå opplysninger om diagnosegrunnlaget for uførepensjonen.

4. Opplysninger fra Kriminalomsorg i frihet (vernelag). I en rekke tilfeller fremgikk det av Strafferegisteret at observanden var stillet under tilsyn av vernelag for en del av observasjonsperioden. I samtlige av disse tilfellene har vi tilskrevet vernelagene og vi har fått svar på våre henvendelser. Kvaliteten på disse svar er noe varierende. I en del tilfeller er det gitt meget syste-

matiske og detaljerte opplysninger om kontaktens varighet og hva vernelaget har kunnet yte av bistand til observandene i den tid de har hatt kontakt. I andre tilfeller har vernelagsopplysningene vært nokså spredte og usystematiske.

5. Av utskriftene fra Strafferegisteret fremgår også om observandene har blitt ilagt sikring, enten ved dom i den sak som førte til rettspsykiatrisk undersøkelse i 1967/1968 eller senere. I alle de tilfeller hvor observanden var idømt sikring har vi bedt om utlån av saksdokumentene og fått disse utlånt. I disse dokumenter har det i de aller fleste tilfeller foreligget årsrapporter, enten fra vernelag eller fra tilfynsførere med annen tilknytning. I en rekke tilfeller har det foreligget uttalelser fra Ila landsfengsel og sikringsanstalt, og i ganske mange tilfeller har det foreligget opplysninger og uttalelser fra leger og sykehus om observanden. Disse opplysninger har vi brukt til å supplere og korrigere de opplysninger vi ellers har fått inn.

6. Vi har også fått opplysninger fra alle landets bøtereregistre. Da bøtere registreringen ikke er sentralisert ble det nødvendig å skrive til alle landets politikamre idet vi oversendte liste over samtlige personer som inngår i undersøkelsen. Ved velvillig bistand har vi fått opplysninger fra alle politikamre med angivelse av når vedkommende har blitt bøtelagt og etter hvilke bestemmelser bøtelegging har funnet sted. En del observander har blitt bøtelagt i flere politidistrikter i løpet av observasjonsperioden. Under den videre bearbeiding har vi bare tatt hensyn til antall bøter ilagt.

7. Når det gjelder de mer tilfeldige opplysninger stammer disse fra ulike kilder. En del av observandene har enten før observasjonen ble gjennomført eller i løpet av observasjonsperioden vært innlagt på det sykehus hvor begge forfatterne har arbeidet. Vi har således hatt tilgang til journalopplysninger på en del av observandene fra disse opphold. Enkelte av observandene har vi også kunnet følge ved sykehusets ettervern avdeling gjennom flere år. I noen tilfeller har vi stått i nær kontakt med observandenes familier gjennom lengere tid og fått supplerende opplysninger fra disse.

3. Resultater

3.1 Bakgrunnsopplysninger for hele materialet

Skal vi summere opp de bakgrunnsopplysninger vi har om mennene i vårt materiale får vi følgende bilde:

1. De var gjennomgående yngre voksne, oftest under 30 år.
2. De var oftest ugifte.
3. Få hadde hatt gode oppvekstvilkår.
4. $\frac{1}{3}$ hadde intelligensutrustning under normalnivået.
5. Ytterst få hadde mer enn 8 års skolegang.
6. Bare $\frac{1}{3}$ hadde vært stabile i sitt arbeidsliv.
7. Boforholdene var dårlige for mer enn $\frac{1}{4}$.
8. 60% tilhørte sosialklassen kalt »under gjennomsnittet«.
9. Bare 30% hadde hatt et kontrollert forbruk av alkohol.
10. Bare 61% hadde god legemlig helse.
11. Bare 27% hadde god psykisk helse.
12. Over halvparten var dømt en eller flere ganger tidligere.

Samlet gir dette et sterkt inntrykk av en gruppe med sparsomme ressurser, med vanskelige sosiale kår og tidlig skjevutvikling.

3.2. Kriminalitet og rettspsykiatrisk erklæring

Type kriminalitet ved observasjonen

Vi har registrert den type kriminalitet som førte til at den rettspsykiatriske undersøkelsen ble iverksatt. Hos 28% fant vi at det var voldskriminalitet, hos 25% sedelighetskriminalitet, hos 22% vinningskriminalitet. Hos den øvrige fjerdepart var det kombinasjoner av disse typer kriminalitet (11%) eller andre typer kriminelle handlinger (14%). De som var i søkelyset for volds- og sedelighetskriminalitet var gjennomgående eldre enn de som var tiltalt for vinningsforbrytelser. Av de 65 som var siktet for sedelighetsforbrytelser var 33 over 35 år, mens bare 12 av de 55 som var siktet for vinningsforbrytelser var i denne aldersgruppe.

Den rettspsykiatriske erklærings konklusjon

Vi vil først omtale de konklusjoner som er gitt i erklæringene, senere komme nøyere inn på hva som ligger i disse konklusjoner. I en del erklæringer er det ikke entydig skrevet om den undersøkte hadde mangelfullt utviklede sjelsevner eller om han hadde varig svekkede sjelsevner. I konklusjonen er uttrykket »og/eller« benyttet. For den undersøkte har nok ikke denne mangel på eksakthet hatt særlige konsekvenser, men det har ført til at også vi har måttet bruke uttrykksformen »og/eller«.

Vi har brukt følgende gruppering og funnet følgende fordeling:

Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner	187 (73%)
Sinnssyk og mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner	24 (9%)
Sinnssyk	2 (1%)
Bevisstløs og mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner	4 (2%)
Bevisstløs	4 (2%)
Negative konklusjoner, »normale«	34 (13%)
Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner er følgelig funnet hos i alt 84%, sinnssykdom hos 10% og bevisstløshet hos 4%.	

Uttalelse om fare for gjentagelse av straffbare handlinger

For 36 av de 255 undersøkte menn hadde ikke de sakkyndige uttalt seg om faren for gjentagelse av straffbare handlinger. Bare hos 18 (7%) ble det ikke antatt å foreligge slik fare. Vi skal senere sammenholde dette med den kriminalitet som ble registrert i observasjonsperioden og få et mål for holdbarheten i prognosestillingen.

3.3. Diagnoser

For hver enkelt undersøkt person har vi stillet inntill 2 psykiatriske diagnoser. Disse er kalt henholdsvis hoveddiagnose og bidiagnose. Vi har anvendt en meget enkel klassifisering. Hovedtrekkene i denne framgår av den senere framstilling. Når vi stillet vår diagnose var vi kjent med den diagnose som var stillet av Den rettsmedisinske kommisjon, men vi følte oss ubundet av den diagnosen.

Vi vil imidlertid understreke at der finner sted en overforenkling ved bruk av diagnoser. F. eks. vil ikke få alkoholikere også ha en organisk hjerneskade. Mange hevder at alle kroniske alkoholikere har slike hjerneskader. I så fall hadde det vært riktig å gi både diagnosen kronisk alkoholisme og organisk hjernelidelse til alle kroniske alkoholikere. Det har vi imidlertid ikke gjort. Vi har bare satt begge diagnoser hos ett og samme individ om vedkommende har hatt markerte og uttalte hjerneorganiske symptomer i tillegg til sin kroniske alkoholisme. Med disse forbehold må vi se på følgende oversikt over hoved- og bidiagnoser.

For hoveddiagnosene har vi fått følgende fordeling:

»Normale«	9 (4%)
Nevroser	16 (6%)
Personlighetsavvik	106 (42%)
Psykosser	27 (11%)
Organisk hjernelidelse	15 (6%)
Kronisk alkoholisme	45 (18%)
Narkomani	1
Psykisk utviklingshemning	32 (13%)
Andre	4 (2%)

For bidiagnosene fikk vi følgende fordeling:

Ingen bididagnose	81 (32%)
Nevroser	20 (8%)
Personlighetsavvik	27 (11%)
Organisk hjernelidelse	20 (8%)
Kronisk alkoholisme	75 (29%)
Narkomani	1
Psykisk utviklingshemning	30 (12%)
Andre	1

Konklusjonene i de rettspsykiatriske erklæringene har vi satt i relasjon til våre hoveddiagnoser.

Hoveddiagnose	Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner		
	Eget materiale (187)	Dalgard (238)	Stang (178)
Nevrose	5	5	8
Personlighetsavvik	54	51	53
Psykosser	0	1	3
Organisk hjernelidelse	6	7	6
Kronisk alkoholisme	18		
Narkomani	19		
Psykisk utviklingshemning	17	15	26
Andre	0		4

Vertikal prosentuering, absolutte tall i parentes.

I denne oversikt har vi bare tatt for oss de personer som har fått konklusjonen mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner. Vi har heller ikke splittet opp diagnosegruppene i undergrupper, men til gjengjeld har vi trukket inn tall fra Dalgards og Stangs materialer. Dalgard har ikke skilt mellom alkoholisme og narkomani, og Stang har ikke benyttet alkoholisme eller narkomani som hoveddiagnoser, bare som bidiagnoser. Dette vil innvirke på fordelingen av diagnosene. Dalgard har benyttet samlediagnosen avvikende personlighet. Stang har brukt diagnosen psykopati, men deres beskrivelser av disse tilstandene svarer nøye til det vi har kalt personlighetsavvik. De fleste som har fått konklusjonen mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner er i alle 3 materialer diagnostisert som personlighetsavvikende.

Materialet omfatter 26 sinnssyke, 24 av disse har i tillegg fått konklusjonen mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner.

Den følgende tabell gir en oversikt over de ulike typer av psykoser i Dalgards og eget materiale.

Psykoser	Eget materiale (26)	Dalgard (40)
Schizofreni	27	38
Manisk-depressiv psykose	0	0
Reaktiv psykose	38	38
Alkoholpsykose	27	4
Andre	8	10

Vertikal prosentuering, absolutte tall i parentes.

Tallene kan også vurderes fra en annen synsvinkel. Hvor mange i de ulike diagnosegrupper har f. eks. endt med konklusjonen mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner og hvor mange er oppfattet som normale. Ut fra denne synsvinkel fremkommer tallene i neste tabell.

Våre hoveddiagnoser	Konklusjon i den rettspsykiatriske erklæring Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner	
	(187)	»Normale« (34)
Normale	0	100 (9)
Nevroser	56	44 (16)
Personlighetsavvik	96	4 (105)
Psykoser	0	100 (1)
Organisk hjernelidelse	79	21 (15)
Alkoholisme	77	23 (43)
Narkomani	100	0 (1)
Psykisk utviklingshemning	100	0 (32)
Andre	0	0 (0)

Horisontal prosentuering, absolutte tall i parentes.

I en del erklæringer, 36 i alt, mangler uttalelse om faren for gjentagelse av straffbare handlinger. Det gjelder hvor konklusjonen har vært negativ, men også i endel andre tilfeller. Slik uttalelse mangler bl.a. for 9 av de som vi har diagnostisert som alkoholikere. I neste tabell har vi bare tatt med de tilfeller hvor det er gitt uttalelse om gjentagelsesfaren. Hos langt de fleste har legene antatt at det forelå gjentagelsesfare – og det gjelder uansett hvilken diagnose vi har stillet.

Våre hoveddiagnoser	Prognose i den rettspsykiatriske erklæring	
	Fare for gjentagelse	Ikke fare for gjentagelse
Nevroser	80	20 (10)
Personlighetsavvik	93	7 (101)
Psykoser	96	4 (26)
Organisk hjernelidelse	83	17 (13)
Alkoholisme	97	3 (35)
Psykisk utviklingshemning	87	13 (30)

Horisontal prosentuering, absolutte tall i parentes.

Av tabellen fremgår at det finnes visse variasjoner mellom diagnosegruppene når det gjelder den omtalte gjentagelsesfare. Minst er den antatt å være ved nevrosene, størst ved psykosene og ved alkoholisme. Trekker vi inn de tilfeller hvor uttalelse om gjentagelsesfare mangler og antar at det *ikke* foreligger gjentagelsesfare i disse tilfeller, finner vi at hyppigheten av gjentagelsesfare varierer noe, men med samme mønster. Vi finner at den da blir 50 prosent ved nevrosene, 89 prosent for de personlighetsavvikende og ved psykosene.

Sammendrag av funn ved den rettspsykiatriske undersøkelsen.

Skal vi summere opp opplysningene omkring den aktuelle rettspsykiatriske undersøkelsen får vi følgende bilde:

1. 28% ble undersøkt i forbindelse med voldskriminalitet.
25% i forbindelse med sedelighetskriminalitet.
2. 84% ble oppfattet som lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner.
3. 11% av de undersøkte ble funnet å være sinnssyke, 4% var bevisstløse.
4. Personlighetsavvik, kronisk alkoholisme, psykisk utviklingshemning og sinnssykdom er de hoveddiagnoser som er hyppigst brukt. Disse betegnelser er benyttet som hoveddiagnoser hos tilsammen 84% av de undersøkte, men mer enn $\frac{2}{3}$ har i tillegg fått en bidiagnose.
5. Visse kombinasjoner av hoved- og bidiagnoser er brukt særlig ofte. Dette gjelder spesielt kombinasjonen personlighetsavvik/kronisk alkoholisme, brukt hos 24%.
6. 48% har fått kronisk alkoholisme eller narkomani som hoved- eller bidiagnose.

4. Det videre forløp

Vi skal redegjøre for forløpet for de 255 menn etter at den rettspsykiatriske undersøkelsen fant sted. Vi vil spesielt ta for oss de personer som har hatt en risikotid på mer enn 5 år. Det vil si at de har vært utenfor anstalt i mer enn 5 år før observasjonstiden løp ut. Avslutningen på observasjonstiden er for alle undersøkte det tidspunkt da vi fikk utskrift fra Strafferegisteret om den enkeltes forhold. Grunnene til at risikotiden ikke ble så lang som 5 år var forskjellige. 15 (5%) døde, 2 (1%) emigrerte, 11 (4%) var i fengsel, sykehus eller fikk av andre grunner ikke så lang tid som 5 år i frihet. Tilbake har vi 227 (89%) personer som vår oppmerksomhet spesielt vil rettes mot. Men først noen opplysninger om sikring og sikringstype hos alle de 255.

Sikring

Ved den rettssak som fulgte umiddelbart etter at den rettspsykiatriske erklæring ble avgitt, fikk 112 (44%) sikring, mens 10 (4%) ble sikret senere i observasjonstiden. Om 4 personer har vi usikre opplysninger, de øvrige 129 (51%) ble ikke idømt sikring ved den påfølgende rettssak og heller ikke senere så lenge vi har kunnet følge dem.

Sikringstype

Vi har skilt mellom lukket sikring og fri sikring. Valget for den enkelte mellom lukket sikring og fri sikring (svarende til Straffelovens § 39, a-f. henholdsvis § 39, a-d) treffes første gang administrativt av påtalemyndigheten. Senere treffes avgjørelsen av Justisdepartementet. I perioder og spesielt hyppig mot avslutning av sikringstiden har de som har blitt idømt sikring i lukket anstalt gjerne blitt overført til sikring i frihet. Disse har vi likevel regnet med i gruppen kalt »lukket anstalt«. En tredje mindre gruppe har utelukkende vært i sykehus under sin sikringstid. I realiteten har nok også disse på slutten av sikringstiden vært i frihet utenfor sykehuset. 56 (22%) av de 255 fikk sikring i lukket anstalt, 51 (20%) fikk bare sikring i frihet, mens 15 (6%) fikk sikring i sykehus. De fleste av de siste var blitt funnet sinnssyke ved den rettspsykiatriske undersøkelsen.

5. De sikrede og de ikke sikrede

Vi skal redegjøre for det videre forløp hos

1. De som fikk sikring i lukket anstalt og som kunne følges i 5 år eller mer, i alt 53 personer. Gruppen blir i det følgende kalt »anstaltsgruppen«.
2. De som fikk sikring i frihet og som kunne følges i 5 år eller mer, i alt 51 personer. Gruppen blir i det følgende kalt »frihetsgruppen«.
3. De som ikke ble idømt sikring, men hvor det i følge den rettspsykiatriske erklæring forelå betingelser for å idømme sikring, også uttalelse om at det forelå »fare for gjentakelse av straffbare handlinger«, i alt 65 personer. Gruppen blir i det følgende kalt »risikogruppen«.

4. De som ikke ble idømt sikring, og hvor konklusjonen i den rettspsykiatriske erklæring var »negativ«, det vil si at ingen av abnormtilstandene forelå og hvor det følgelig heller ikke var gitt uttalelse om fare for gjentakelse av straffbare handlinger. Gruppen omfatter 28 personer. Gruppen blir i det følgende kalt »normalgruppen«.

Oversikt over gjennomsnittlig alder ved undersøkelsen og ved observasjonstidens avslutning i de 4 gruppene.

	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Gjennomsnittlig alder ved under- søkelsen	21 år	33 år	30 år	29 år
Spredning	15-47 år	17-63 år	14-71 år	17-63 år
Gjennomsnittlig alder ved obser- vasjonstidens avslutning	32 år	45 år	40 år	40 år
Spredning	26-59 år	28-76 år	27-80 år	28-75 år

Oversikten viser at anstaltgruppens 53 menn gjennomgående var de yngste mens frihetsgruppens var de eldste. Risikogruppens menn og normalgruppens menn var nær like gamle. Spredningen er stor i alle 4 gruppene. Den er størst i risikogruppen hvor den er over 50 år. Spredningen er over 40 år i frihetsgruppen og i normalgruppen, over 30 år i anstaltgruppen.

Tilbakefallshyppighet i undergruppene

Vi har tallet opp de straffbare forhold slik de er registrert i Strafferegisteret. Bare straffbare handlinger begått senere enn den/de som førte til den rettspsykiatriske undersøkelsen er tatt med.

Resultatet fremgår av følgende tabell:

Tilbakefallshyppighet i 4 undergrupper

	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Tilbakefallshyppighet				
Intet tilbakefall	15	67	59	61
1 dom	4	10	14	14
2-4 dommer	43	14	15	18
5 eller flere dommer	38	10	12	7

Vertikal prosentuering.

Tabellen viser at hyppigheten av personer med residiv er markert høyere i anstaltgruppen enn i de andre gruppene. Frekvensen av dem som hadde flere dommer i observasjonstiden er betydelig større i anstaltgruppen enn i de andre gruppene. 20 av de

53 menn i anstaltgruppen hadde 5 dommer eller mer i løpet av observasjonstiden mens det tilsvarende tall for de 51 menn i frihetsgruppen var 5. Frihetsgruppen, risikogruppen og normalgruppen skiller seg ikke i vesentlig grad fra hverandre hverken når det gjelder hyppighet av tilbakefall eller dommenes antall.

Type av tilbakefall

Vi har også registrert hvilke straffebestemmelser som er brukt ved disse nye domfellelsene.

Ved registrering av ulike typer av kriminalitet har vi preferert den alvorligste, slik at voldsforbrytelser har blitt oppfattet som mer alvorlige enn vinningsforbrytelser og at sedelighetsforbrytelser har blitt oppfattet som enda alvorligere enn voldsforbrytelser. Da vi har registrert alle dommer, har vi fått med en del mindre alvorlige kriminelle handlinger, bl.a. også for »promillekjøring«. Disse er registrert under rubrikken diverse. Denne måte å dele forbrytelser på er grov og unyansert. Ikke alle voldsforbrytelser er mer alvorlige enn alle vinningsforbrytelser. Ikke alle sedelighetsforbrytelser er mer alvorlige enn alle voldsforbrytelser. Inndelingsmåten er likevel brukt da den er oversiktlig og fordi den kan brukes systematisk.

Type av tilbakefall i 4 undergrupper

Kriminalitetstype	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Intet tilbakefall	15	67	59	61
Vinningsforbrytelser	53	10	17	11
Voldsforbrytelser	19	6	8	7
Sedelighetsforbrytelser	9	4	5	4
Diverse	4	14	12	18

Vertikal prosentuering.

Tabellen viser at det er flere forhold som skiller mellom anstaltgruppen og de andre gruppene. Tilbakefallene er flere i anstaltgruppen, og det er større frekvens av vinnings-, volds- og i en viss grad også sedelighetsforbrytelser i denne gruppen. Andelen av »diverse-forbrytelser« er på den annen side lavere. Betegnelsen er som nevnt oftest brukt om mindre alvorlige kriminelle handlinger. Mellom de tre andre gruppene synes det ikke å være vesentlige forskjeller når det gjelder de ulike typer av tilbakefall.

Antall residivister og tidligere dømte i 4 undergrupper fordelt på forbrytelseskategori.

	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Residiv til vinningsforbrytelser	28	5	11	28
Også tidligere dømt for vinningsforbrytelser	16	3	5	2
Residiv til voldsforbrytelser	10	3	6	2
Også tidligere dømt for voldsforbrytelser	6	1	1	1
Residiv til sedelighetsforbrytelser	5	2	3	1
Også tidligere dømt for sedelighetsforbrytelser	1	1	3	1

Absolutte tall.

I tabellen har vi i absolutte tall for hver av de 4 undergruppene ført opp antall personer som har residivert innen de tre hovedgrupper av forbrytelser. Vi har videre ført opp hvor mange av disse som tidligere var dømt for forbrytelse av den samme forbrytelsestype.

De absolutte tall er små og dermed blir funnene usikre, men de antyder likevel tendenser.

For vinningsforbrytelser er residivtallet størst i anstaltgruppen, nemlig 53% mot 10-17% i de andre gruppene. For voldsforbrytelser er også residivtallet størst i anstaltgruppen, nemlig 18% mot 6-9% i de andre gruppene. For sedelighetsforbrytelser finner vi også det høyeste residivtallet i anstaltgruppen, men det ligger lavere og er 9%. I de andre gruppene ligger tallet på 4-5%.

Vi finner i alle 4 gruppene og for de tre hovedkategorier av forbrytelser eksempler på personer som har residivert til samme type av forbrytelser som de tidligere er dømt for. Tallet for tidligere dømte for denne forbrytelse er lavere enn antallet som har residivert til annen type forbrytelse. Vi sitter følgelig igjen med et broget bilde.

Residivene har ikke alltid kommet til samme forbrytelse som de undersøkte tidligere er dømt for. Selv i den gruppen som tallmessig er minst, nemlig normalgruppen er det eksempler på residiv til alle hovedkategorier av forbrytelser – og eksempler på personer som tidligere er dømt for forbrytelse innen tilsvarende kategori av forbrytelse. Dette gir et varsel at det vil være vanskelig å forutsi hvem som residiverer og til hvilken type av kriminalitet residivet i så fall skjer.

Tilbakefallsfare og tilbakefall

Psykiaterne konkluderte med tilbakefallsfare hos 169, det vil si hos 98% av dem hvor uttalelse om tilbakefallsfare var forventet fordi de hadde gitt en »positiv« konklusjon. I dette ligger at de sakkyndige enten hadde påvist sinnssykdom, bevisstløshet eller mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner. Det ble konkludert med at det ikke forelå tilbakefallsfare hos 4, det vil si hos 2%. Hos 24 var det ikke uttalelse om faren for gjentagelse av straffbare handlinger. Alle disse tilhørte normalgruppen. At psykiaterne uttalte sig om tilbakefallsfaren for 4 i normalgruppen, må oppfattes som en feil. Blant de 169 menn hvor det var antatt tilbakefallsfare – og som alle har en observasjonstid på over 5 år – var det 89 som residiverte. Dette gir et reelt tilbakefall i løpet av observasjonstiden på 53%.

Blant de 4 menn hvor det ikke var antatt tilbakefallsfare var det en som residiverte.

Blant de 28 som tilhørte normalgruppen har vi funnet tilbakefallsfrekvens på 39%.

Ved oppsplitting på de 4 gruppene finner vi følgende bilde:

Antatt gjentagelsesfare og reelt tilbakefall

	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Antatt gjentagelsesfare	98% (2)	100% (51)	100% (65)	4% (1)
Ikke antatt gjentagelsesfare	2% (1)	0 (0)	0 (0)	11% (3)
Ikke uttalelse om gjentagelsesfare	0 (0)	0 (0)	0 (0)	86% (24)
Samlet tilbakefallsfrekvens	85% (45)	33% (17)	41% (27)	39% (11)

Vertikal prosentnering.

Det må sterkt understrekes at her bygger vi tildels på små absolutte tall. Disse tall er anført i tillegg til prosenttallene.

Uttalelse om tilbakefall, gjentagelsesfare, gis under den forutsetning at intet spesielt gjøres med den undersøkte. I dette ligger at rettspsykiaterne må bedømme hvordan den undersøkte vil te seg i framtiden – uavhengig av den innflytelse fengsling eller sikring vil ha på han.

Hvordan andre faktorer og forhold kan innvirke, vil psykiaterne kunne trekke inn. Om den undersøkte står i ferd med å miste støtte fra familien eller nylig har klart å etablere kontakt med familien etter lang tids adskillelse, må kunne tas med i vurderingen. Om forholdet til alkohol har endret seg, er også vesentlig for denne vurdering. Med økende misbruk øker sannsynligheten for tilbakefall.

Av oppstillingen framgår ta psykiaterne i liten grad har skilt mellom de fire gruppene. I tre av gruppene er gjentagelsesfaren vurdert meget høyt. Bare i anstaltsgruppen ble tilbakefallet tilnærmevis så høyt.

Bøtelegging etter 1967

Som et supplement til opplysningene om ilagte dommer har vi som nevnt innhentet opplysninger om ilagte bøter.

Bøtelegging etter 1967

Ilagte bøter	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Ingen kjente	30	55	49	61
1 bot	11	22	17	11
2-4 bøter	25	16	19	18
5 og flere bøter	34	8	15	11

Vertikal prosentuering.

Også på dette vis skiller anstaltgruppen seg ugunstig ut. Færre i denne gruppen enn i de andre gruppene har ingen bøter, og det er flere i gruppen som har fått mange bøter. De 3 andre gruppene skiller seg ikke i vesentlig grad fra hverandre hverken når det gjelder hvor mange som er bøtelagt, eller hvor mange bøter som er ilagt.

Arbeidstilpasning i observasjonstiden

De opplysningene vi har fått om arbeidsevne og arbeidstilpasning har relativt ofte vært sparsomme, men vi har likevel prøvd en klassifisering, bl.a. ut fra de opplysningene som er gitt av pensjons- og poengregisteret til Rikstrygdeverket. 11 har likevel ikke latt seg klassifisere.

Arbeidstilpasning i observasjonstiden

Arbeidstilpasning	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Ukjent	2	2	11	7
God	28	41	43	64
Dårlig	70	57	46	29

Vertikal prosentuering.

Frekvensen med ukjent arbeidstilpasning er høy i risikogruppen. Anstaltgruppen skiller seg ut på ugunstig vis med mange med dårlig arbeidstilpasning, men påfallende mange også i frihetsgruppen og i risikogruppen har hatt arbeidsproblemer.

Trygdesituasjon ved etterundersøkelsen

Vi fikk som nevnt opplysninger om trygdeforholdene ved utskrift av poeng- og pensjonsregisteret til Rikstrygdeverket.

Resultaterne er som vist i tabellen.

Trygdesituasjonen ved etterundersøkelsen				
Trygdesituasjon	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Ukjent	9	4	12	11
Selvforsørgende	51	53	52	68
Uførepensjon	30	35	29	14
Andre pensjoner eller sosial stø- nad	9	8	6	7

Vertikal prosentuering.

Frekvensen av selvforsørgende er høyest i normalgruppen hvor også andelen av pensjonerte er lavest. De 3 andre gruppene skiller seg lite fra hverandre. Trass i dårlig arbeidstilpassning er anstaltgruppens menn ikke uførepensjonert i høyere grad enn de øvrige.

Psykisk helse

Vi har også registrert hyppigheten av psykiske plager i observasjonstiden, men vi mangler opplysninger om så mange som 126 menn. Dette utgjør i undergruppene fra 53% til 71%. I anstaltgruppen er det relativt flest som har fått behandling i institusjon for sine psykiske plager, nemlig 40%, mens det tilsvarende tall i normalgruppen bare er 18%.

Den tid som ble tilbrakt i behandlingsinstitusjon, varierte adskillig i lengde. Gjennomsnittlig tid i behandlingsinstitusjon var lengst i frihetsgruppen, kortest i normalgruppen.

Kontakt med kriminalomsorg i frihet (vernelag)

93 av de menn som tilhører undergruppene hadde hatt kontakt med kriminalomsorg i frihet (vernelag), men for 15 av dem var kontakten svært kortvarig, som oftest møtte de da bare fram til 1-2 samtaler. For de øvrige var kontakten langvarig, undertiden gikk den gjennom flere år.

66% av anstaltgruppens menn hadde langvarig kontakt. Det tilsvarende tall for frihetsgruppen var 55% mens tallene for risikogruppen og normalgruppen var langt lavere, nemlig 17% og 14%. Vi har også forsøkt å vurdere hvilke hovedytelser som har blitt gitt dem av kriminalomsorgen. Vi har da vært henvist til å bruke de tildels sparsomme opplysninger om hver enkelt klient som har blitt gitt oss av denne omsorgen.

Hovedytelser fra kriminalomsorgen

	Anstalt- gruppen N = 53	Frihets- gruppen N = 51	Risiko- gruppen N = 65	Normal- gruppen N = 28
Hjelp til utdanning, arbeid, bolig	30	18	5	4
Støttekontakt alene	43	35	20	18

Vertikal prosentuerting.

Mennene i anstaltgruppen har hyppigere enn mennene i de andre gruppene fått hjelp til utdanning, arbeid og bolig. Støttekontakt er gitt til nesten halvparten i anstaltgruppen, men også til mange i de andre gruppene. Det er bemerkelsesverdig at også normalgruppen hyppig har fått støttekontakt.

6. Residivfrekvens og konklusjon i den rettspsykiatriske erklæring

For å belyse residivtilbøyeligheten har vi delt materialet etter konklusjonene i den rettspsykiatriske erklæringen og ikke etter om observanden ble sikret eller ikke. Vi har i denne inndeling holdt oss til 3 grupper av undersøkte. For alle 3 grupper gjelder at tiden utenfor anstalt har vært over 5 år.

Den største gruppen omfatter de som ved den rettspsykiatriske undersøkelsen ble oppfattet som lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner. Den andre og minste gruppen omfatter de som i tillegg til disse betegnelse også ble oppfattet som sinnssyke. Den tredje gruppen utgjøres av de som fikk negative konklusjoner, de såkalte normale.

Tabellen viser at flere i gruppen med mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner var blitt dømt tidligere, dvs. før den rettspsykiatriske undersøkelsen fant sted enn i de andre gruppene. Antall tidligere dommer ligger også høyere i denne gruppen.

De sinnssyke inntar en mellomposisjon med noen flere tidligere domte enn normalgruppen. Blant de som var oppfattet som lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner var det sedelighetsforbrytelser som hyppigst førte til undersøkelsen. Blant de normale var det samme tilfellet. Hos de sinnssyke var voldforbrytelser den hyppigste foranledning til undersøkelsen.

De 2 sistnevnte gruppene skiller seg når det gjelder residivfrekvens i observasjonstiden. De sinnssyke har i liten utstrekning – bare i 12% – residivert, mens omlag $\frac{1}{3}$ av de normale har residivert. Residivfrekvensen er størst blant de som ble oppfattet som lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner, nemlig 55%. De absolutte tall for de enkelte forbrytelsestyper av residiv blir små, men det er å merke seg at ingen av de sinnssyke har residivert til volds- eller sedelighetsforbrytelser. I de to andre gruppene finner vi residiv til alle hovedkategorier av forbrytelser, men hyppigst til vinningsforbrytelser blant de som ble funnet å lide

av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner og hyppigst til gruppen diverse blant de normale. I begge disse gruppene var det imidlertid personer som resdiverte til volds- og sedelighetsforbrytelser.

Relasjoner mellom 3 grupper av undersøkte og tidligere dommer, type kriminalitet ved den rettspsykiatriske undersøkelsen, residiv i observasjonstiden, type residiv i observasjonstiden.

	Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner N = 172	Sinnssyk og mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner N = 17	Normale N = 28
Tidligere dommer			
ikke dømt	41	59	71
1 dom	14	18	14
2-4 dommer	28	18	7
5 dommer og mer	16	6	7
Type kriminalitet ved den rettspsykiatriske undersøkelsen			
vinningsforbrytelser	24	24	11
voldsforbrytelser	28	53	28
sedelighetsforbrytelser	33	18	40
diverse	15	5	21
Residiv i observasjonstiden			
ikke residiv	45	88	61
1 dom	10	0	14
2-4 dommer	24	6	18
5 dommer og mer	20	6	7
Type residiv i observasjonstiden			
ikke residiv	45	88	61
vinningsforbrytelser	27	12	11
voldsforbrytelser	13	0	7
sedelighetsforbrytelser	7	0	4
diverse	9	0	18

Vertikal prosentuering.

Den neste tabell omfatter bare de 172 som ble oppfattet som lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner. Også her har vi benyttet en 4-deling av kriminaliteten og vi har klassifisert den enkelte etter det mest alvorlige straffbare forhold, slik at vi har oppfattet sedelighetsforbrytelser som mer alvorlige enn voldsforbrytelser og voldsforbrytelser mer alvorlige enn vinningsforbrytelser, slik det også er gjort tidligere.

Tabellen viser forholdet mellom den hovedtype kriminalitet som førte til at den rettspsykiatriske undersøkelsen ble iverksatt og typer av residiv i observasjonstiden.

Forholdet mellom den type kriminalitet som førte til den rettspsykiatriske undersøkelsen og type residiv i observasjonstiden.

Type kriminalitet ved den rettspsykiatriske undersøkelsen	Type residiv i observasjonstiden.				
	Ikke residiv	Vinningsforbrytelser	Voldsforbrytelser	Sedelighetsforbrytelser	Diverse
Vinningsforbrytelser N = 42	19	50	14	7	10
Voldsforbrytelser N = 49	39	22	20	4	14
Sedelighetsforbrytelser N = 57	62	7	12	14	5
Diverse N = 24	50	42	0	0	8
N = 172	N = 78	N = 46	N = 17	N = 13	N = 16

Horisontal prosenttering.

Tabellen viser at tilbakefallsfrekvensen ikke er like stor i de 4 grupper. Den er størst i gruppen av vinningsforbrytere hvor omtrent 80% hadde tilbakefall til en eller annen forbrytelse. I gruppen av voldsforbrytere er den nær 60%.

Vinningsforbrytere har hyppigst – i 50% – falt tilbake til nye vinningsforbrytelser. Voldsforbryterne har i 20% av tilfellene falt tilbake til nye voldsforbrytelser, men i like høy grad falt tilbake til vinningsforbrytelser. Sedelighetsforbryterne har hyppigst falt tilbake til sedelighetsforbrytelser. Gruppen som er rubrisert under betegnelsen diverse har nesten utelukkende falt tilbake til vinningsforbrytelser.

De absolutte tall viser at totalt sett har 27% av de undersøkte begått vinningsforbrytelser i observasjonstiden, 11% har begått voldsforbrytelser mens bare 8% har begått sedelighetsforbrytelser.

7. Residivfrekvens og vår hoveddiagnose.

En annen synsvinkel er at vi ser på residivfrekvensen i forhold til våre hoveddiagnoser.

Relasjoner mellom våre hoveddiagnoser og residiv.	Ikke residiv N = 114	Residiv N = 108
Normale N = 8	38	62
Nevroser N = 13	77	23
Personlighetsavvik N = 97	34	66
Psykoser N = 20	90	10
Organisk hjernelidelse N = 13	54	46
Kronisk alkoholisme N = 39	41	59
Psykisk utviklingshemning N = 32	84	16

Horisontal prosenttering.

I tabellen har vi utelatt den ene som fikk diagnosen narkomani og de 4 som kom i gruppen kalt »andre«. Vi finner den høyeste residivfrekvens blant de som har fått diagnosen personlighetsavvik, men nesten like høyt ligger tallet for de 8 normale og for de med diagnosen kronisk alkoholisme. Lavest er residivtallet for de psykotiske og for de med psykisk utviklingshemning.

Antall dommer i observasjonstiden er særlig høyt blant de som vi har gitt diagnosen personlighetsavvik. 28% av disse fikk 5 dommer eller mer i løpet av observasjonstiden. Det synes å være slik at om residivfrekvensen er høy i diagnosegruppen er det også høy frekvens som har mange dommer. De absolutte tall er imidlertid for små i en rekke av diagnosegruppene til at dette sikkert kan dokumenteres.

Personlighetsavvikgruppen er splittet opp i undergruppene sosiopat, seksuelt avvik, emosjonelt personlighetsavvik og en fjerde undergruppe kalt »andre«. Den siste omfatter 2 personer og er utelatt i følgende oppstilling.

Relasjoner mellom typer av personlighetsavvik og residiv

	Ikke residiv N = 32	Residiv N = 63
Sosiopat N = 51	16	84
Seksuelt avvik N = 16	75	25
Emosjonelt personlighetsavvik N = 28	43	57

Horisontal prosentuering.

De seksuelt avvikende har få residiv, mens sosiopatene har mange. De emosjonelt personlighetsavvikende inntar en mellomstilling.

Relasjoner mellom våre hoveddiagnoser og typer av residiv i observasjonstiden.

	Type residiv i observasjonstiden.				
	Ikke residiv	Vinnings- forbry- telser	Volds- forbry- telser	Sedelig- hetsfor- brytelser	Di- verse
Normale N = 8	38	25	0	13	25
Nevroser N = 13	77	8	0	8	8
Personlighetsavvik N = 97	34	33	16	5	11
Psykosier N = 20	90	10	0	0	0
Organisk hjernelidelse N = 13	54	31	0	15	0
Kronisk alkoholisme N = 39	41	21	13	5	21
Psykisk utviklingshemning N = 32	84	6	0	9	0

Horisontal prosentuering.

For en rekke av diagnosegruppene bygger prosenttallene på små absolutte tall. Vi finner imidlertid tendenser vi finner det verd å peke på.

For alle diagnosegrupper er vinningsforbrytelser hyppigste residivform, for psykosene endog den eneste.

Voldsforbrytelser er registrert bare hos de personlighetsavvikende og hos de som har fått diagnosen kronisk alkoholisme. Sedelighetsforbrytelser er ikke registrert hyppig i noen av diagnosegruppene, men er på den annen side registrert i alle diagnosegruppene bortsett fra hos de psykotiske.

Om vi tar for oss de ulike typer av personlighetsavvik og setter disse i relasjon til residivtype får vi følgende bilde:

Relasjoner mellom typer av personlighetsavvik og typer av residiv i observasjonstiden.

Type residiv i observasjonstiden.

	Ikke residiv	Vinnings- forbry- telser	Volds- forbry- telser	Sedelig- hetsfor- brytelser	Di- verse
Sosiopat N=21	16	47	20	4	14
Seksuelt avvik N=16	75	13	0	6	6
Emosjonelt personlighets- avvik N=28	43	18	21	7	11

Horisontal prosentuering.

Sosiopatene har hyppigst residivert til vinnings- og voldsforbrytelser, sjelden har de begått sedelighetsforbrytelser.

De seksuelt avvikende har hyppigst residivert til vinningsforbrytelser, ingen av dem har begått voldsforbrytelser. Blant de emosjonelt personlighetsavvikende er voldsforbrytelser hyppigste residivtype, men nesten like hyppig har de begått vinningsforbrytelser. Residiv til sedelighetsforbrytelser er sjelden i alle tre grupper av personlighetsavvik, men frekvensen er av samme størrelse i alle tre grupper, nemlig fra 4-7%.

8. Sammenheng av funn om residiv.

Skal vi summere opp opplysningene omkring tilbakefall får vi følgende bilde:

1. Tilbakefallshyppigheten var størst i anstaltgruppen. Frekvensen av dem som hadde fått flere dommer i observasjonstiden var større i denne gruppen enn i frihetshetsgruppen, risikogruppen og normalgruppen.
2. Anstaltgruppens menn synes i større grad å ha falt tilbake til vinnings- og voldsforbrytelser enn de andre. De synes også noe hyppigere å ha falt tilbake til sedelighetsforbrytelser, men her er forskjellen ikke så stor til de andre gruppene.
3. Tilbakefallet har ikke nødvendigvis kommet til samme kategori av kriminalitet de undersøkte tidligere var straffet for. Også i normalgruppen har det skjedd tilbakefall til alle hovedkategorier av forbrytelser.
4. Hos de fleste ble det antatt å være tilbakefallsfare. Bare vel halvparten hadde tilbakefall. Forskjellen kan ha sammenheng med hvilke tiltak som er satt inn.

5. Av de sinnssyke – slik de ble diagnostisert av psykiaterne – residiverte bare 12%, av de normale 39%, mens av de som ble oppfattet å lide av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner residiverte 55%. Residivene skjedde hyppigst til vinningsforbrytelser. Residivene blant de sinnssyke skjedde utelukkende til vinningsforbrytelser, mens alle typer av forbrytelser var representert blant residivene i de to andre gruppene, således også volds- og sedelighetsforbrytelser.
6. Blant de 172 som ble oppfattet som lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner har vi kunnet vise at vinningsforbryterne hyppigst – i 50% – har falt tilbake til nye vinningsforbrytelser. Voldsforbryterne har i 20% falt tilbake til nye voldsforbrytelser, men de har ikke ofte falt tilbake til vinningsforbrytelser. Sedelighetsforbryterne har hyppigst falt tilbake til sedelighetsforbrytelser, men det er likevel bare 14% av disse som påny har begått slike forbrytelser i løpet av observasjonstiden.
7. Høyest residivfrekvens – 66% – hadde de som vi ga hoveddiagnosen personlighetsavvik, nesten like høyt lå tallet for de normale og for de som vi ga diagnosen kronisk alkoholisme.
8. Spesielt høy residivfrekvens – 84% – har vi funnet blant dem vi har gitt diagnosen sosiopat. De andre typer av personlighetsavvik hadde betydelig lavere tilbakefallsfrekvens. Sosiopatenes residiver har hyppigst vært vinnings- og voldsforbrytelser, sjelden sedelighetsforbrytelser. Residiv til sedelighetsforbrytelser var sjelden blant alle typer av personlighetsavvik og ikke hyppigere blant de seksuelt avvikende enn blant de øvrige typer av personlighetsavvik. Vi kan ikke utelukke at vi har gjort et sirkelresonnement og at vi hyppigere har kalt de som har hatt mange residiv for sosiopater. Sosiopatdiagnosen ble imidlertid stillet før vi fullt ut kjent til omfanget av tilbakefall til nye forbrytelser.
9. Om asosialiteten begynte tidlig – før fylte 20 år – synes dette å innebære økt residivfare. Det var tilbakefallsfrekvensen til vinnings- og voldsforbrytelser samt til gruppen av diverseforbrytelser som var høy blant de som hadde vist avvik alt i ung alder. Tilbakefallsfrekvensen til sedelighetsforbrytelser synes ikke på samme vis å være påvirket av om asosialiteten begynte tidlig.

Diskusjon

I de erklæringer vi har gjennomgått har de sakkyndige leger gjennomgående uttalt seg om gjentagelsesfaren. På den tid erklæringene ble skrevet var de pålagt å gjøre dette. Gjentagelsesfare ble antatt å foreligge hos mellom 89% og 97% i de ulike diagnosegrupper. I de 4 gruppene som vi nøyere har fulgt fremover og bakover i tid ligger det antatte tilbakefall på 98%. Det reelle tilbakefall ble bare 50%. Hva sier så dette? Har psykiaterne antatt et tilbakefall – nærmest hos alle – for å sikre sig og eventuelt i neste omgang samfunnet? Har det vært slik at tilbakefallsfare nærmest automatisk ble antatt å være tilstede om en av de rettspsykiatriske abnormtilstandene ble diag-

notisert og anvendt i konklusjonen? Var det endog slik at psykiaterne antok at det forelå tilbakefallsfare og for å underbygge denne brukte de sine rettspsykiatriske betegnelser i konklusjonen? Vi kan vanskelig svare på disse spørsmål, men det jevnt høye nivå for antatt gjentakelsfare som vi har funnet – kanskje med et unntak hos enkelte nevrotikere – tyder på at psykiaterne ikke har forbundet gjentakelsfare med noen spesiell psykiatrisk tilstand eller sykdom. En kan muligens trekke denne erkjennelsen videre og anta at psykiaterne, på linje med andre, ikke er særlig gode til å spå. Psykiaterne synes således ikke spesielt flinke til å forutsi opptreden av sjeldne hendelser som kriminelle handlinger tross alt er. Den psykiatriske viten synes ikke å ha gitt dem større innsikt til å forutsi kriminelle handlinger enn andre har.

Psykiaternes evne til å forutsi hvor hyppig tilbakefall ville komme har vært lite pålitelig. Psykiaterne har imidlertid i sine erklæringer endt ut med ulike konklusjoner når det gjelder sinnssykdom, bevissløshet og sjelsevner og ut fra disse konklusjoner har det vært mulig med større sikkerhet å si noe om faren for tilbakefall. Vi har kunnet vise at de sinnssyke i liten grad har hatt tilbakefall og at de vi har kalt normale har kommet i en mellomposisjon mellom de sinnssyke og de som har fått konklusjonen »mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner«. Den psykiatriske ekspertise har således hatt mulighet til å si noe om faren for tilbakefall selv om dette har måttet skje på en indirekte måte.

Stang konkluderte med at prognosen holdt for omtrent halvparten av alle undersøkte. Han oppfattet dette som et dårlig resultat. Han hevdet at det var få sikre kriterier å bygge prognosene på, men fremholdt samtidig at den typiske residivist blant mennene var psykopat, vinningsforbryter og flegangsforbryter. Dalgard fant at den totale holdbarhet av de sakkyndiges prognose var ganske god, men at prognosens holdbarhet varierte med type kriminalitet, alder, diagnose og sosial tilpasning og at den var god for vinningsforbrytere, og også for unge sedelighetsforbrytere. Han fant at prognosens holdbarhet var avtagende med stigende alder. Begge forfattere understreket den kritikk som har vært rettet mot de psykiatriske sakkyndige og mot deres forutsetninger for å uttale seg om faren for gjentakelse av straffbare handlinger. Dalgard innvendte mot dette at det ikke forelå noe berettiget grunnlag for vesentlig kritikk av de sakkyndiges vurderinger av tilbakefallsfaren. Hvis noe skulle kritiseres måtte det være at de sakkyndige syntes noe for tilbakeholdne med å stille en god prognose, særlig hos de eldre volds- og sedelighetsforbrytere.

Siden de sakkyndige ikke lenger er pålagt å uttale seg om fare for gjentakelse av straffbare handlinger kan det synes noe meningsløst fortsatt å ta opp denne diskusjonen. Retten er imidlertid fortsatt interessert i hvordan fremtidsutsiktene til den tiltalte må antas å bli. Finnes det spesielle holdepunkter som en kan knytte sine antagelser til, vil dette være av verdi. I foreliggende undersøkelse mener vi å ha funnet fram til enkelte trekk som karakteriserer de som hyppigere har hatt tilbakefall. Ikke alltid er disse trekk knyttet til psykiatrisk vurdering. Relativt ofte er de knyttet til ty-

pe av forbrytelse, hyppighet av tidligere forbrytelser, men de er også på den annen side ikke sjelden knyttet til personlighetskaraktistikker og til sykdomsgrupperinger. På det siste felt har de rettspsykiatrisk sakkyndige særlig ekspertise.

Konklusjoner

Bakgrunnsopplysningene forteller om en gruppe personer med meget få ressurser og med få tilbud i sitt tidligere liv. Gjennomgående har de undersøkte tidlig kommet skjevt ut. Det dreier seg derfor om sosiale tapere som i tillegg svært ofte hadde et ukontrollert forbruk av alkohol. Svært mange av dem, over 80%, ble oppfattet som så avvikende at de fikk betegnelsen »lidende av mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner« heftet ved seg. Hos 15% ble det funnet sinssykdom eller bevisstløshet. Personlighetsavvik og kronisk alkoholisme, samt psykisk utviklingshemning og sinnssykdom var de hoveddiagnoser som hyppigst ble brukt.

Vi forsøkte å følge de undersøkte menn i flere år etter den rettspsykiatriske undersøkelsen og har delt dem i 4 grupper, nemlig: Anstaltgruppen, Frihetsgruppen, Risikogruppen og Normalgruppen. Den første gruppen omfatter de som ble idømt sikring i anstalt. Risikogruppen omfatter menn som etter rettspsykiatrisk vurdering kunne ha blitt idømt sikring men som ikke ble dette. Normalgruppens menn kunne etter rettspsykiatrisk vurdering ikke idømmes sikring. Som ventet gikk det dårligst med menn i Anstaltgruppen, idet deres tilbakefallshyppighet var størst særlig til vinnings- og voldsforbrytelser. Tilbakefall til sedelighetsforbrytelser var ikke spesielt hyppig.

Om anstaltgruppens menn har hatt større tilbakefallshyppighet sier dette lite om sikringens oppgave og funksjon. Vi har kunnet vise at mennene i Anstaltgruppen har hatt en dårligere tilpasning forut for den rettspsykiatriske undersøkelse. De hadde liten skoleutdannelse, dårlig arbeidstilpasning og ofte hadde de vært dømt tidligere. Når en så belastet gruppe i tillegg utsettes for et særtiltak, er det vanskelig å si om dette særtiltak har hatt en gunstig eller ugunstig effekt på deres videre skjebne. Vi har ikke hatt mulighet for å sammenligne to helt identiske grupper som bare har skilt seg ved at den ene var idømt sikring i anstalt og den annen ikke var idømt dette.

Vår oppfatning av sikringens betydning for den enkeltes livskjebne og tilpasning grunner seg følgelig på subjektive inntrykk. Vi har ikke kunnet se at sikring som behandlingstiltak har hatt noen gunstig effekt. I en del tilfeller har det riktignok blitt etablert positive forhold til en kontaktperson i løpet av sikringstiden, og dette kan ha hatt en viss effekt i gunstig retning. Sikringsinstituttet og stempellet dette har ført med seg har oftest hatt så mange negative sider at det samlede resultat sannsynligvis ville vært like godt eller bedre uten sikring. At de personer som har blitt idømt sikring har blitt holdt utenfor samfunnet i en viss tid og således i denne tid vært ute av stand til å begå nye straffbare forhold, må en imidlertid ha i erindring.

En må ta i betraktning at 10-15% av de undersøkte har blitt oppfattet som sinns-

syke og/eller bevisstløse på tiden for undersøkelsen eller ved tidspunktet for de påklagede gjerninger. Det har vært vesentlig å skille ut disse og klargjøre deres situasjon overfor rettsapparatet. Også for de øvrige 90-85% av de undersøkte har vi vært med på å redegjøre for deres motiver og bakgrunnen for de handlinger de har vært tiltalt for. Muligens har vi blitt utnyttet av det juridiske system og blitt passive medspillere i dette. Muligens har vi vært i stand til å påvirke systemet og til å innføre mere humane synsmåter i dette. Effekten har nok variert fra den ene rettssak til den andre, men vi heller til at den samlede påvirkning har vært til det gode for de tiltalte. Vi er klar over at dette kan oppfattes som en rettferdiggjøring av vår innsats og at andre som har stått mer nøytralt og objektivt i forhold til rettspsykiaternes arbeidsvirkosomhet bedre kan bedømme dette.

Forfatterens adresse:

Professor dr. med. Kjell Noreik,
Institutt for sosialmedisin,
Universitetet i Oslo,
Rikshospitalet
N-0027 Oslo 1

Ass. overlege Arne Gravem
Dikemark sykehus,
N-1385 Solberg

1. *Dalgard, O.S.* (1966): Abnorme lovovertridere. Diagnose og prognose. Universitetsforlaget, Oslo.
2. *Stang, H.J.* (1966): Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner. Universitetsforlaget, Oslo.
3. *Øyesjø, L. Smidelik G. og Caroli, Rigmor* (1978): Rättspaykiatriskt undersökta lagöverträdare och undersökningens följder. Rapport 1/78. Statens Rättspaykiatriska Station i Linköping.