

Aggresjonsforståelse

Læringsmål:

Deltakeren skal i slutten av denne undervisningen:

1. **Ha kunnskap om** ulike definisjoner, kategorier og former for aggresjon og **forstå** forskjellene mellom disse
2. **Kjenne** til forekomst av aggresjon og vold i ulike populasjoner
3. **Ha kunnskap om** ulike forklaringsmodeller
4. **Kjenne** til individuelle og situasjonelle årsaker for vold og aggresjon (omtales igjen i risikovurderingskapittelet)
5. **Kjenne** til beslutningsteori (repeteres i senere kapitler)

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Aggresjonsforståelse

Av Ragnar Urheim, Ph.D.

Begrepsavklaring og kjennetegn

Ordet aggresjon byr på utfordringer. Mens det er enighet om at vold innebærer mer alvorlige handlinger, som i HCR-20^{V3} (2014): «faktisk, forsøk på eller trusler om fysisk skade på annen person», varierer bruk av betegnelsen aggresjon både i dagligtale og faglitteratur. Et sentralt aspekt ved aggressive handlinger vil være at de er rettet mot å skade andre og for vår bruk at de kan beskrives ved hjelp av anerkjente kartleggingsredskap. Avgrensing av hvilke handlinger som inkluderes kan variere. Bruk av SOAS-R (Nijman m.fl. 1999) innbefatter at rent språklige utfall kan tas med mens REFA (Bjørkly 1995) har en høyere terskel og

setter krav til at handlingen innebærer minst forsøk på fysisk krenkelse eller skade, eller trussel om dette.

En vid definisjon av hva som skal kalles aggresjon kan gi en større gråsoner. Vi kan stå overfor handlinger som skremmende sinneutbrudd, omtale av alvorlige voldstanker, eller fiendtlige holdninger. Slike uttryksmåter kan vekke frykt uten at vi kan si sikkert om hensikten er å true. På samme måte kan det være uklart om hensynsløs og risikabel atferd er tilsiktet. Kjennskap til utøveren kan bidra til avklaring, men vi må regne med flere

grensetilfeller når vi har en lavere terskel for handlinger som skal tas med.

Vi møter svært ulike aggresjonsdefinisjoner i faglitteraturen. Dette kan delvis knyttes til at mange legger vekt på atferd og samspill med omgivelsene, mens andre er opptatt av aspekter som ikke behøver være direkte observerbare som emosjonelle kjennetegn, kognitive aspekter eller underliggende motiv. Ofte vil aggresjon være knyttet til konfliktrelaterte følelser, og sinne kan stå sentralt i noen definisjoner. Det er imidlertid viktig å understreke at vi kan være sinte uten å handle aggressivt, og utøve aggresjon uten å være sinte. Skuffelse, opplevelse av krenkelse eller av provokasjoner, ofte med grensesetting som foranledning, kan føre til irritasjonsutløst aggresjon.

Definisjoner kan også legge vekt på kognitive aspekter ved at aggresjonsutøveren vurderer situasjonen og tar avgjørelser. Det er viktig å forstå hva det kan være ved utøverens opplevelse, tenkning og holdninger som kan bidra til dette. Aggresjonsdefinisjoner har tradisjonelt også lagt vekt på impulser og drivkrefter. Det kan være viktig å forstå om handlingen kan knyttes til ulike motiv som f.eks. spenningsreduksjon, gjengjeldelse, ønske om kontroll eller opplevd frykt.

Beskrivelse av aggressiv atferd og mulig samspill med omgivelsene er en sentral oppgave og kan støttes ved bruk av registreringsredskap. Forståelse av andre sider ved aggresjon, som holdninger og motiv er viktig, men vanskeligere å beskrive på en pålitelig måte.

Hva kjennetegner normalaggresjon og hvor vanlig er vold?

Vi er mest voldelige i de første leveårene. Normalt reduseres slik atferd når den

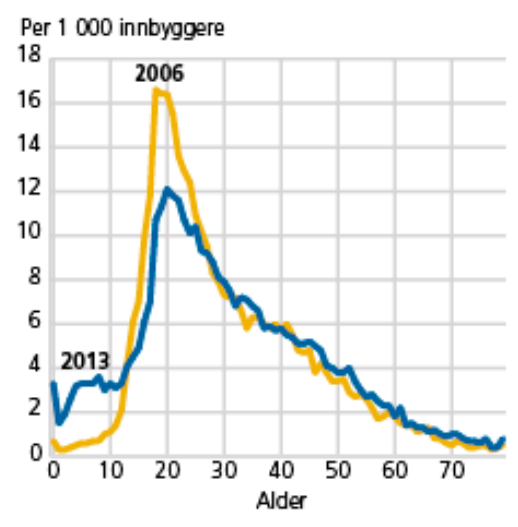
etter hvert erstattes av alternative og mer hensiktsmessige måter å mestre vanskelige situasjoner. Vi tåler vanskelige følelser bedre, vi utvikler selvkontroll, evne til å ta andres perspektiv og dermed til empati, vi lærer av bedre måter å løse konflikter (Nærde, A. m.fl. 2012). Et slikt utviklingsforløp skjer i hovedsak i førskolealder. Av både biologiske og sosiale årsaker er det ikke alle som klarer dette, noe som kan innebære en kronisk sårbarhet knyttet til aggresjonsproblemer.

Verdens Helseorganisasjon beskriver vold som et av de største helseproblemene i verden, og peker på at drap er den viktigste dødsårsaken i enkelte aldersgrupper i noen verdensdeler (WHO, 2002). Aggressivitet varierer betydelig mellom individer, og aggressivitet kan være knyttet til ulik personlighetsstil. Noen synes kun å være sårbare for provokasjoner, mens andre er generelt mer tilbøyelige til å velge aggressive løsninger. Noen aggressive barn kan ha en kognitiv slagside som fører til misoppfatning av andres hensikter (Crick & Dodge, 1996). Det er også klare kjønnsforskjeller mht. aggressivitet, og dette kommer særlig frem ved alvorlig vold. Funksjonelle sammenhenger kan variere, f.eks. kan kvinner ha større hemninger mot voldsutøvelse (Campbell, 2006).

Det er stor forskjell mellom aksept og bruk av vold i ulike kulturer og historiske epoker. Det er stor forskjell i drapsrate mellom ulike nasjoner og regioner, f.eks. Skandinavia vs. Latin-Amerika og ulike stater i USA. Det er funnet stor reduksjon i voldsrate globalt gjennom historiske epoker (Pinker, 2011) og innen samme land vil også aggresjonsnivået kunne variere betydelig over tid. Drapsraten i Norge økte betydelig siste halvdel av forrige århundre, men har deretter sunket, mens anmeldelser av vold og

trusler registrert av Statistisk Sentralbyrå har omfattet 3-4 % av befolkningen de siste 30 årene. Trusler, legemsfornærmelse og legemsbeskadigelse er redusert, mens mishandling i familieforhold og vold mot tjenestemenn har økt i siste periode. Samtidig har det vært en betydelig befolkningsøkning i perioden, endret lovverk og lavere terskel for anmeldelse av vold mot barn. Den reelle raten kan derfor ha sunket på disse områdene også (Stene, 2014).

Det er videre en stor forskjell på tid og sted for vold mot kvinner og menn, byer har høyere rate enn distriktene, og alder er en svært viktig faktor. Data om voldsofre kan gi en indikasjon på voldsnivå og mønster i Norge. Stene (2014) skriver: «Levekårsundersøkelsene viser noen klare forskjeller i hvilken type vold menn og kvinner blir ofre for. Vold mot menn utøves langt oftere ute på offentlige steder, på nattetid, i helgene og av en ruspåvirket person. I tillegg utøves halvparten av alle voldsepisoder mot menn av en helt ukjent gjerningsperson.»



Figur 1. Personoffer for voldskriminalitet, etter ettårig alder (Kilde: Ofre for anmeldte lovbrudd, Statistisk sentralbyrå)

Vi ser en klar reduksjon i risiko for å bli voldsoffer for menn omkring 20 år alder. Er det rimelig å anta at utøvere er i samme aldersgruppe? Anmeldt vold mot barn har en klar økning, men kan denne skyldes at en større andel anmeldes?

Vold og sinnslidelse

Voldsutøvelse fra mennesker med psykiske problemer er ofte tema i media. Frykten for dette synes å ha økt, til tross for økt kjennskap til og toleranse for slike lidelser (Link, B. m.fl. 1999). Er det en sammenheng mellom vold og sinnslidelse?

En rekke undersøkelser finner en økt risiko (f.eks. Swanson m.fl. 1990, Douglas m.fl.

2009). Det er imidlertid usikkerhet omkring hvordan sammenhengen kan forklares. Nyere undersøkelser har funnet at risikofaktorer som også er til stede i befolkningen generelt er viktige (Elbogen & Johnson 2009). Ut fra dette kan vi anta at sammenhengen i hovedsak er indirekte og at selve sinnslidelsen kan ha begrenset forklaringsverdi hvis vi kontrollerer for bl.a. individkjennetegn, livssituasjon og manglende sperrer mot voldsutøvelse

(Elbogen m.fl. 2016). En undersøkelse av utskrevne fra en sikkerhetsenhet fant at ny vold særlig var knyttet til rusproblemer, mens psykopatologi ikke hadde prediksjonsverdi unntatt for personer med tidlig kriminell debut (Kingston m.fl. 2016). En særlig fremtredende kombinasjon av risikofaktorer vil være voldshistorie, antisosialitet og rus, særlig alkoholbruk. Disse risikofaktorene kjennetegner også befolkningen generelt (NOU 2010: 3).

I tillegg til voldshistorie er erfaring som voldsoffer viktig. Personer med psykoselidelser er oftere utsatt for vold enn andre. Dette er også knyttet til voldsrisiko (Jennings m.fl. 2012). Det er også funnet at unge menn med ubehandlet tidlig psykose har en betydelig redusert risiko for alvorlig vold hvis de kommer under behandling (Nilssen m.fl. 2009).

Økt voldsrisiko under innleggelse kan knyttes til akutfase og til aktive psykotiske symptomer (Steinert 2002). Slike symptomer kan antas særlig å gjelde emosjonelt ubehag knyttet til vrangforestillinger eller hallusinasjoner (Bjørkly, 2002). En norsk undersøkelse fant at 10 % av pasienter på akutt/intermediær avdeling utførte aggressive handlinger under oppholdet, de fleste de første dagene etter innleggelse (Mellesdal 2002). En liten andel av pasienten sto for en stor del av aggresjonen. For inneliggende pasienter er aggresjonsproblemer fordelt på ulike pasientgrupper.

En gjennomgang av skademeldinger ved Sandviken sykehus fant at 2/3 av hendelsene fant sted ved allmennpsykiatriske poster, resten ved Sikkerhetsavdelingen (Urheim, 2008).

Redusert risiko er også knyttet til normalisering etter alvorlige forløp og sykehusinnleggelse. Det ble registrert aggresjonsproblemer hos ca. hver fjerde pasient som ble skrevet ut i løpet av det første året, men forekomsten av slik atferd ble gradvis sjeldnere og etter hvert ikke oftere enn i resten av befolkningen (Steadman m.fl. 2001). I hovedsak var aggresjonen rettet mot familie og andre i aggresjonsproblemer etter utskrivning ble også funnet i en norsk undersøkelse (Hartwig m.fl. 2009).

Det er viktig å slå fast at mennesker med slike lidelser utøver en liten del av den samlede volden i samfunnet, selv om denne andelen blir noe større mht. drap og andre svært alvorlige handlinger (Helse og Omsorgsdepartementet 2010). Det må også understrekes at kun en liten andel av denne gruppen har aggresjonsproblemer.

Vi har ofte en begrenset forståelse og kunnskap om årsakssammenhenger knyttet til den enkelte voldshandling hos sinnslidende. *Motiv* for å utøve vold behøver ikke å være særlig forskjellig fra resten av befolkningen (Taylor m.fl., 1985). Avvik i beslutningsevne, som *sviktende sperrer mot vold* og *sviktende vurderingsevne*, kan i større grad kjennetegne avvikende voldshandlinger og bidra til å forklare voldelige valg (Douglas m.fl. 2009).

Problemer som kommer i tillegg, som personlighetsforstyrrelser, kan også bidra til økt voldsrisiko. En betydelig andel av all voldskriminalitet utøves av personer med psykopatiske trekk, dvs. mange med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dette kan ligge til grunn for noe av den økte risikoen vi kan finne hos noen pasientgrupper, f.eks. sikkerhetspasienter. I enkelte tilfeller kan også nevrobiologisk avvik forklare avvikende og alvorlig vold (Raine 2014). Redusert evnenivå

innebærer en klart økt voldsrisiko, mens det ikke er funnet belegg en slik risiko for

Aggresjon skjer i samspill med andre. Hvordan beskrive og forstå aggressive episoder?

I løpet av en aggressiv episode skjer det mye på kort tid, og mange faktorer kan virke inn på forløpet. Kunnskap om dette vil være viktig i videre behandling. Gode pleierapporter er viktige, men vil likevel ikke beskytte mot underrapportering og dokumentasjonssvikt. Våre naturlige umiddelbare reaksjoner når vi møter aggresjon påvirker lett opplevelsen av hva som har skjedd. Frykt og sinne eller moralske oppfatninger av utøveren kan forstyrre en profesjonell tilnærming. Redskap og rutiner som støtter en nøktern observasjon, for å få oversikt over og beskrive hendelsesforløpet, kan gi oss anledning til å reflektere over hendelsen.

Flere redskap kan bidra til avklarende spørsmål for å forstå ulike faser i et hendelsesforløp. SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale-Revised (Nijman m.fl. 1999)) er mye brukt for å beskrive hendelsesforløpet i den aggressive episoden og inneholder opplysninger om foranledninger, atferd, mål, følger og tiltak. Instrumentet gir også informasjon om alvorlighet. Instrumentet REFA (Registrering av Farlig Atferd, (Bjørkly 1996)) legger også vekt på forståelse av funksjonelle sammenhenger og kan knyttes til risikovurdering.

Utvikling i etterkant av en aggressiv hendelse kan også være viktig. Aggressiv atferd kan virke inn på forholdet mellom partene. Ved *Klinikk for sikkerhet* i Bergen er det utviklet en etter-samtaleprosedyre (EK, Klinikk for sikkerhet). Første trinn i prosedyren er partenes beskrivelse av hva som skjedde. En grunn til at dette kan være et viktig moment er hva som er funnet om forskjeller når vi skal forklare

personer med Asperger, en autismespekterforstyrrelse. egen og andres atferd. Egne uheldige handlinger blir ofte forklart som resultat av situasjon, mens vi forklarer andres negative atferd ut fra deres personlige egenskaper (Baumeister, 1999). Dette mønsteret er også funnet igjen ved pasientaggresjon. Voldsutøvende pasienter forklarer i høyere grad hendelsen ut fra urimelige sider ved situasjonen, som krenkelser og lignende provokasjoner. Personale utsatt for aggresjonen fokuserer oftere på egenskaper ved utøver, som diagnose eller tilstand (Duxbury & Whittington, 2003). Felles gjennomgang av hva som skjedde kan derfor bidra til både viktig læring og demping av uheldige emosjonelle og moralske reaksjoner, i tillegg til at det kan reflekteres over alternative løsningsmåter.

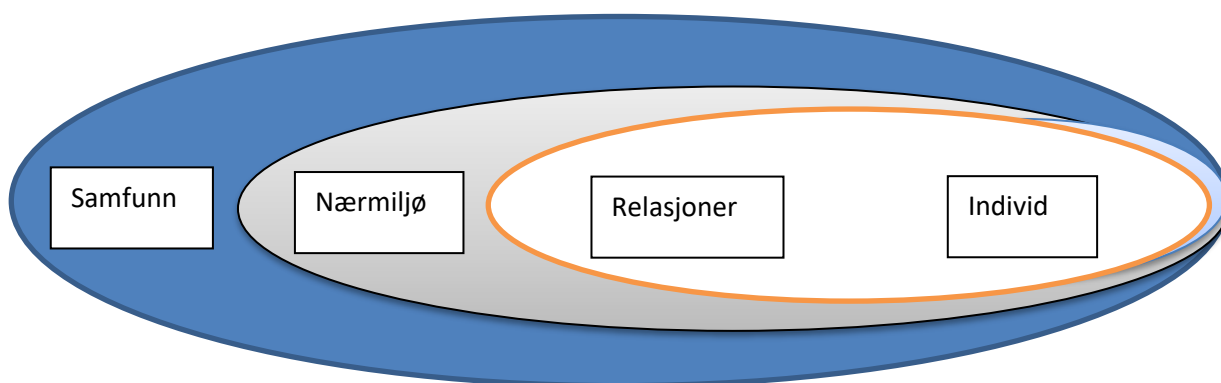
Generelle årsaker til aggresjon og vold

Forklaring og forståelse av menneskelig aggresjon har til alle tider vært et tema i litteraturen. Arvesynd og ondskapens problem har vært viktige spørsmål i religiøse sammenhenger. Kontroll av den aggressive menneskelige natur i motsetning til å dempe uheldig samfunnspåvirkning var problemstilling i opplysningstiden. En beslektet motsetning finner vi igjen mellom seinere biologiske forklaringer (instinkt-teorier som hos Freud og Lorenz) og sosial læringsteori (som hos Bandura). Sosial læring har stått sentralt i nyere forklaringer av aggresjonsutvikling. Her legges det vekt på at aggresjon er lært atferd som gradvis formes ved de konsekvensene den fører til, og ved å observere andres aggresjon og følgene av denne (Bandura, 1973). Denne forståelsesmåten utfordres bl.a. av funn som kan tyde på at aggresjon er ulært og at det er i tidlig småbarnsalder at

vi finner høyest forekomst av vold (eks. Tremblay, 2002).

Verdens helseorganisasjon har beskrevet en økologisk modell for vold som helseproblem (WHO 2002). Her pekes det på at vold er et høyst sammensatt fenomen der mange faktorer samspiller – biologiske, sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske (fig 2). Mange ulike årsaksforhold er altså nødvendige for å forklare en voldshandling. Ut fra et bredt helseperspektiv, med sikte på å beskrive hovedmønstre, gjennomgås fire nivåer av risikofaktorer. *Biologiske og andre individuelle historiske faktorer* kan øke sannsynlighet for både å bli offer og utøver. I tillegg til nevrobiologiske avvik og skader kan dette være alder, kjønn, sosial

status, personlighetsforstyrrelse, rusmisbruk eller aggresjonshistorie. Et neste nivå er *nære relasjoner* som familie, partnere og venner og hvordan slike relasjoner kan også øke risiko, som f.eks. holdninger til vold. Det tredje nivået ser på nærmiljøet, som skoler, arbeidsplasser og nabolag, og hvilke voldsfremmende kjennetegn som kan finnes her. Dette kan være sosial gjennomtrekk, befolkningstetthet, sysselsettingsnivå, kriminalitet. *Videre samfunnsmessige faktorene* kan bidra til voldsfremmende eller hemmende klima. Dette kan være kulturelle normer og verdier som hvordan menn dominerer kvinner, hvordan politimakt brukes mot innbyggere, tilgjengelighet av våpen og politiske konfliktnivå og løsningsmåter.



Figur 2 Økologisk modell for vold Kilde: WHO

Pinker (2011) gir en omfattende historisk beskrivelse av hvordan slike faktorer har endret seg i vår del av verden i nyere tid, der alternative og konkurrerende måter å omgås andre, som generelt endrete verdier mht. økt selvkontroll, empati og samarbeide og fredelig problemløsning gradvis har erstattet et betydelig omfang av voldelig konfliktløsningsmåter.

For vårt arbeidsområde kan særlig *individfaktorer* og risiko knyttet til *avdelingsmiljø* stå sentralt for å forklare

pasientaggresjon. Som nevnt er det usikkerhet om hvordan psykosesymptomer kan bidra til aggresjon (Douglas m.fl. 2009), men både ut fra klinisk erfaring og litteraturgjennomgang (Steinert 2002) er det liten tvil om at psykotisk tilstand bidrar til økt voldsrisiko. Ulike sider ved et avdelingsmiljø kan også bidra til økt voldsrisiko. Det er funnet stor variasjon i forekomst av pasientaggresjon mellom avdelinger (Nijman m.fl. 2005) men man har begrenset kunnskap om årsaker. En undersøkelse av institusjoner

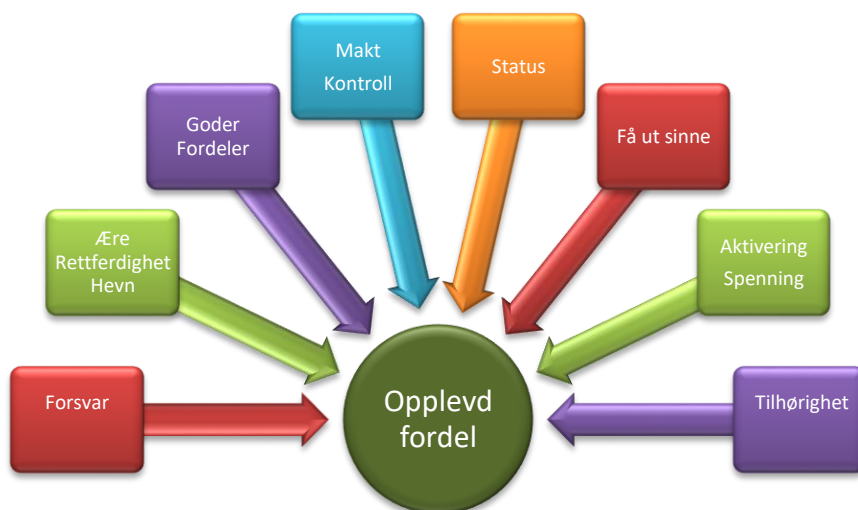
med sammenlignbare pasientgrupper og store ulikheter i pasientvold, konkluderte med at miljøvariabler som ledelse, kultur og regime kunne forklare variasjonen (Katz & Kirkland 1990).

Vår tilnærming til forståelse av voldelige pasienter

Videre i manualen vil vi ta utgangspunkt i beslutningsteori for å forstå aggressive handlinger, dvs. vi ser på selve beslutningen som *den umiddelbare årsaken* til voldshandlingen. Mange faktorer vil begrense pasientens evne til å

foreta valg, som irrasjonelle og fastlåste overbevisninger og manglende innsikt i egne motiv, atferd og konsekvenser av denne. Det er derfor viktig å analysere beslutningsforløpet, og å spørre om hva som ønskes oppnådd, til hvilke omkostninger og hvor gjennomførbart handlingsalternativet er.

Det første spørsmålet gjelder altså hva som *motiverer* handlingen. Det kan være mange og til dels svært ulike grunner for å utøve vold og her er noen sentrale (fig 3) motivasjonskilder:



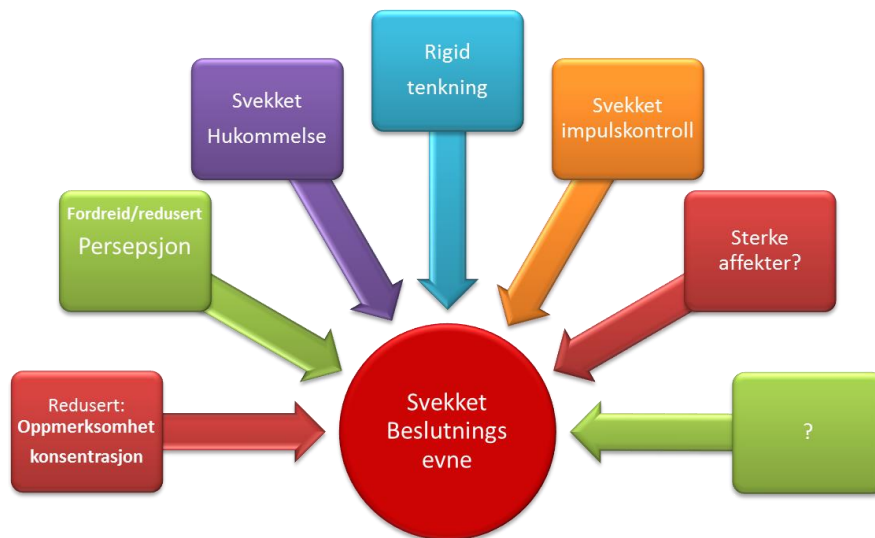
Figur 3 Motivasjonskilder

Et neste spørsmål er hva som kan bidra til å *svekke* våre naturlige *sperrer*. Vi har alle en rekke gode grunner for å unngå vold, og selv for personer med aggresjonsproblemer vil de aller fleste beslutninger dreie seg om *ikke* å velge dette alternativet (fig 4).



Figur 4 Hemmingsreduksjon

Et tredje spørsmål er hva som kan *destabilisere* pasientens evne til å vurdere handlingsalternativ (fig5). Det er oftest svært gode grunner til å velge andre løsninger, men av ulike grunner kan vurderingsevnen være svekket og bidra til uheldige valg.



Figur 5 Destabilisatorer

I arbeid med aggresjonsproblemer vil det derfor være viktig å utforske pasientens utgangspunkt for å velge vold som problemløsning. Dette forutsetter godt kjennskap til pasienten og vil ta tid. Det dreier seg om hypotesetesting og krever analytisk evne. Hva kan kjennetegne slike hypoteser om beslutningsforløp?

Mye pasientaggresjon skjer i akutfase og tidlig under sykehusopphold. Vanlige foranledninger for aggresjon hos inneliggende pasienter er knyttet til grensesetting, dvs. opplevelse av urimelige, provoserende og krenkende restriksjoner ved avdelingsmiljøet (Bjørkly 1999, Whittington 1996). Kan vi anta at motiv som å få ut sinne, oppnå rettferdighet eller gjenopprette status her vil være vanlige? Samtidig vil aktive psykotiske symptomer, evt. følger av rusbruk, livskriser og vanskelige livssituasjoner kunne bidra til at vanlige sperrer mot vold svekkes samtidig med et mer konfliktpreget forhold til omgivelsene, håpløshet eller negative holdninger. Sterke affekter og svekket impuls kontroll som følge av tilstand kan bidra til svekket vurderingsevne. Aggressivitet og voldsrisiko reduseres i tråd med normalisering av tilstanden (Mellesdal 2003, Steadman m.fl. 2001).

En del pasienter har mer kronisk aggressivitet, knyttet til personlighetstrekk, eller til tilstander som er vanskelig å behandle. I tillegg til motivene nevnt i avsnittet over, kan vrangforestillinger og persepsjonsforstyrrelser hos slike pasienter ligge til grunn for opplevd behov for å forsvare seg, antisosiale trekk kan bidra til ønske om å oppnå kontroll eller få tak i goder og fordeler, eller pasienten kan ha et intenst behov for å sikre tilknytning og nærhet. Slike pasienter kan ha kronisk redusert empati, eller mangle sperrer mot vold av andre grunner. Det kan også være flere ulike årsaker til svikt i vurderingsevne, knyttet til ulike former for kognitiv svikt. For slike pasienter er det viktig å utforske og beskrive individuelle særpreg i beslutningsmønstre.

Litteraturhenvisninger til kapittel 1: Aggresjonsforståelse

Bjørkly S. Aggresjonens psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.

Nærde, A. m.fl. Kan små barn være aggressive? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 49, nummer 2, 2012, side 180-183

Pinker, S. The Better Angels of our Nature. London: Penguin Books; 2011.WHO (2002)

Stene, R.J. (2014). Mindre del av befolkningen utsatt. Samfunnspeilet, 5/2014. Statistisk Sentralbyrå.

Campbell, A. (2006). Sex differences in direct aggression: what are the psychological mediators? Aggression and Violent Behavior, 11, 237-264.

Crick, N.R. & Dodge, K.A (1996). Social information-processing mechanism in reactive and proactive aggression. Child Development, 67: 993-1012.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health, 1999; 89(9): 1328-1333.

NOU 2010: 3. Drap i Norge i perioden 2004-2009. Helse og Omsorgsdepartementet.

Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Community Psychiatry. 1990;41(7):761-770.

Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):152-61.

Nielssen, O., Large, A. (2010). Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 36, 702-712.

Jennings, W.G., Piquero, A.R., Reingle, J.M., (2012). On the overlap between victimization and offending: A review of the literature (Review). Aggression and Violent Behavior, 17 (1), 16-26.

Mellesdal L. Aggression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study. Psychological Reports. 2003;92:1229-48.

Urheim, R, Stangeland, A. (2008). Skademeldinger ved Sandviken sykehus (1995-1999). Hovedtrekk og sammenhenger. Fagdag, Psykiatridivisjonen, Helse Bergen, 2008.

Hartvig P, Østberg B, Alfarnes SA, Moger TA, Skjønberg M, Bjørkly S. Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10). <http://www.forensic-psychiatry.no>, 2007.

- Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(5):393-401.
- Taylor, P. Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry*. 1985; 147:491-8.
- Douglas, KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a Risk Factor for Violence to others: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. 2009; 135(5):679-706.
- Raine, A. (2014). *The anatomy of violence*. Penguin Books, N.Y.
- Nijman, H, Muris, P, Merchelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos A, et al. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggr Behav*. 1999;25:197-209.
- Björkly, S. (1996). Report form for aggressive episodes: Preliminary report. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 1139-1152.
- Baumeister, R. (1999). *Evil: inside human violence cruelty*. Freeman and Company, New York
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*, 50(5), 469-478.
- Freud S. *Civilization and its Discontents*. London: Hogarth Press; 1930.
- Lorenz K. *On Aggression*. New York: Routledge; 1966. Bandura A. *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1973. Tremblay 2002
- WHO. *World report on violence and health: summary*. Geneva 2002.
- Pinker S. *The Better Angels of our Nature*. London: Penguin Books; 2011.
- Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, Stolker J. Fifteen years of research with Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;2004:1-10.
- Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:133-41.
- Katz P, Kirkland FR. Violence and Social Structure on Mental Hospital Wards. *Psychiatry* 1990;53:262-77.
- Whittington R, Wykes T. Going in strong!: Confrontive coping by staff. *The journal of forensic psychiatry & psychology*. 1994;5:609-14.
- Björkly, S. (1999). A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scand J Psychol*, 40(1), 57-63
- Mellesdal L. Aggression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study. *Psychological Reports*. 2003;92:1229-48.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(5):393-401.