

STEN LEVANDER FEM TYPER AV PSYKISKA STÖRNINGAR SOM POLISER OCH ANDRA INOM RÄTTSVÄSENDET OFTA MÖTER

Kunskapsbaserade råd om bedömning och bemötande



MALMÖ HÖGSKOLA

FEM TYPER AV PSYKISKA STÖRNINGAR SOM POLISER OCH
ANDRA INOM RÄTTSVÄSENDET OFTA MÖTER

FoU Rapport 2017:2

© Sten Levander, 2017

Foto: Matton Images

ISBN 978-91-7104-830-1 (tryck)

ISBN 978-91-7104-831-8 (pdf)

ISSN 1650-2337

Holmbergs, Malmö 2017

STEN LEVANDER

**FEM TYPER AV PSYKISKA
STÖRNINGAR SOM POLISER
OCH ANDRA INOM
RÄTTSVÄSENDET OFTA MÖTER**

Kunskapsbaserade råd om bedömning och bemötande

Malmö högskola, 2017
Institutionen för kriminologi
Fakulteten för hälsa och samhälle

Publikationen finns även elektroniskt på:
www.mah.se/muep

INNEHÅLL

FÖRORD	7
1 INTRODUKTION	9
1.1 Varför behöver poliser kunskaper om psykiska störningar?	9
1.2 Kriminalitet och psykiatri	11
2 FEM PSYKIATRISKA DIAGNOSER SOM POLISEN MÖTER I ARBETET	15
2.1 Personlighetsstörningar, särskilt Dys-social personlighetsstörning	15
2.2 Missbruk (Beroende)	15
2.3 Neuropsykiatriska diagnoser	16
2.4 Psykossjukdomar och Hjärnskador	16
2.5 Reaktionen på negativa livshändelser (ångest- depressions- och tvångssjukdomar)	17
3 TEORI SOM GUIDE	18
4 GENOMGÅNG AV DE FYRA FÖRSTA DIAGNOSGRUPPERNA	22
4.1 Dys-social personlighetsstörning, Kroniskt kriminella och Psykopater	22
4.2 Missbrukare och missbruksmedel	25
4.3 Neuropsykiatri och Hjärnskador	31
4.5 Psykossjukdomar - diagnoser	42
5 ÅNGEST, SKRÄCK OCH DEPRESSION UTLÖST AV NEGATIVA LIVSHÄNDELSE	54
5.1 Akut skräckreaktion	54
5.2 Panikångestsjukdom	55

5.3 Post-traumatisk stress-sjukdom (PTSD)	56
5.4 Tvångssjukdomar	57
6 PSYKIATRI OCH UTLANDSFÖDDA, NÅGRA KOMMENTARER OM KULTURKOMPETENS	59
7 RISKBEDÖMNINGSINSTRUMENT	62
Kort sammanfattning	66
REFERENSER	73
APPENDIX	
Riktlinjer för bemötande av personlighetsstörda.....	75

FÖRORD

Denna text har utarbetats enligt en beställning till författaren från Polismyndigheten. Jag har haft tre typer av källor för det jag skrivit – egen erfarenhet, läroböcker i psykiatri, och forskningslitteraturen. Beträffande egen erfarenhet: jag har arbetat med forskningsprojekt inom området sedan 1963, och kliniskt (dvs. mött patienter) sedan 1966. Jag är psykolog och läkare, med specialistutbildning inom allmänpsykiatri och rättspsykiatri, samt psykodynamisk psykoterapi. Under min akademiska karriär har jag innehaft professurer i allmänpsykiatri och i rättspsykiatri, i Sverige och i Norge. Som pensionär är jag gästlärare på deltid vid Institutionen för Kriminologi, Malmö högskola.

I texten redovisar jag sakförhållanden som antingen är självklara eller finns redovisade i psykiatriska standardläroböcker. Där detta inte räcker hänvisar jag till specifika referenser, vanligen artiklar som publicerats i internationella tidskrifter på engelska.

Denna text var inte tänkt som en lärobok i psykiatri men en kortfattad text som riktar sig till en specifik yrkeskår, poliser. Efterhand har jag insett att texten är relevant också för andra yrkesgrupper med kontakter inom rättsväsendet t.ex. jurister. I juristutbildningen ingår ingen undervisning om psykiska störningar – samtidigt som psykiska störningar är mycket vanliga både bland brottslingar och brottsoffer. Väktare är en annan grupp som borde ha nytta av texten. Socionomer är ännu en yrkesgrupp vars klienter har påtagliga psykiatriska problem, men där sådan undervisning inte ges under den 3-åriga

grundutbildningen. Slutligen, psykiatri är ett fascinerande kunskapsområde som intresserar och berör många utanför de ovan nämnda professionerna, inklusive politiker.

Vill man veta mer om psykiatri och diagnoser kan man börja med att läsa en mycket kortfattad introduktion till psykiatriska diagnoser:

Herlofsson J. MiniPsykiatri. Stockholm 2014: Pilgrim Press.

Vill man läsa en basal lärobok som inte riktar sig till specialister i psykiatri och som därför är kurslitteratur vid många kurser i psykiatri inom utbildningar till sjuksköterska, socionom etc. är följande bok ett alternativ:

Levander S, Adler H, Gefvert O, Tuninger E. Introduktion till Psykiatri. Lund, 2017, Studentlitteratur.

Vill man läsa en omfattande lärobok som riktar sig till specialister i psykiatri kan man läsa:

Herlofsson J, Ekselius L, Lundh LG, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M. Psykiatri. Lund 2010; Studentlitteratur.

Mini-D-5 är en kortfattad förteckning över psykiatriska diagnoser och diagnoskriterier utgiven av Herlofsson på förlaget Pilgrim i Stockholm. Den kan vara bra att ha tillgång till och den har ett praktiskt fick-format.

I föreliggande text finns alltså referenser till annan litteratur när det skrivna inte täcks av informationen i ovan angivna läroböcker.

2017-09-21 / Sten Levander

1 INTRODUCTION

1.1 Varför behöver poliser kunskaper om psykiska störningar?

Psykiska störningar är ofta kopplade med avvikelser i samspelet med andra människor. En del av dessa beteendeavvikelser uppfattas som bara udda. En del ger upphov till obehagskänslor eller ogillande och kan leda till avståndstagande och därmed social isolering för den som avviker. Många psykiska störningar är lindriga och polisiärt ointressanta. Vissa typer av störningar är dock kopplade med en avsevärt förhöjd kriminalitet utan att vara särskilt allvarliga symtommässigt (personlighetsstörning + missbruk). För personer med mycket allvarliga psykiska störningar (ungefär 4% i befolkningen) är det så stora problem i samspelet med andra att kriminalitetsrisken borde vara starkt förhöjd. I realiteten är den bara måttligt förhöjd (c:a fem-dubblad), därför att de lever socialt isolerade och alltså inte exponeras/utsätts för sådant som kan vara provocerande eller frestande. En relativt vanlig typ av sådant våld är det som utövas mot föräldrar till personer med allvarlig psykisk störning betingad av psykoser, hjärnskador eller autism (Hanzawa S, Baet et al., 2013; Volavka, 2013). Tidigare vårdades sådana personer på institution, numera bor de hemma eller har en mycket tät kontakt med föräldrarna/nära anhöriga.

En del beteenden som karakteriserar personer med psykisk störning är inte bara ogillade, de är också brottsliga samtidigt som de är genuina uttryck för den psykiska störningen. Därför möter poliser många psykiskt störda människor i arbetet, och därför är det viktigt att de har tillräckliga kunskaper om sådana störningar för att kunna bedöma den enskilda individen.

Polisen bedriver med nödvändighet en sorts samhällelig akutverksamhet ute på fältet, i olika former (Piketen/Ni, NÄPO), egentligen nästan all polisverksamhet. I sådan verksamhet är det viktigt att kunna identifiera akuta medicinska behandlingsbehov, att kunna skilja på ”normala” och avvikande drogreaktioner, och att kunna göra riskbedömningar med kort tidshorisont (de närmaste timmarna).

Utredande poliser ska förse rättssystemets aktörer med relevant information. Det svenska rättssystemet var unikt i världen under åren 1914 – 2004 genom att sakna intresse för uppsåtsfrågan (Levander, 2010a). Detta har nu ändrat sig och utvecklingen fortsätter. Sinnesstillståndet i gärningsögonblicket (och därmed uppsåtet med brottet) har blivit en viktig faktor för påföljdsfrågan. Polisens observationer i direkt anslutning till brottsögonblicket är kritiskt viktiga – och man måste veta vad man ska titta efter och dokumentera (se exempel nedan). Psykiska störningar är en vanlig orsak till irrationellt beteende. Det dröjer ofta länge innan en gärningsperson som gripits och anhållits bedöms psykiatriskt, och det psykiska tillstånd som ledde till brottet kan vid det laget ha klingat av. Polisen har här en nyckelroll därför att man är på plats just där och då och den rollen har man inte haft på samma sätt tidigare.

Exempel: Ett dubbelmord (”vansinnesdåd”) i närheten av Linköping 2013, jag var partssakkunnig vid rättegången.

Gärningsmannen grips strax efter brotten av en hundpatrull – beskrivs som ”bindgalen” och han bältades under 60 timmar på den psykiatriska slutenvårdsenhet dit han förts, med vårdintyg. Provtagning skedde sent – och då har många substanser (vissa centralstimulantia) försvunnit ur blodet. Gärningsmannen var, när han kvicknade till, oförstående med avseende på varför han gripits. Han fick då en utförlig redogörelse under det första förhöret för hela händelseförloppet. Därmed försvann möjligheten att värdera hur mycket han kom ihåg och att rekonstruera hans uppsåt: om det var mord, dråp, grovt vållande eller avsaknad av uppsåt. Enligt Hovrättsdomen ”visste han vad han gjorde och var likgiltig för de lidande han påförde andra”. Han dömdes till livstids fängelse.

Givetvis finns det en rad andra former av polisarbete där psykiatrisk kunskap är av värde. Det nu skrivna får ses som ett antal exempel bland många.

1.2 Kriminalitet och psykiatri

För att kalla något för ett brott krävs ett ”ont uppsåt” som i sin tur förutsätter att gärningsmannen förstår handlingens innebörd och sannolika konsekvenser, dvs. har förmåga att resonera förnuftigt och värdera handlingen moraliskt. Dessutom måste han/hon kunna välja mellan de handlingsalternativ som finns i medvetandet, dvs. ha ”fri vilja”. Detta är grundtanken i Tillräknelighetsläran som är ett centralt straffrättsligt begrepp i alla länder utom Sverige (Levander, 2010a). Är man otillräknelig i gärningsögonblicket (”rår inte för det man gör”) ska man inte straffas för det (Aristoteles, c:350 f. Kr.; NOU 2014:10). Under de senaste 50 åren (från 1964) har vi i Sverige haft en annan, behandlingsinriktad, straffrättslig modell¹ men vi kommer sannolikt att återinföra ett tillräknelighetsbegrepp före 2020 (Prop. 2000/01:85 tillräknelighet). Skillnaden blir inte stor, svensk rättspraxis skiljer sig allt mindre från praxis enligt tillräknelighetsläran.

Varje brott omfattar en gärningsman (individfaktorer), en situation som inbjuder till brott, och en bredare kontext som bäst beskrivs med begrepp från olika samhällsvetenskaper och från rättsvetenskap. I denna text fokuseras på individperspektivet, vilket inte betyder att de övriga perspektiven är oviktiga. Det som ska belysas är vad poliser möter ”därute” i form av människor som begår brott eller som utsätts för brott.

De senaste decennierna har begreppen trajectories: (spår) och pathways (utvecklingsmönster) fått stort utrymme i forskningen om kriminella karriärer (Blokland et al., 2005; Laub & Sampson, 2003; Moffitt et al., 2001; Piquero et al., 2007). Den forskning som har kommit att få stor betydelse för karriärforskningen är den ”taxonomi” som presenterades av Moffitt i början av 1990-talet (1993). Moffitt definierar två huvudspår i kriminalitet: dels det hon kallar ”life-course persistent criminals” (LCP, *livsförloppskriminella*) karaktäriserade av tidig debut och en relativt stabil kriminalitetsutveckling över stora delar av livsförloppet; dels ”adolescent-limited

criminals” (AL, *tillfälligt ungdomskriminella*) med en senare debut och en brottslighet som är koncentrerad till ungdomsperioden. Det finns givetvis personer som begår brott men som inte passar in i någon av dessa grupper – en sådan grupp är de allvarligt psykiskt störda, en annan där brottet är en engångsföreteelse: vissa faktorer råkar vara på plats samtidigt men sannolikheten för att detta ska inträffa igen är liten.

Kriminologisk forskning sedan (faktiskt) nästan 200 år visar att få står för mycket: ett litet antal personer (främst **livsförloppskriminella**, se ovan) står för merparten av den samlade kriminaliteten i ett samhälle. Sådana personer har en ökad brottsbenägenhet och begår brott därför att de har avvikande sätt att tänka, känna och handla, och därmed i flertalet fall minst en psykiatrisk diagnos. I kontakten med dessa behöver polisen specifik kompetens.

Resten av samhällets brottslighet begås av ett betydligt större antal personer som var och en begår ett litet antal brott, oftast under en avgränsad tid. Låt oss kalla detta tillfällesbrottslingar. En för polisen intressant subgrupp är den ovan beskrivna gruppen av **tillfälligt ungdomskriminella** med en brottslighet som är koncentrerad till mitten av tonåren (15-17). I gruppen är det en viss övervikt för ungdomar som kommer från problemfyllda bostadsområden. Deras eventuella missbruk är tillfälligt och kommer att upphöra i tidig vuxenålder. De har i större utsträckning än normal-tonåringarna personlighetsdrag med inslag av impulsivitet och spänningssökande, men inte några tyngre psykiatriska problem. I kontakten med sådana individer klara man sig utmärkt med allmänmänsklig social kompetens och den professionella yrkesrollen.

En annan grupp av tillfällesbrottslingar är personer med mer allvarliga psykiska störningar: hjärnskador, neuropsykiatriska tillstånd, psykossjukdomar. I kontakten med dessa är det särskilt viktigt att polisen har specifik kompetens.

En ytterligare grupp utgörs av personer med missbruk som huvudproblem – de psykiatriska problem de ofta har är sekundära till missbruket. Missbruk är i och för sig en egen psykiatrisk diagnos. Det ska

vidare noteras att andelen personer med missbruk i de övriga grupperna kan vara mycket hög. Polisen behöver kunskap om missbruk, både som enskilt problem och i kombination med andra diagnoser.

Slutligen finns det personer där brottet är en ren engångsföreteelse.

Faktaruta 1 – Grupper av vuxna som har begått brott

Grupp	Psyksiska problem	Missbruk
Livsstilskriminella	Lätta/måttliga	Ung. 80%
Begränsat tonårskriminella	Nej	Sällan
Psykiskt svårt störda	Svåra	Ung. 40%
Missbrukare	Lätta/måttliga	100%
Övriga	Nej	Sällan

Polisen har ofta den första kontakten med brottsoffer – dessa reagerar i många fall på ett sådant sätt på den akuta belastningen att man gör ett bättre arbete om man har kunskaper om sådana reaktioner och hur de ska hanteras för att minimera framtida psykiatriska problem för de drabbade (psykologiskt första förband).

Alla människor har en individuell ”psykologi” som beskriver normala såväl som avvikande sätt att fungera i termer av egenskaper och färdigheter (kompetens), samt erfarenheter under livsförloppet. Psykiatri beskriver mer eller mindre ”sjukliga” företeelser i form av diagnoser, som finns uppräknade och definierade i en diagnosförteckning, i Sverige antingen DSM-5 eller ICD-10 (sök på nätet för mer info).

Hur många människor i Sverige har minst en psykiatrisk diagnos, här och nu? Förmodligen c:a 25%. Hur många har vid minst ett tillfälle haft en sådan diagnos när man tittar bakåt vid 70 års ålder (innan demenssjukdomar börjar bli vanliga). Förmodligen klart mer än 50%. Kriminella då (bortsett från tillfällesbrottslingar)? Minst 85% här och nu, och 100% i ett livsförloppsperspektiv (Levander, 2010b). Dessutom – denna grupp kriminella har typiskt minst fyra

olika psykiatriska diagnoser vid ett givet tillfälle. Eftersom det är så, behöver poliser vara teoretiskt välorienterade om de diagnoser som är vanliga bland kriminella, hur sådana personer uppfattar omgivningen, hur de tänker och hur de väljer sina handlingar. Poliser behöver självklart också förtrogenhetskunskap – sådant man lär sig av egen erfarenhet och sådant som förmedlas av erfarna kolleger (magkänsla, vardagskompetens).

2 FEM PSYKIATRISKA DIAGNOSER SOM POLISEN MÖTER I ARBETET

2.1 Personlighetsstörningar, särskilt Dys-social personlighetsstörning

Den absolut vanligaste psykiatriska diagnosen bland människor som begått upprepade brott eller minst ett allvarligt brott är Dys-social (eller antisocial) personlighetsstörning. Diagnosen motsvarar i stort sett det som bland kriminologer som studerar livsförlopp kallas Kroniskt kriminella (KK), på engelska *Life Course Persistent (LCP) criminals* (Piquero, Farrington & Blumstein, 2007; Torstensson Levander, 2014). Ungefär en fjärdedel har kriminologiskt relevanta tilläggsproblem av ett visst slag – vi kan kalla detta psykopati (Hare, 1997; Few, Miller & Lynam, 2013; Neumann & Pardini, 2014). Problemen startar alltid i barndomen, vanligtvis tidigt dvs. före 4 års ålder. Man skulle kunna förebygga att problemen blir allvarliga genom lika tidiga insatser och åtgärder. Det gör man inte.

2.2 Missbruk (Beroende)

Den näst vanligaste diagnosen är missbruk². Missbruk innebär att användningen av missbruksmedel har medfört åtminstone **negativa sociala konsekvenser** – i svårare fall blir det också negativa konsekvenser för den **kroppsliga hälsan**. Missbruk medför dessutom att personligheten påverkas negativt, man blir ”annorlunda” med avseende på kontroll över känslor och impulser, sätt att tänka och sätt att samspela socialt med andra människor.

2.3 Neuropsykiatriska diagnoser

På tredje plats kommer olika neuropsykiatriska diagnoser som i princip beskriver ett antal funktionshinder, t.ex. svårigheter att fokusera uppmärksamhet och att kontrollera impulser och aggressivitet (kort stubin), dåliga minnesbilder bakåt och avsaknad av framförhållning (här & nu, allt genast), problem att avkoda sociala signaler, ta hänsyn till andra, följa regler och respektera auktoriteter (t.ex. föräldrar och lärare). Också dessa problem kan identifieras tidigt, vanligtvis från fyra års ålder. Beteendet kvarstår i vuxen ålder men ändrar ofta karaktär: man lägger sig inte på golvet och sparkar och skriker sig blå i ansiktet som en tre-åring när något går en emot. Man kanske tar fram en kniv och viftar med den.

2.4 Psykossjukdomar och Hjärnskador

Knappt 2% av normalbefolkningen har en psykossjukdom. Minst fyra gånger så många bland personer som begått brott har en sådan diagnos. Den vanligaste bland dessa är schizofreni, med bipolär affektiv sjukdom (den gamla diagnosen mano-depressiv) på andra plats och vanföreställnings syndrom (olika former av ”förföljelsemani”, paranoia) på tredje.

Psykossjukdomar debuterar i regel i tidigt vuxenliv och har ett sjukdomsförlopp med långa perioder (många månader) av relativ symtomfrihet avbrutna av kortvariga akuta episoder under vilka man inte förstår att man är sjuk och behöver hjälp. Man är inte frisk under de lugna perioderna heller, sjukdomen deformerar personligheten och ger i en majoritet av fallen en viss förlust i tankemässiga och sociala funktioner. Man är på så sätt mer brottsbenägen än andra men lever så isolerat att man bara sällan utsätts för brottsframkallande situationer. Detta kompenserar mer än väl för den ökade brottsbenägenheten på gruppnivå. Brottsligheten är starkt kopplad med akuta episoder eller aktivt missbruk.

Akuta psykoser, med förvirring som vanligaste symtom, kan utlösas av många olika orsaker, t.ex. droger, extrem stress och bakomliggande medicinska och neurologiska sjukdomar. När psykosen är över är man psykiatriskt sett återställd, till skillnad från psykossjukdomarnas akuta episoder. Eftersom medicinska orsaker är vanliga måste polisen

i varje enskilt fall utgå från att Åtgärd 1 är att personen i fråga ska bedömas av sjukvårdskunnig personal.

Hjärnskador ger förändringar i förmågan att tänka, känna och handla – olika beroende på var skadan sitter i hjärnan och vad som orsakade skadan (blödning, propp, infektion, tumör, traumatisk skada, m.m.). En del hjärnskador är kopplade med ökad kriminalitet – och det kriminella livet medför ökad risk för hjärnskador pga. t.ex. skallskador och drogöverdoser. Det är därför vanligt att kroniskt kriminella har tilläggsproblem i form av hjärnskador (Levander, 2010b).

2.5 Reaktioner på negativa livshändelser (ångest- depressions- och tvångssjukdomar)

Människor reagerar med rädsla och ångest på yttre hot, och med nedstämdhet på förluster och sociala kränkningar. Detta är normalt så länge reaktionerna inte är alltför starka i förhållande till livshändelsen, eller för utdragna i tiden. I sådana fall kvalificerar man sig för vissa psykiatriska diagnoser: ångestsjukdomar och affektiva sjukdomar³. Reaktionerna i sig möter den enskilda polisen ständigt i kontakter med brottsutsatta, till exempel *den akuta skräckreaktionen*, och *den akuta sorgreaktionen*. Vid upprepad utsatthet (t.ex. att leva med en våldsbenägen partner) är det vanligt att brottsoffret utvecklar en *post-traumatisk stressreaktion* (en psykisk störning med lättväckt ångest, skannar av omgivningen efter faror, får flash-backs av tidigare våld/hot, sömnsvårigheter, mardrömmar, se nedan).

Kriminella begår inte bara brott, de utsätts i mycket större utsträckning än andra för brott och andra negativa livshändelser, och deras livssituation är sällan tillfredsställande. De har all anledning att ha ångest och vara nedstämda. Med detta följer bl.a. avsevärda sömnsvårigheter som inte förbättrar det psykiska tillståndet. Minst 35% av de kriminella uppfyller diagnoskriterier för pågående ångest- eller depressionssjukdom (Levander, 2010b). Många självmedicinerar för sådana besvär, oftast med illegala bensodiazepiner som t.ex. Stesolid, Xanor och Sobril (dvs. begår narkotikabrott), men också med cannabis och opiater (t.ex. Tramadol).

3 TEORI SOM GUIDE

En central utgångspunkt för att lyckas i arbetet med att förebygga och förhindra kriminalitet är en grundläggande förståelse – en teori - för de huvudfaktorer som styr individers beteende. En sådan förståelse eller teori kan också hjälpa oss att sortera situationer och individer, för att på så vis vägleda oss i det dagliga arbetet: “hur ska vi reagera på/bemöta/behandla den ena och den andra handlingen, situationen, individen?”. När kan det bli farligt?

Brottsliga handlingar är *(som allt annat beteende) ett resultat av den motivation som uppstår i samspelet mellan individuell benägenhet och situation* (se t.ex. Wikström, 2006). Brottet kan ses som en konsekvens av hur individen upplever olika alternativ (brott/icke-brott) och en valprocess (moraliska överväganden och förmågan att utöva självkontroll). Detta är i sin tur beroende av samspelet med olika kriminogena egenskaper i miljön runt individen (frestelser, provokationer, konfrontationer, avskräckning).

Specifika kombinationer av individer och miljöer utlöser med viss förutsägbarhet specifika handlingar. En utmaning är att kunna specificera en korstabell där varje ruta/fält specificerar vilka markörer som sannolikt kommer att resultera i vissa typer av handlingar. Kort och gott: i vilka situationer kommer vilka individer att handla på ett visst sätt?

Tankegångarna illustreras i följande sex scenarier som knyter an till kriminologisk teori (Situationell handlingsteori, Wikström, et al, 2012) och relevanta psykiatriska diagnoser.

3.1

Sen kväll, en äldre tämligen berusad man är på väg hem efter att ha firat en lotterivinst, plånboken är tjock och är bara halvt nedkörd i fickan. I ett gathörn passerar han en ung man, uppvuxen i ett segregerat bostadsområde, han har misslyckats i skolan, är arbetslös, har ADHD-problem och narkotikaskulder till brottsaktiva personer i lokalområdet. Alla riskfaktorer för kriminalitet är på plats. Varför blir den äldre mannen inte rånad direkt? Därför att tre meter bort står två uniformerade poliser. Den unge mannen väger för och emot och väljer det handlingsalternativ som är bäst för honom i den aktuella situationen. Brott är vanligtvis en handling som man väljer aktivt, man är inte ett passivt offer för sin bakgrund och historia.

Kommentar: Oavsett om denne unge man är en blivande livsstilskriminell eller en tonårsbegränsat kriminell har han tillräcklig självkontroll för att avstå från brott på rationella grunder. Samvete behövs inte, avskräckning räcker.

3.2

Tänk bort poliserna – platsen är öde, risken för upptäckt är nära noll. Den unge mannen löser sina ekonomiska problem genom att råna den äldre. Såvida han inte, dagen innan, blivit frälst och bestämt sig för att i fortsättningen handla rätt och laglydigt. Han handlar då på samma sätt som ”vanliga” unga män som i sin uppfostran lärt sig vad som är rätt och fel. De är utrustade med samvete och förmåga till medkänsla och skulle aldrig överväga att råna någon, oavsett upptäcktsrisk.

Kommentar: Samvete är en komponent bland andra i teorin för att förklara brott. De flesta människor har samvete som starkt reducerar risken för kriminalitet. Finns det inte måste man förhindra brott på andra sätt.

3.3

Anta nu att poliserna är på plats men det är också en massa andra människor, bl.a. ett stort antal tonåringar. Bland dessa är vår unge man, omgiven av ett antal halv- och helkriminella kamrater. Som på en signal angrips den äldre mannen, rånet genomförs, och de skyldiga sprider sig och försvinner i folkvimlet. Individer är sällan lika brottsbenägna som brottsaktiva gäng med utarbetad gängidentitet, särskilt

om brotten inte bara ger ekonomiskt utbyte men också status effekter inom den grupp man identifierar sig med. Man har vänt upp och ner på skam och skuld. Dessutom, upptäcktsrisken behöver man inte ta hänsyn till för ”det händer ju inte något” i form av konkreta negativa konsekvenser som frihetsberövande etc. i det korta perspektivet om man är klart under 18. Tänka längre än så gör man inte. Notera att om de ledande i ett gäng frihetsberövas reduceras gängaktiviteterna avsevärt.

3.4

Poliserna är på plats igen men avskräckningen fungerar inte trots att platsen i övrigt är folktom. Den yngre (tidigare socialt välfungerande) mannen gör ett rån försök som direkt avbryts av poliserna. Han är själv, liksom den äldre mannen, alkoholpåverkad – den senare utredningen visar att han ibland reagerar avvikande på alkohol även när promillenivån är beskedlig. Han har ”dåligt ölsinne”. Han saknar minnesbilder av händelsen därför att han inte ”var sig själv” när det hände. Ansvar har han ändå (självpåfört rus ursäktar inte). Han borde avstå från alkohol och kan han inte det borde han söka hjälp för det problemet.

Kommentar: Ibland är en person ”inte sig själv” och beteendet blir personfrämmande. Efteråt konstaterar man det och ska sedan dra slutsatser. Vissa gör det, andra inte, och det hänger ihop med personens sociala anknytning, hur viktigt det är att vara accepterad, och om man har intakta samvetsfunktioner. Vi kan kalla sådana tillstånd ”dissociativa” och den vanligaste orsaken är drogreaktioner men det finns en rad alternativa orsaks mekanismer i form av kroppsliga sjukdomar.

3.5

Vi spelar upp scenen en gång till – den unge mannen har under de föregående veckorna utvecklat föreställningar om att ett antal utomjordingar invaderat planeten. Hans anhöriga har ännu inte lyckats få honom till läkare, själv saknar han sjukdomsinsikt och förstår inte att han har ett vårdbehov. När poliserna avbryter det som ser ut som ett rån försök undrar den unge mannen varför han inte får hjälp att ”terminera utomjordingen”.

Kommentar: Personens val av handling bygger på att han har insjuknat i en akut psykosepisod och inte längre kan skilja varken mellan fantasi och verklighet eller rätt och fel.

3.6

En man körde med sin bil i Gamla Stan i Stockholm, men upplevde att kontrollen över bilen plötsligt togs över av Coca-Cola-ligan. Bilen kördes i hög fart in på den smala Västerlånggatan, många människor blev påkörda och skadade, några dödligt. Detta, att inte längre kunna kontrollera sin kropp och därmed sina handlingar med en viljeakt, är ett ganska vanligt symptom vid schizofreni – ca 40% rapporterar att de haft sådana upplevelser, som dock sällan leder till brott.

Kommentar: Denna tankestörning – att en ond yttre makt tar över kontrollen av min kropp – är ett av de symptom som är särskilt starkt kopplade med våldsbrott bland personer med schizofrenidiagnos. Ett annat sådant symptom är befällande rösthallucinationer: ”stick kniven i utrikesministern”.

4 GENOMGÅNG AV DE FYRA FÖRSTA DIAGNOSGRUPPERNA

4.1 Dys-social personlighetsstörning, Kroniskt kriminella och Psykopater

Den absolut vanligaste psykiatriska diagnosen bland människor som begått upprepade brott är *Dys-social personlighetsstörning*. Bakgrunden till diagnosen beskrivs nedan.

En del barn är svårfostrade och ”besvärliga” under vissa faser av utvecklingen, andra är besvärliga under lång tid och utan begriplig orsak i familj och hemmiljö. Med besvärlig menar man: lyder inte, accepterar inte krav, käftar emot, tål inte tillrättavisningar, skyller på andra, hämndlystna, orimliga aggressiva utspel på minimala frustrationer, brist på ömsesidighet, vill stå först och ha mest utan hänsyn till andra. Först när sådana problem är långdragna och starkt påverkar familjeklimatet eller omgivningen ska man ställa den kliniska diagnosen **Trots-syndrom**. För förskolebarn är det ungefär samma frekvens och könsfördelning som för ADHD, 6% pojkar och 2% flickor. Upp mot puberteten minskar antalet som ”förtjänar” diagnosen och könskvoten blir jämnare. En anledning till minskningen är att många pojkar ”byter upp sig” diagnostiskt till ett mer allvarligt tillstånd: *Uppförandestörning* (se nedan).

Orsakerna till trotsyndromet är blandade. Ärftlighet finns för vissa av de personlighetsdrag som beskrivits ovan. Det betyder att föräldrarna kan ha liknande personlighetsdrag – butter envishet, straffar hellre än belönar, blir lätt förbannade, låg tolerans för barnets

viljeyttringar. Men att fostra ett sådant barn är inte lätt. Det kliar i fingrarna också på normal-snälla föräldrar när barnet driver spelet för långt. Går man som vuxen över gränsen och t.ex. slår barnet får man dåligt samvete och accepterar plötsligt utspel från barnet som var oacceptabla i går.

Uppfostran blir lynnig och inkonsekvent. Behandlingen är familjepedagogik och den fungerar, bättre ju tidigare man kan få till den. Utvecklas uppfostringssituationen till en maktkamp där ingen kan backa, då är risken stor att tillståndet i stället förvärras, till en **Uppförandestörning**. Den samlade kunskapen talar för att psykosociala orsaksfaktorer har störst tyngd vid Uppförandestörning.

Barn med trotssyndrom har i hälften av fallen också ADHD (se detta avsnitt), och ytterligare ett antal har andra typer av funktionshinder – inte minst dyslexi. Uppfostringssituationen blir ju inte lättare att hantera precis, och inte skolsituationen heller. I sådana fall bör man överväga läkemedelsbehandling för ADHD-komponenten, en behandling som nog kan ha en positiv effekt också på Trotssyndromet.

Uppförandestörning är en konsekvens av att man inte lyckats med uppfostran och skolgång för ett barn med trotssyndrom, med eller utan tilläggsproblem i form av ADHD. Övergången från trotsyndrom till uppförandestörning sker oftast mellan 10 och 13 års ålder. Betydligt fler pojkar än flickor gör denna resa. De mer eller mindre ”automatiska ochoreflekterade” negativa förhållningssätten som beskrivs inom ramen för ett trotssyndrom integreras i personligheten på ett mer medvetet sätt, man inleder bygget av *den antisociala/kriminella identiteten*. Man börjar förakta Svensson, hatar myndighetsrepresentanter och föräldrafigurer, blir mer grandios och narcissistisk och söker sig alltmer medvetet till likasinnade. Redan i förpuberteten upplever man sig som vuxen med de privilegier vuxna åtnjuter.

Diagnoskriterierna för Uppförandestörning utgörs av en uppräknning av antisociala och kriminella beteenden. Specifikt tittar man på aggressivitet mot människor och djur, skadegörelse, lögn/manipulation, stöld, andra allvarliga regelbrott och åldersinadekvata vuxenbeteenden.

En förutsättning för att kunna diagnosticeras som Dys-social personlighetsstörning (kan göras fr.o.m. 18 års ålder) är att man uppfyller diagnoskriterier för Uppförandestörning innan man fyllt 15. Eftersom minst 90% av de kroniskt kriminella (KK-personer) uppfyller diagnoskriterier för Dys-social personlighetsstörning måste de i ännu högre frekvens uppfylla diagnoskriterierna för Uppförandestörning. Vid Dys-social personlighetsstörning är två problemgrupper framträdande: **Livsstil/personlighet** som speglar här & nu-orientering, dålig impuls- och affektkontroll, behov av starka stimuli (kickar) och omväxling; samt **Norm- och Regelbrott** som gynnar en själv på bekostnad av andra.

Faktaruta 2 – Dys-social personlighetsstörning

Personlighet	Regelbrott
Impulsiv	Egoistisk-oempatisk
Starka upplevelser (Kickar)	Tillfredsställer främst egna behov
Snabbt uttråkad	Förstår inte regler
Dålig framförhållning	Tar genvägar

Psykopati är inte en medicinsk diagnos men ett väletablerat psykiatriskt begrepp. Ibland kallar man tillståndet ”Den mörka triaden” med hänvisning till Machiavellis bok från tidigt 1500-tal, Fursten, som avhandlar hur man skaffar sig och behåller makt och samtidigt får uppskattning som en god ledare i breda befolkningsgrupper. Psykiatriskt sett är psykopati en Dys-social personlighetsstörning som utöver livsstils- och regelbrottsproblemen omfattar ytterligare två typer av problem eller facetter (Psykopatifacett 1 & 2). **Facett 1** är en särskild stil i det sociala samspelet med andra – präglad av charm, lögn, manipulation och självförälskelse (narcissism). **Facett 2** avser avvikelser i känslolivet: vissa affekter (främst aggressivitet) presenterar sig snabbt och intensivt, men går samtidigt fort över. Förmågan att mobilisera affekter som rädsla, depressivitet och medkänsla är dåligt utvecklad. Man är ”fearless, callous and unemotional”. Avsaknaden av äkta och djupa känslor kompenseras socialt genom kalkylerat skådespeleri så att man får det man vill ha (social dominans).

Faktaruta 3 – Psykopati

Dys-social personlighetsstörning + följande:

Ytligt charmig, ljuger, manipulerar, grandios självbild

Saknar djupa känslor (ingen rädsla/ångest, nedstämdhet)

Snabb mobilisering av aggressivitet, men inte långsint

Skådespelar känslor övertygande

Tar inte ansvar – skyller ifrån sig

Obegripligt optimistisk om sin framtid

4.2 Missbrukare och missbruksmedel

Människor är nyfikna till sin natur och söker efter upplevelser och erfarenheter som skiljer sig från det som vardagslivet erbjuder. Musik, idrott, nya miljöer och att träffa nya människor kan ge oss sådana upplevelser. Hjärnans arbete bygger på kemiska reaktioner – följaktligen kan vissa kemiska substanser förändra våra upplevelser och vårt sätt att fungera – en genväg till lust. Sådana rusmedel är kända i alla kulturer – en del är socialt accepterade, andra inte. Opium var accepterat i Kina, koka i Sydamerika, haschisch i Nordafrika och alkohol, nikotin och kaffe i vår egen kultur.

Rusmedel har tre typer av användningar: *socialt* som en del i en kultur, *självmedicinering* för oönskade symtom t.ex. ångest och nedstämdhet, och som en genväg till *lustupplevelse*. Missbruksmedel har det gemensamt att de påverkar hjärnans dopaminsystem som vid aktivering ger en känsla av lust. Även om bruket av ett rusmedel startar som en del i det sociala samspelet med andra (nubben till kräftor), eller därför att man mår och fungerar bättre när man tar medlet i fråga (självmedicinering) finns det en risk att det under resans gång blir lustupplevelsen som är viktigast. Då ökar doserna och bruket övergår i missbruk (och får negativa sociala konsekvenser) eller i värsta fall i allvarligt missbruk (bruket har medfört kroppsliga/medicinska skador). Detta, att en stor andel av befolkningen utvecklar missbruk/beroende och att dessa personer inte längre bidrar positivt till samhället är skälet till att vi har kontrollsystem som begränsar användningen av rusmedel, särskilt de som inte är socialt accepterade i den egna kulturen.

Rusmedel har medicinska användningsområden. Alkohol i måttliga mängder har positiva effekter på hjärta och kärl om man har fyllt 50. Opiater är överlägset bra för att behandla smärttillstånd och är ett utmärkt antidepressivum. Centralstimulantia ”normaliserar” personer med ADHD och fungerar bra vid behandling av depression hos äldre. Haschisch är bra vid multipel skleros. Politikerna har svårt att hantera detta – hur ska regelverk och kontrollåtgärder utformas för att tillåta medicinsk användning men förbjuda samma substans när man berusar sig på den?

Rusmedel är olika – en viktig farmakologisk skillnad är om man behöver öka doserna för att få samma effekt (*toleransutveckling*) och om man drabbas av *kroppslig abstinens* när man inte kan fortsätta att ta det. Opiater, bensodiazepiner och alkohol är sådana – och abstinensreaktionerna är medicinskt riskabla bl.a. genom att risken är stor för epileptiska anfall och andra medicinska komplikationer.

Den mängd rusmedel som man behöver ta för att bli påverkad skiljer sig enormt: 0.1 mg THC (cannabis) vs 100 g alkohol (kvoten är ett genom en million). THC påverkar ett specifikt system i hjärnan och bara det -alkohol påverkar och skadar alla organ i kroppen.

Varje rusmedel har en typisk profil av effekter, från tidpunkten för intag av rusmedel tills berusningen är över, för en ”genomsnittlig” användare. Det finns emellertid inga ”genomsnittliga” användare – och individer reagerar olika på samma rusmedel och dos. En ångestpatient får ett panikanfall av 30 mg dexamfetamin, en övertrött ADHD-patient somnar. Under en missbrukskarriär förändras vanligen de kroppsliga reaktionerna på rusmedel – via toleransutveckling och hjärnskador.

Faktaruta 4 – Förväntade typiska ruseffekter

Alkohol	Impulsiv, kort framförhållning, flamsig, ångestreduktion Är initialt centralstimulerande, senare dämpande, irriterabilitet
Cannabis	Passiviserande, Dämpande, mildt hallucinogent, hunger
Centralstim.	Aktiverande, tappar fokus, hypersexuell, irriterabel/aggressiv
Opiater	Passiviserande, smärtökänslig, osocial, ångestdämpande, antidepressiv
Bensodiaz.	Som alkohol, uttalad ångestreduktion, men "snedtändning" är vanlig

En del individer reagerar helt annorlunda på ett visst rusmedel, i sådana fall rör det sig om avvikande rusreaktioner. Alkohol är det största problemet därvidlag – i vardagslag kallar vi det "dåligt ölsinne". Just personer med ADHD reagerar ofta avvikande på alkohol – och begår brott i detta tillstånd (Dalteg, Lindgren & Levander, 1999). Frågar man fängelseintagna (som ofta har ADHD) rapporterar 30% att de har reagerat så. Hälften av dessa dricker därför inte alkohol längre – den andra halvan bryr sig inte. Egna data talar för att vart sjunde våldsbrott har begåtts i samband med en avvikande alkoholreaktion. Om mängden alkohol i blodet är låg (omkring 0.5 promille) kallar vi det "patologiskt rus". Avvikande rusreaktioner är alltså vanliga, svårhanterliga, medicinskt riskabla och kopplade med våldsbrott.

Är det första gången detta händer kan man inte förutse det. Man "rår inte för" det man gör – man har ju inte något uppsåt att göra det man gör. Bara observationer i direkt anslutning till gärningen kan hjälpa oss att skilja mellan förväntade drogeffekter och avvikande drogreaktioner. *Polisen är en nyckelperson i sådana sammanhang.*

Alkohol som missbruksdrog är direkt och starkt kopplat med våld. Bensodiazepiner (Stesolid, Xanor, Iktorivil) har en liknande effektprofil, och det gäller särskilt de mest högpotenta som Rohypnol och Halcion (Dåderman, Fredriksson et al., 2004). Kombinationsrus

alkohol/bensodiazepiner och centralstimulantia/bensodiazepiner är vanliga och riskabla, dels därför att beteendet blir svårförutsebart på gränsen till obegripligt, dels därför att sådana tillstånd kan kräva akut medicinsk behandling.

Centralstimulantia (amfetamin, kokain) kan öka våldsriskerna genom att verkligheten feltolkas – ”noijsa” – dvs. ökad misstänksamhet och känsla av att man är förföljd eller under attack.

Hallucinogener av LSD-typ ger alltid en förändrad verklighetsuppfattning. Den påverkade lever i sin egen värld och agerar utifrån vad hen ser av och tror om den, men substanserna är inte i sig aggressionshöjande.

Anabola steroider är syntetiskt manligt könshormon, som ökar irritabilitet och aggressivitet hos en del personer. Även andra ”kosttillskott” kan ha sådana effekter – när man köper dessa via nätet vet man sällan vad man egentligen får.

Övriga missbruksmedel ökar inte aggressiviteten. Kopplingen med kriminalitet är annorlunda, dels via behovet att finansiera missbruket, dels genom de personlighetsförändringar som sker under en missbrukskarriär (att skaffa drogen blir viktigare än något annat i livet). Missbrukare som inte har en primär personlighetsstörning utvecklar en sekundär personlighetsstörning med avvikelser (jämfört med friska människor) i sättet att tänka logiskt och rationellt och med framförhållning, i förmågan att kontrollera impulser och känslor/affekter, och i det sociala samspelet med andra människor (t.ex. dålig ömsesidighet, tycks inte ta in information, har förutfattade uppfattningar). I kontakten med sådana personer gäller det förhållningssätt som exemplifieras i Appendix.

Möjligheten att köpa droger via nätet är en ny faktor för polisen att beakta – det är svårt för myndigheterna att ”hinna förbjuda” nya substanser och svårt för tullen att kontrollera inflödet.

Faktaruta 5 - Olika typer av effekter av missbruksmedel

<p>Effekten av rusmedlet som sådant: förväntad ruseffekt och ett direkt samband mellan nivån av rusmedel i hjärnan och graden av påverkan. Det hela är förutsägbart men med stora variationer i effekten av olika rusmedel, och ganska stor variation av effekter på olika individer.</p>
<p>Avvikande rusreaktioner där sambandet mellan rusmedelskoncentrationen i hjärnan och effekten är mindre direkt och ruseffekten mer eller mindre oväntad och ter sig personfrämmande, i extremfallet patologiskt rus (låg promillenivå, dramatisk effekt).</p>
<p>Ruset sätter igång avvikande hjärnaktivitet som resulterar t.ex. i kortvariga psykoser. I dessa fall finns det inte något klart samband mellan nivån av rusmedel i hjärnan och symtomen – man kan vara drogfri vid blodprovstagning men fortsatt psykotisk i veckor eller månader. Alkohol är en sådan substans som typiskt ger alkoholhallucinos, centralstimulantia en annan som ger paranoida vanföreställningar, cannabis en tredje med en oklar gräns mot schizofreni och symtom som är typiska för den sjukdomen (se detta avsnitt).</p>
<p>Abstinensreaktioner uppstår när man efter långvarigt bruk av ett rusmedel (och de förändringar i hjärnans arbete som detta resulterar i) inte längre har tillgång till substansen. Psykologiska abstinensreaktioner beror på att man inte längre får de effekter av rusmedlet som man önskar – de är medicinskt sett ointressanta dvs. man kan utan nedtrappning direkt avsluta tillförseln av rusmedlet, t.ex. centralstimulantia och cannabis. Vissa rusmedel leder till ett kroppsligt beroende, det är medicinskt olämpligt och t.o.m. farligt att direkt avbryta tillförseln. Sådana rusmedel är alkohol, bensodiazepiner och opiater.</p>

Typreaktionen är ett *kroppsligt alarmtillstånd* (som vid en panik-attack, dvs. hög puls, svettas, darrar, muskelspänd), en *akut psykos av förvirringstyp* och en betydligt ökad risk för *epilepsi*. Detta gör att dessa subjektivt sett extremt obehagliga tillstånd också ska ses som akutmedicinska med viss fara för livet – **de ska till sjukhus.**

Vissa bensodiazepiner har mycket lång halveringstid i kroppen (t.ex. Stesolid, 60 timmar och Iktorivil, 40 timmar). Halveringstiden är ett mått på hur lång tid det tar för koncentrationen i blodet att gå ner till hälften. Abstinensreaktioner kommer typiskt efter drygt ett par halveringstider, i fallet Stesolid alltså 2.5 gånger 60 timmar dvs. 180 timmar (nästan en vecka). Först efter närmare tre veckor är man säker dvs. risken för att utveckla abstinensstillstånd är noll.

Exempel: Hos en av mina patienter började det brinna i lägenheten när han sov. Brandorsak okänd, kanske sabotage. Han hade, pga. tidigare inbrott och många fiender, installerat en gallerdörr – men hittade inte nyckeln i rök och mörker, han slog sig ut genom en gipsvägg och fördes rökskadad till sjukhus. Några dagar senare anhölls han för mordbrand. Han har under lång tid tagit bensodiazepiner (Stesolid) – och på häktet förklarade läkaren att han skulle avgiftas med en låg dos Sobril under två dagar. Han släpptes efter ytterligare några dagar eftersom åtalet inte höll – och hade då redan utvecklat ett abstinensstillstånd med hallucinationer för syn, och ångest av panikintensitet. Han bar sig illa åt mot en anhörig, polishämtades och kördes direkt till Psykakuten. Man ställde där den korrekta diagnosen: bensodiazepinabstinens, som behandlades som den ska och han blev snabbt återställd. Hur häktesläkaren resonerade kan man undra över.

Faktaruta 6 – Abstinensreaktioner

Substanser	Alkohol, bensodiazepiner	Opiater
Symtom	Kroppsligt alarmtillstånd (hög puls, svettas, skakar och darrar) Mycket hög ångestnivå, svårt att få kontakt/kommunicera Psykos, oftast hallucinationer för syn eller smådjur på kroppen Risk för epileptiska anfall ("tuppjuck")	Snuva Diarré Kroppsligt alarmtillstånd (mindre uttalat) Ångest (d:o) Rastlöshet
Tidsförlopp	Kan komma upp till tre veckor efter avslutad tillförsel (bensodiazepiner)	Inom några dygn
Åtgärd	Sjukhusfall	Bör till sjukhus men medicinskt sett inte så allvarligt som alkohol/benso

4.3 Neuropsykiatri och Hjärnskador

A. Autismspektrumstörning, markörer och förhållningssätt

Autismspektrumstörningar är ett paraplybegrepp för en viss typ av psykiska störningar, med tre grundproblem gemensamt: Empati-brister, Smala intressen och Ritualiserad livsföring. Den svåraste formen, Infantil autism, saknar polisiärt intresse. Problemdebuten för Autismspektrumstörningar är tidig, före två års ålder. Med ”spektrum” avser man en störning som kan vara lindrig, på gränsen till normalitet (”nörd”) eller socialt helt invalidiserande (LSS⁴ personkrets 1 – vårdas heldygn på specialiserad enhet).

Empatibristerna avser primärt att man inte kan föreställa sig att andra människor (och djur) har ett inre liv av tankar och känslor (avsaknad av ”theory of mind”) vilket medför svårigheter i det sociala samspelet och brister i medkänsla. De konflikter detta genererar är svåra att hantera för dem och risken för aggressiva utspel är klart förhöjd. Våldsutövningen begränsas inte av medkänsla med offret, man förstår inte att andra kan känna smärta och skadas.

Bristfällig ögonkontakt, ingen ömsesidighet i det sociala samspelet, ett avvikande uppstylat språk och d:o röstbehandling förmedlar ett omedelbart intryck att något är fel med personen. De tolkar språket konkret (”jag ska bara kasta ett öga på detta” är ett för dem obegripligt påstående), de förstår inte skämt och ordspråk och kan inte föreställa sig en alternativ verklighet dvs. fantisera. *De kan alltså inte ljuga.*

Med ”*smala intressen*” avser man att personen intresserar sig för vissa speciella saker på bekostnad av alternativ – ofta handlar det om att ”samla information” som kan bli komplett, t.ex. ”alla dinosaurier”, alla datum/veckodags-kombinationer, eller alla flyghaverier (”Qantas never crashed” argumenterar ”Rain Man” när han vägrar flyga med ett annat bolag). I filmen demonstrerar ”Rain Man” ett antal andra förmågor som brukar förknippas med den form av autismspektrumstörningar som kallas ”savanter”: att konstatera att 179 tandpetare ligger på golvet och hålla sex kortlekar i huvudet. I andra avseenden fungerar han som en utvecklingsstörd och hans sociala samspelsförmåga är minimal. Problemet ”smala intressen” är

polisiärt irrelevant utom i ett viktigt avseende: **autismspektrumstörda kan "snöa in" på en viss person (eller grupp av personer) vilket leder till stalkingbeteende.** Detta beteende är inte påverkbart via rationella åtgärder, t.ex. kontaktförbud. De ska behandlas inom den specialiserade psykiatrin. Det finns ett särskilt riskbedömningsinstrument för denna typ av brott (SAM).

Problemet "*ritualiserad livsföring*" är polisiärt relevant därför att en störning av den inrutade vardagen leder till frustration och aggressiva utspel som kan gå hur långt som helst. En man i Göteborg hittar inte sin cigarett-tändare på morgonen när han ska röka sin första cigarett. Han hamnar, tämligen förvirrad, utanför hyreshuset, stöter på en flicka i 10-årsåldern som han kidnappar och tar med upp i sin lägenhet. Hon utsätts för grovt hot och en del våld – som gärningsmannen inte kan ange något motiv för bortsett från att hans morgonrutin störts. En patient vid ett LSS-boende får helgpermission hem till föräldrarna. Föräldrarna ställer hans skor på "fel plats" och blir mycket allvarligt misshandlade. Hans kommentar: "De skulle inte ha ställt skorna så".

Faktaruta 7 – Autismspektrumstörningar

Ter sig omedelbart avvikande i den sociala kontakten:

Dålig ögonkontakt

Uppstylat språk

Dålig ömsesidighet i kommunikationen

Tycks inte förstå bildligt tal eller skämtsamhet (kan inte ljuga)

Egensinnighet

Udda intressen som tar upp mycket av den vakna tiden

Sällan partnerrelationer (lever ensam eller med föräldrar)

Lever inrutat – kan överreagera starkt/aggressivt om mönstret bryts

Saknar medkänsla när de överreagerar

Autismspektrumstörda personer är varandra mycket olika. I kontakten med dessa får man improvisera men ha i bakhuvudet att de inte förstår socialt samspel, att de saknar medkänsla, att man måste vara extremt tydlig och konkret i sin kommunikation med dem, att

de blir otrygga och frustrerade i ovana och nya situationer och att ett aggressivt utspel kan vara helt oproportionerligt. Notera att tillståndet är mindre vanligt än en procent i befolkningen men att minst fem procent av de fängelseintagna har detta problem.

B. Tourette-spektrumstörningar, tics och många tilläggsproblem

Tourette-spektrumstörningar karakteriseras av tics, dvs. ofrivillig motorik, vanligen i ansiktet, som personen demonstrerar med jämna intervall: hostar/harklar sig, gör en ”min”, ropar till. I ovanliga fall (men ständigt i TV-såporna) utstöter personen i fråga könsord eller svordomar. Vid tidig debut kan detta missförstås som tecken på sexuella övergrepp (rättsfall finns där oskyldiga har dömts). Det finns olika former av samsjuklighet vid Tourette – vanligast är ADHD (se detta avsnitt), autismspektrumstörning (se ovan) och tvångshandlingar. Dessa kan i ovanliga fall vara jobbiga/farliga för andra (att knuffa folk på gatan, att vrida om näsan på någon man pratar med).

Tvångstankar kan också förekomma, som kan avse plågsamma självanklagelser (jag kommer att döda mitt barn), eller i ovanliga fall sexualsadistiska fantasier. Om Tourette-störningen i sådana fall omfattar autismspektrumdrag finns risk att fantasierna ageras ut – man begår det vidriga brott man har fantiserat om och om man undgår upptäckt gör man om det: vi har en seriebrottsling som lämnar signatur på brottsplatsen.

Tourette-spektrumstörningar ska bemötas i enlighet med sin eventuella samsjuklighet: har de ADHD är det så de ska bemötas, har de autism-drag gäller ovanstående, annars är man ”som vanligt” i sin tjänsteutövning.

C. ADHD, vanligt, typiskt kopplad med kriminalitet och missbruk, varning för ”kort stubin” och avvikande drogreaktioner

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är den vanligaste barnpsykiatriska diagnosen bland pojkar – ungefär 6% uppfyller diagnoskriterier för detta syndrom. Könskvoten är 1 på 3, dvs.

ungefär 2% av alla flickor har samma diagnos. Vi vet i dag att ärftlighet är den dominerande orsaksfaktorn även om vi inte klarlagt detaljerna. Diagnosen kan ställas från c:a 4 års ålder. Oftast kan problemen hanteras tillräckligt bra inom familjen fram till skolstarten, vid denna aktualiseras vanligen frågan om medicinering. Har barnet uttalade problem tjänar alla på läkemedelsbehandlingen. Biverkningarna är beskedliga – främst nedsatt aptit och lätt tillväxthämning. De psykosociala vinsterna är mycket stora (Rasmussen, Palmstierna & Levander, 2015).

Vid ADHD har barnet (och den vuxne) fyra huvudproblem:

- Uppmärksamhetsstörning
- Dålig Impulskontroll
- Hyperaktivitet/rastlöshet
- ”Kort stubin” (dålig affektkontroll)

Ett barn med ADHD misslyckas med studierna (den svenska skolan passar inte dessa barn) och fungerar dåligt med vårdnadshavare och kamrater. Det blir ständiga konflikter som är svåra att hantera pga. den korta stubinen. Allt detta genererar stress, som kan få två olika typer av konsekvenser: man agerar ut sin frustration aggressivt (externaliserad reaktion) eller man får ångest och blir nedstämd (internaliserad reaktion). Agerar man ut blir man impopulär bland kamrater och många vuxna. Har man ångest och nedstämdhet drar man sig undan sociala kontakter och blir passiv i skolarbetet och dagdrömmar. Utagerandet uppmärksammas och ett sådant barn (vanligen pojke) kan på så sätt få behandling. Tysta, ledsna ADHD-barn (vanligen flickor) syns inte på samma sätt och de får inte hjälp.

Primärproblemen vid ADHD är nog så besvärliga därför att vårt samhälle och vårt sätt att leva inte passar dem. Till dessa primära problem adderar sig ett antal sekundära problem, ofta av karaktär ”onda cirklar”. Självbilden deformeras och blir inte sällan uppsplittrad i två delar: en narcissistisk grandios del och en själv-nedvärderande del. Om man inte vet vem man är kan man inte välja väg i livet. Man upptäcker i tidiga tonår att alkohol och vissa andra droger ”normaliserar” en och reducerar ångest och depression. Det börjar

som självmedicinering men övergår i många fall (minst en av tre) i missbruk, oftast blandmissbruk. Man söker sig till andra med samma problem så man slipper att känna sig annorlunda och mindre värd. Man kommer in i gäng med hög svansföring och dyra vanor och börjar begå brott.

I tidigt vuxenliv kan det vara de sekundära konsekvenserna som dominerar den kliniska bilden. Personen har kvar sina primära ADHD-problem men har lärt sig att hantera dessa, så de syns inte tydligt men de kvarstår resten av livet (Guldborg-Kjär, 2014).

Behandling med centralstimulantia (CS) har mycket god effekt kort-siktigt, omkring 70% erfar detta redan ungefär 30 minuter efter den första dosen. Barn har inga problem att fortsätta under månader och år med sin medicinering, och de positiva långtids-effekterna är tydliga i vuxenlivet genom att onda cirklar avbryts. Vuxenbehandling med CS är mycket mer komplicerad. Några behöver långtidsbehandling men de flesta avbryter medicineringen efter ett eller ett par år därför att de ”ordnat upp sina liv”. Riktlinjer för läkemedelsbehandling av vuxna med ADHD finns i många länder för den som är intresserad. Dessa riktlinjer skiljer sig påtagligt mellan olika länder vilket talar för att sådan behandling fortfarande är politiskt kontroversiell. (Se <http://www.lakemedelsverket.se/adhd> för ADHD-behandling i Sverige).

De läkemedel som kommer i fråga för behandling är av tre slag: Egentliga centralstimulantia som dexamfetamin (Metamina, Atten-tin, Elvanse) och metylfenidat (Ritalin, Medikinet, Concerta); Anti-depressiva med effekt på dopaminsystemet i hjärnan (t.ex. Zyban, Strattera); och narkolepsi läkemedel (t.ex. Modiodal). Dexamfetamin är ”skarpast”, metylfenidat är rutinbehandling, övriga läkemedel har inte lika god omedelbar effekt. En ny beredning av dexamfetamin (Elvanse) har en betydligt reducerad risk för missbruk. Preparatets effekt sätter in mera långsamt och ger därmed ej någon kickeffekt. Detta borde öppna för ökad användning. Det är återigen möjligt att förskriva dexamfetamin utan licens genom att Atten-tin har godkänts.

Faktaruta 8 – ADHD

Primära problem: Uppmärksamhetsproblem (kan hyperfokusera, vanligen inget fokus)

Hyperaktivitet, rastlöshet, kan inte vara stilla

Impulsivitet (handlar först, tänker sedan)

Kort stubin för känslomässiga reaktioner (vanligen aggressivitet)

I svåra fall är den känslomässiga reaktionen obegriplig relativt det som utlöste den.

Problemen startar i tidiga barnår – som vuxen har man vanligen skaffat sig metoder för att hantera de ursprungliga problemen. Det kan då vara svårt att se att de finns kvar.

Läkemedelsbehandling har vanligen mycket god effekt.

Att tänka på i kontakten med personer med ADHD

1. Samsjuklighet är vanlig – särskilt dys-social personlighetsstörning och missbruk (se dessa avsnitt).
2. Avvikande alkoholreaktioner är vanliga – oavsett mängden alkohol kan man bli störig, provokativ och irritabel och förlorar impuls kontrollen. I ett polis perspektiv är detta personer som är helt oförutsägbara just då – och åtgärderna ska anpassas till detta. Det betyder att:
 - a. Var extremt tydlig/objektiv med avseende på situationen och dina avsikter
 - b. Undvik alla känslouttryck
 - c. Undvik att karakterisera personen och vederbörandes aktuella beteende
 - d. Respektera det fysiska ”säkerhetsavståndet” (en meter)
 - e. Stå hellre snett vid sidan än framför/bakom
 - f. Konfrontera inte med ögonkontakt
 - g. Vid fysisk konfrontation, var säker på att den kan genomföras snabbt (övermakt)

Det dumma en sådan person gjort har vederbörande inga minnesbilder av efteråt. Många skäms när de får veta det, andra berörs inte och fortsätter att dricka alkohol när de känner för det.

3. De känslomässiga reaktionerna kan vara helt opropotionerliga (kort stubin) i förhållande till situationen, särskilt vid svår ADHD (turbo-variant). Personen har inga metoder för att själv kontrollera sina reaktioner – hen är i princip psykotisk. Det är lätt att i ett sådant läge förvärpa det hela genom opsykologiskt eller provocerande bemötande (se ovan) och man får lägga till ”våld mot tjänsteman” till de övriga eventuella åtalspunkterna. De flesta ADHD-patienter skäms som hundar efteråt – den nya episoden adderar sig till alla föregående episoder av kontrollförlust och gödslar självföraktet.

D. Hjärnskador, Epilepsi och Skador i pannloberna

Avvikelser från hjärnans normala sätt att fungera är vanligt i befolkningen, minst fem procent med viss övervikt för pojkar/män. Genetiska skador som drabbar hjärnans utveckling visar sig tidigt; vanligast är Down' syndrom. Detta är polisiärt ointressant – de har vanligen god social funktionsnivå och reagerar sällan med aggressivitet. Det gör däremot personer med den näst vanligaste störningen: skör X-kromosom. De flesta är pojkar med autismspektrumdrag. Inom den genetiska forskningen kartlägger man ett snabbt ökande antal mindre vanliga genetiska skador och de kliniska uttryck som dessa tar sig (t.ex. Klinefelter, XXY som inte har förhöjd aggressivitet till skillnad mot XYY, super-män med dubbel y-kromosom). Man kan också få förvärvade hjärnskador under fosterlivet, t.ex. pga. alkohol och andra droger (modern missbrukar aktivt under graviditeten). Den alkoholbetingade fosterskadan leder till låg intelligens, ett speciellt utseende och ADHD-symtom. Hjärnskador i samband med förlossningen drabbar främst pojkar (det svaga könet) och kan visa sig som förlamningssymptom men också som en avvikande personlighetsutveckling och som ADHD-symtom (ADHD är dels en specifik diagnos – dels ospecifika symtom som är vanliga vid olika typer av hjärnskador). Hjärnskador och deras konsekvenser senare i livet är lika varierande som orsakerna till dessa: infektioner och autoimmuna reaktioner på sådana, olyckor, förgiftningar, tumörer.

Epilepsi är en funktionsstörning i hjärnan som speglar att delar av den blir starkt överaktiv. Många typer av hjärnskador kan orsaka epilepsi – men det finns också familjära typer där orsaken är okänd. Om den epileptiska aktiviteten drabbar en liten del av hjärnan speglar

symtomet var problemet sitter: t.ex. ryckningar i vänster arm är överaktivitet inom ett litet område på höger sida av hjärnbarken, ganska långt fram. Om resten av hjärnan har en tendens att bli överaktiverad sprider sig det ursprungliga anfallet till resten av hjärnan, generaliseras, och personen har drabbats av ett klassiskt epileptiskt anfall: medvetenlöshet, först med alla muskler spända, därefter med ryckningar, tungbett och urinavgång. Ett anfall som inte går över på ett antal minuter kan leda till ytterligare hjärnskador och i värsta fall död (status epilepticus). Innan den epileptiska aktiviteten stegras (före ett regelrätt anfall, begränsat eller generaliserat) stör denna aktivitet hjärnans normala arbete, i större eller mindre grad. Under anfallet är störningen vanligen uttalad men personen är oftast vid medvetande. Efter anfallet dröjer det ett dygn innan hjärnans funktioner normaliserats. Under denna fas fungerar inte långtidslagringen av minnesspår normalt (man kommer inte ihåg vad som hänt), i många fall sover man djupt under några timmar efter anfallet, och i ett litet antal fall är vederbörande psykotisk (förvirrad, hallucinerar, lever i sin egen värld). *Som polis bör man ta det säkra för det osäkra och se till att personen blir bedömd av läkare.*

Faktaruta 9 – Hjärnskador

Uttrycken för hjärnskador beror på orsaker, när skadan inträffade, och var skadan sitter. De kan ta sig vilka uttryck som helst.

Följande symptom är vanliga:

- Förlust av kontroll över känslor (aggressivitet, blödighet)
- Impulsivitet (främst vid skador på pannloberna)
- Fastnar i tankar och resonemang
- Nedsatt förmåga att resonera logiskt/lösa problem

Epilepsi:

Lokala anfall: symptom som motsvarar skadelokalisationen, begränsat medvetande, "absence-anfall", ryckningar, komplexa anfall (beter sig till synes meningsfullt), varaktighet från sekunder och uppåt.

Generaliserade anfall: kramper, medvetenlöshet, vanligen ett par minuter. Efter anfallet avvikande beteende under 24 timmar (sömn, psykos, personlighetsförändring).

Status epilepticus: anfall som pågår under lång tid, 10 minuter och upp till flera timmar. Ger hjärnskador och i värsta fall död.

Skall direkt till sjukhus.

4.4 Psykossjukdomar, allmän bakgrund med fokus på symtom

Psykossjukdomar har det gemensamt att ”realitetsprövningen” ibland inte fungerar. Det finns fyra typer av sviktande realitetsprövning: förvirring, tankestörningar (objektiva och subjektiva), hallucinationer och vanföreställningar. Sådana symtom kan i och för sig ”friska” ha men då med bevarad sjukdomskänsla och sjukdomsinsikt. På sätt och vis kan man säga att graden av sjukdomsinsikt är det enda kriteriet för att kalla en störning ”psykotisk”.

Förvirringstillstånd kan vara kortvariga (i samband med akuta sjukdomar) eller mer eller mindre permanenta (vid allvarliga demenssjukdomar). Personen inte är orienterad till tid, rum, person eller situation. I bägge fallen (akuta eller kroniska förvirringstillstånd) är detta kopplat med risk därför att en förvirrad person inte kan ta vara på sig själv utan hjälp och missuppfattar situationer. Vid kroniska förvirringstillstånd finns det inte någon rent medicinsk risk – akuta förvirringstillstånd däremot orsakas ofta av ett bakomliggande och potentiellt livsfarligt medicinskt tillstånd. *I dessa fall ska den förvirrade individen omgående bedömas av en sjukvårdskunnig person*, även om man tror att det rör sig om en intoxikation. Vid diabetes finns det en avsevärd risk att blodsockernivån sjunker under en kritisk nivå – detta kan inträffa även vid alkoholberusning och det omedelbara intrycket är att personen är ”bara” mycket berusad. *Tillståndet, ”hypoglykemi”, är potentiellt dödligt och det får man inte missa.*

Vid alltför hög blodsockernivå (hyperglykemi) ter sig personen också berusad, och har i dessa fall en karakteristisk söttaktig utandningslukt. Detta är också sjukhusfall men de är inte urakuta.

För att snabbt bedöma orienteringsgrad/förvirring frågar man personen om vilket år det är, månad, datum och veckodag, tid på dygnet, hur gammal är du (godta inte personnummer som svar, det är överinlärt), var bor du, varför är du här, vad ska du göra nu och vem är jag.

Faktaruta 10 – Akuta psykoser/förvirringstillstånd (ej demenser)

Personen ej orienterad till tid, rum, person och situation.

Svårbegripliga/diffusa resonemang och d:o svar på frågor. Hänger inte ihop.

Fluktuerande vakenhetsnivå.

Misstänk alltid medicinska orsaker – ska till sjukhus.

Tankestörningar kan rapporteras eller observeras. Rapporterade tankestörningar är t.ex. derealisation (verkligheten upplevs som på avstånd), depersonalisation (är jag fortfarande jag?), förändringar av upplevelsen av ljud och ljus, att tankar försvinner ur huvudet, eller att främmande tankar kommer in i huvudet, eller att styrningen av den egna kroppens motorik tagits över av en ond främmande makt. Observerade tankestörningar är t.ex. oförmåga att hålla ihop ett resonemang, inadekvata avbrott i en tankekedja, underliga associationer och ekolali/ekopraxi (personen upprepar det som sägs eller ”härmar” de rörelser som andra gör).

Hallucinationer är upplevelser av ljud/ljus/lukt etc. som inte andra kan bekräfta. Vanligast är upplevelsen av en röst som kommenterar det man tänker, känner eller gör, näst vanligast är syn-hallucinationer. Vid rösthallucinos kan det vara en eller flera röster, de kan vara neutrala eller fientliga och de kan i svåra fall ge order till den som hallucinerar: ”Där går utrikesministern – stick kniven i henne”. Rösthallucinos, och speciellt att höra en kommenterande röst, är särskilt vanligt vid schizofreni. Just denna typ av rösthallucinos är polisiärt ointressant och inte kopplad med ökad brottsrisk. Det finns dock en ökad risk för våld om rösterna är fientliga och kritiska, eller ger befallningar.

Den näst vanligast hallucinationsformen är för syn – och då är det troligen inte schizofreni; orsaken är ofta någon form av medicinska problem. Man ska tänka som vid akuta förvirringstillstånd: *se till att personen snabbt bedöms av någon sjukvårdskunnig*. Är personen påverkad av droger måste man tänka två gånger – brukar den här personen bli så här när han berusar sig? Om inte måste man utesluta att det behövs akuta medicinska åtgärder. Synhallucinationer är vanliga vid abstinens efter alkohol och bensodiazepiner – och sådan

abstinens är medicinskt riskabel bl.a. pga. den starkt ökade risken för epileptiska anfall och ”delirium” där det kroppsliga alarmtillståndet och adrenalinpåslaget ställer krav på hjärta och lungor som kan leda till infarkt eller allvarliga rytmrubbningar om vederbörande inte är hjärtfrisk.

Hjärtmuskelinflammationer är inte helt ovanliga vid vissa infektionssjukdomar – det är bl.a. därför som man varken ska träna hårt eller tävla när man är sjuk på det viset. Vid ett abstinensbetingat delirium saknas spärrar för att fysiskt sett ta ut sig totalt, därför är sådana tillstånd farliga för den framtida hälsan.

På samma sätt ska man resonera när det gäller hallucinationer för känselsinnet: ”det kryper smådjur på kroppen” och liknande upplevelser. Misstänk medicinsk orsak (kan vara abstinens/begynnande delirium men kan också vara ett symptom på B-vitaminbrist som kan ge nervskador om tillståndet inte behandlas snabbt, t.ex. vid alkoholberoende).

Lukt- och smakhallucinationer förekommer mer sällan och saknar polisiär relevans.

Faktaruta 11 – Hallucinationer

Hallucinationer kan förekomma för alla sex sinnen: Syn, hörsel, känsel, lukt, smak, ledsinnet (man kan känna om ett finger är böjt eller inte).

En del hallucinationer är ”normalfenomen” (man börjar drömma innan man somnar).

Hallucinationer för hörsel är särskilt vanligt vid schizofreni: bara en form är kopplad med ökad våldsbrottslighet: kommandohallucinationer (de ska till psykakuten).

Hallucinationer för syn är vanliga vid affektiva (mani-depression) sjukdomar, vid kroppsliga sjukdomar och vid abstinensreaktioner (övertväg transport till psykakuten).

Hallucinationer för känsel är vanligast vid kroppsliga sjukdomar och abstinens (övertväg transport till psykakuten).

Vanföreställningar är uppfattningar om världen som inte är korrekta men som personen i fråga inte är i stånd att ändra t.ex. ”Jag är övervakad och förföljd av Socialstyrelsen”, ”Jag mördade Palme”, ”Min fru bedrar mig” och ”Jag är kung på planeten Pluto och har två huvuden”. De tre första påståendena kan vara sanna, det sista kan inte vara sant (vi kallar detta en bisarr vanföreställning och *då är det* schizofreni). Kan man visa att de inte är sanna men personen i fråga har utvecklat sinnrika förklaringar till varför föreställningarna ändå stämmer – då är vanföreställningarna *systematiserade*, annars är de diffusa.

Människors uppfattning om verkligheten påverkas av stämningläget – blir man djupt deprimerad kan man få så mycket skuld känslor att man tror att man har mördat Palme, eller att kroppen är full av aids och cancer, eller att man är död. Suicidrisken är kraftigt förhöjd och suicid är den vanligaste dödsorsaken bland män i aktiv ålder. De diagnoser som är kopplade med fullbordade självmord är i fallande ordning depression, missbruk/personlighetsstörning och schizofreni. *Uppfattar man som polis att en person är akut suicidal bör man vidta åtgärder som leder till att personen blir bedömd av läkare/psykiater, via övertalning eller tvångsvis (vårdintygsbedömning).*

Depressiva vanföreställningar är polisiärt relevanta också i samband med ”familjetragedier” eller utvidgade självmord. Den djupt deprimerad ser det som bättre att ta livet av sina nära och kära (och sig själv) än det fasansfulla som kommer att inträffa inom kort. Om stämningläget är kraftigt förhöjt (mani) kan man få för sig att man är Rikspolischef, statsminister eller Gud – och handla därefter. Sådana personer är främst farliga för sig själva (ekonomisk och sexuell vidlyftighet) men inte ofarliga för andra. *De ska så snabbt som möjligt bedömas för ställningstagande till psykiatrisk tvångsvård via vårdintyg.*

4.5 Psykossjukdomar - diagnoser

A. Schizofreni

Schizofreni är den vanligaste psykossjukdomen – av tusen vuxna är det fyra kvinnor och fem män som har sjukdomen. Ungefär hälften av de som blir sjuka har problem under barndom- och tonårstid (Dalteg,

Zandelin, Tuninger & Levander, 2014), ofta med ADHD- och vissa antisociala symtom (se avsnitten om Trotssyndrom och Uppförandestörning). Typisk insjuknandeålder är 19-25 för män och 22-28 för kvinnor. Det börjar ofta med ospecifika symtom – man drar sig undan sociala kontakter, fungerar inte lika bra i utbildning eller arbete, tappar fritidsintressen, får mer ångest, ibland ”självmedicinering” med droger. Så småningom debuterar de första psykossymtomen (tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar) och man har då förlorat realitetsprövningen och sjukdomsinsikten. Man vet inte att man är sjuk och tror att psykossymtomen är verkliga. Världen blir obegriplig och på det reagerar den nysjuka normalpsykologiskt: med stark ångest.

Innan vi för drygt 60 år sedan fick behandlingsmetoder som kunde bryta akuta episoder hade flertalet patienter med schizofreni symtom som gjorde det omöjligt att vara ute i samhället. Ungefär 30 000 befann sig på mentalsjukhus, 15 000 med lindrigare symtom var i ”familjevård”. Numera kan vi avbryta den akuta episoden hos de flesta på ett par veckor. Men den har satt spår. Personen kommer att få leva resten av livet med reducerad social kompetens och psykisk energi/ motivation. Vissa tankefunktioner har skadats vilket gör det svårare att lösa problem och fungera i utbildning/arbete. Dessutom, personen i fråga kommer typiskt att drabbas av en ny akut episod inom ett år, om hon/han inte får förebyggande behandling. Med god behandling (läkemedel, psykoterapi, social träning etc.) klarar man sig typiskt i mer än fem år utan återinsjuknande.

Läkemedel är den viktigaste behandlingskomponenten, rehabilitering och psykosociala behandlingsinsatser är också viktiga. Även i den lugna fasen har man symtom men av ett annat slag: trötthet, passivitet, socialt ointresse, nedstämdhet. De läkemedel som skyddar mot nya episoder har tyvärr liknande biverkningar, och kan dessutom ge viktuppgång. Om man inte förstår att man är sjuk blir det obegripligt varför man ska ta läkemedel med obehagliga biverkningar. Därför slutar alldeles för många personer med schizofreni att ta sådana läkemedel – och drabbas inom något år av en ny akut episod.

Denna gång har man ingen ångest därför att den första episoden har reducerat förmågan att reagera med rädsla/ångest på negativa händelser. I övrigt är det som vid den första episoden. Det finns ganska mycket som tyder på att varje ny episod ger ytterligare skador på de sociala och tankemässiga funktioner som skadades i samband med den första. Det är ett gott skäl att förebygga nya episoder men det tycker inte en person som saknar sjukdomsinsikt. Många upptäcker att rusmedel lindrar tristessen i vardagen och reducerar en del plågsamma symtom t.ex. kritiska och nedvärderande röster. I dagsläget är nära hälften av männen och en fjärdedel av kvinnorna med schizofrenidiagnos också missbrukare.

Under den akuta episoden (med typiska missuppfattningar om verkligheten) och under pågående missbruk ökar risken för lagbrott, särskilt sådana med aggressivt innehåll. I den lugna fasen är brottsligheten, procentvis, snarare lägre än den är i totalbefolkningen därför att sådana personer inte rör sig ute bland andra människor. De som drabbas i så fall är närstående snarare än ”främlingar”. Många patienter med schizofreni har låg livskvalitet (bostad, bostadsområde, ekonomi, service, sjukvård) och begår brott som vi kan kalla ”social utslagningskriminalitet”: snattar mat i livsmedelsaffärer, besvärar omgivningen genom udda klädsel och uppträdande, upplever sig eller blir trakasserade och ger igen. ”Hot och våld mot tjänsteman” är vanligt i samband med polisningripanden.

Högst tio procent av personerna med schizofreni-diagnos är självförsörjande, nästan alla män och många kvinnor bor ensamma i små lägenheter och har få sociala kontakter. I samband med att de insjuknar i en akut episod är det vanligt att de pga. bristande sjukdomsinsikt måste tvångsvårdas – två typer av polisinsatser kan då behövas. Alla personer har en skyldighet att ställa sig till förfogande för en undersökning med frågeställningarna ”föreligger det en allvarlig psykisk störning och ett oundgängligt vårdbehov” (Nilsson & Mårtensson, 2010). Vägrar man kan polisen se till att vederbörande blir undersökt. Efter undersökningen, och innan vårdintyget accepterats vid mottagande klinik är den undersökte fri – och kan avlägsna sig. När vårdintyget accepterats kan mottagande klinik begära att polisen för vederbörande till sjukhuset. Sådana personer är akut psykotiska och ska bemötas i enlighet med detta:

Personens upplevelser speglar dels den ”vanliga” verkligheten, dels vederbörandes ”egna” verklighet - så deformerad av tankestörningar och färgad av hallucinationer och vanföreställningar att han/hon inte är i stånd att agera rationellt. Då ska man vara ”övertydlig” i sin kommunikation: tala om i klartext vem man är, vilket uppdrag man har och vad man kommer att göra och inte göra. Personer med akuta psykoser behöver ha en viss kroppslig distans till andra personer – man ska hålla ett minsta avstånd på en knapp meter. Undvik face-to-face och att utmana med ögonen. Bäst är att stå vid sidan, inte framför eller bakom.

Ska man ifrågasätta personens bild av verkligheten eller ”hålla med”? Definitivt inte det senare men inte heller ifrågasätta – däremot framhålla att du som person har en annan uppfattning som kan vara rätt eller fel. De flesta med akuta psykoser har en sorts dubbel bokföring – de tycker att de har rätt men vet att vanliga människor inte håller med. Är det någon som för en gångs skull håller med blir man misstänksam.

Lugn fas, missbruksfas och akut episod – tre olika förhållningssätt

Psykospatienter som är påverkade av missbruksmedel har dels symtom som härrör från psykossjukdomen, vanligtvis förstärkta av substansen i fråga, dels symtom som beror på drogen. Har personen tagit centralstimulantia är t.ex. misstänksamheten förstärkt. Begreppet ”noiija”, liksom ”pundning”, uppkom i ett bohemiskt konstnärsgäng i Stockholm som uppfann en metod att injicera amfetamin i slutet av 1940-talet. De flesta rusmedel grumlar omdömet och ökar impulsivitet och aggressivitet – som man som polis bör hantera defensivt så länge det går. När man tvingas använda våld ska övermakten vara massiv, så att ingripandet kan genomföras snabbt och därmed så skonsamt som möjligt.

I de lugna faserna av schizofrenisjukdomen gäller andra regler för bemötande – detta är personer som har förlorat en del av sin sociala kompetens, som har svårt att lösa problem de ställs inför, och som ter sig ”behovslösa” dvs. inte reagerar som friska på kyla, värme, hunger, törst och smärta. En del är hemlösa, de flesta är ensam-

boende, barnlösa och socialt isolerade. Många har medicinska problem som varken identifierats eller behandlats, och de dör i förtid jämfört med normalbefolkningen, i genomsnitt minst 15 år för tidigt (Hor, 2010). Det är inte ovanligt, numera, att en sådan person hittas död i sin lägenhet veckor eller månader efter dödsfallet, så sent att dödsorsaken inte kan fastställas (Nilsson, 2008). Som polis kan man inte göra mycket i kontakten med sådana personer. Problemet är att varken psykiatrin eller socialtjänsten tycks bry sig heller – enligt den nuvarande retoriken vill vi inte använda tvångsmetoder och om en person inte vill ha hjälp så ska vi respektera detta fria val (en mångmiljonär fryser ihjäl, svårt undernärld, i den sandlåda i centrala Stockholm där han sökt skydd undan sina ”fiender”).

Faktaruta 12 – Schizofreni

Sjukdomen debuterar i tidigt vuxenliv.

Under de akuta episoderna förekommer hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar, ibland bisarra sådana (jag har två huvuden och fyra ben).

I detta skede är tre symtom kopplade med våldsbrott: (1) paranoida vanföreställningar med utpekad fiende, (2) kommandohallucinationer och (3) tankestörningen att det inte är jag som handlar – min hjärna har ockuperats av en ond främmande makt (de ska till sjukhus).

Akuta episoder avbryts oftast snabbt med läkemedel (några veckor). Brist på sjukdomsinsikt är vanlig – därför behöver man ofta inleda vården via beslut om tvångsvård (LPT).

Under de lugna faserna mellan de akuta episoderna präglas personen av socialt undvikande, passivitet och oförmåga att uppleva lust och glädje.

Behandling saknas för detta. Många blir missbrukare för att kunna uppleva någon sorts lättnad i detta obehagliga tillstånd.

Man missbrukar det man får tag i. Under aktivt missbruk är brottsrisken avsevärt förhöjd.

B. Affektiv sjukdom, Bipolär resp. svår Unipolär sjukdom

Affektiva sjukdomar är också (liksom schizofreni) episodsjukdomar: mellan episoderna är man relativt symtomfri. Den absolut vanligaste formen av episod är depressiv dvs. med sänkt stämningsläge, men det förekommer också episoder med förhöjt stämningsläge.

Alla har upplevt akuta sorgereaktioner. För dessa finns det alltid en utlösande orsak: förluster av älskade personer och saker, eller sociala kränkningar. Den akuta fasen går över på några dygn – sedan kan man samla ihop sig. Tillstånd som ter sig lika intensiva som akuta sorgereaktioner men som antingen pågår under lång tid (mer än två veckor) eller har utlösts utan rimlig orsak, kallas depressioner. De flesta av dessa depressionsepisoder går med hyggligt bevarad realitetskontroll – det finns t.ex. inte några depressiva vanföreställningar. Men, många personer som har tillräckligt allvarliga depressiva symtom kan inte bedöma sitt eget tillstånd: de förstår inte att de är deprimerade. Tillståndet varar utan behandling i typfallet drygt ett halvår. Depressionsepisoder är vanliga, 2 av 3 kvinnor och 1 av 3 män drabbas av detta minst en gång under livet.

Om depressionen blir så djup att personen helt har förlorat sjukdomsinsikt och realitetsprövning, då är episoden ”psykotisk”. Detta indikeras vanligen genom utveckling av depressiva vanföreställningar och tecken på kraftigt förhöjd risk för självmord. Sådana episoder förekommer vid diagnosen Unipolär affektiv sjukdom men är betydligt mer vanliga vid Bipolar sjukdom. Detta är en allvarlig psykisk störning med ett större inslag av biologiska, i huvudsak genetiska, orsaker. Oavsett diagnosen (uni- eller bipolar grundsjukdom) är självmords- (och självskade)-risken så förhöjd vid depressiva psykoser att det motiverar ingripanden med kraftig övertalning eller tvång för att få till en snabb och sakkunnig bedömning inom psykiatrin. Notera återigen att sådana personer paradoxalt nog ofta *inte vet om att de är deprimerade* och därför vill de inte ha vård. I Sverige är det fult att vara ”paternalistisk” (far vet bäst). I sådana ärenden ska man vara paternalistisk på det sätt en klok och god far är för sina barn.

Förhöjt stämningsläge förekommer bara vid en diagnos: Bipolar affektiv sjukdom. Är stämningsläget måttligt förhöjt kallas episoden ”hypomani” och ryms nästan inom normalvariationen för stämningslägen. Men man sover mindre (tre timmar), mår bättre, ser positivt på allt och alla (tills någon står i vägen – då kan det smälla), får förhöjd självkänsla, gör upp planer och städar undan sådant som blivit liggande. Patienter som upplevt sådana episoder längtar tillbaka till dessa – och har omdefinierat den hypomana episoden till ”mitt

normaltillstånd”. Att befinna sig i det normaltillstånd som de flesta människor får nöja sig med räcker inte längre – normaltillståndet har blivit grå låg-gradig depression. Detta är ett behandlingsproblem som man som psykiater får göra sitt bästa att förklara, därför att under den hypomana episoden (med något så när bevarad realitetsprövning och d:o omdömesförmåga) ligger man nära den gräns där episoden blir manisk, dvs. personen är psykotisk och har helt förlorat insikt och omdöme. Vederbörande påstår sig t.ex. vara statsminister, eller Gud, pratar oavbrutet med stora hopp i associationskedjorna, är motoriskt orolig, viftar bort uppmaningar att följa anvisningar, och ser uppenbarligen andra som oinformerade (eller uniformerade) idioter.

Vid mani (och hypomani) är behandlingseffekterna förutsägbara. Det är de inte vid depressionsbehandling, men detta är inte allmänt känt. De flesta anti-depressiva läkemedel har effekter på ett av de tre stora signalhormonsystemen i hjärnan, serotoninssystemet. Grovt kan man säga att detta system ”stänger av och sätter på” handlingar, och särskilt gäller detta aggressivitet och vissa personer. Vi har inga metoder för att i förväg identifiera sådana riskpersoner, som inte bör behandlas med serotoninaktiva läkemedel. Dels förekommer det direkta ”paradoxala” aggressiva reaktioner på enstaka doser, och risken ökar om andra substanser är inblandade (alkohol och bensodiazepiner). Sådana avvikande reaktioner under pågående stabil behandling med läkemedlet mot depression uppkommer just när depressionen börjar lättas. Det är även vanligt att man ser en ”manisk översläng” (på vägen upp mot ett normalt stämningsläge är man under en period uppvarvad innan tillståndet stabiliseras i normalläget). Har man fortfarande full dos (eller t.o.m. ökad dos) av läkemedlet, och dessutom denna specifika tendens att reagera med aggressivitet på serotoninaktiva läkemedel, då kan två saker utlösas: inåtriktad (själv) mord eller utagerande aggressivitet (våldsbrott). Notera vidare att symtomen vid en depression lättar i en viss turordning. Är man djupt deprimerad är man handlingsförlamad. Det första som lättar är handlingsförlamningen men man ser fortfarande världen och sin situation med ”depressiva” glasögon och handlar enligt detta. Det är i denna fas som självmord utlöses, eller våldsbrott begås.

Varför är detta polisiärt relevant? Som rättspsykiater har jag bedömt åtskilliga fall där gärningspersonen dömts till stränga påföljder därför att det inte finns information om vad som hände under brottet och strax efteråt. Detta är nyckelinformation av relevans för rättssäkerheten och polisen har unika möjligheter att dokumentera viktig sakinformation. I det kommande svenska rättssystemet kommer begreppen otillräknelighet och begränsad tillräknelighet att återinföras, och därmed kommer ännu större vikt att läggas vid frågan om uppsåt i gärningsögonblicket. Relevansen för depressionsjukdomar i detta sammanhang kommer sig av att det är näst intill omöjligt att bedöma uppsåt och tillräknelighet retrospektivt vid dessa störningar därför att de vid den rättspsykiatriska bedömningen redan har fått psykiatrisk behandling under veckor och månader och den aktuella affektiva episoden är avslutad.

Faktaruta 13 – Psykotiska depressioner och suicidalitet

Om stämningsläget blir mycket lågt (psykotisk depression) förlorar personen förmågan att förstå att hen är sjuk, och att bedöma verkligheten (depressiva vanföreställningar). I dessa fall är suicidrisken kraftigt förhöjd – rådgör med psykakuten.

Om stämningsläget är avsevärt förhöjd (mani):

Personen har inte sovit på flera dygn, hoppar från tankegång till tankegång, beskriver att hen har övermänskliga egenskaper och har uppenbart orimlig makt i egenskap av att vara kung, påve eller någon sorts gudomlighet.

Hen är oförmögen att bedöma sitt hjälpbehov och kan ställa till med vad som helst som skadar vederbörande eller andra. De ska omgäende till psykakuten.

C. Vanföreställningssyndrom (paranoia, en psykossjukdom): Farligast av alla, varning för att bli deras "fiende"

Vanföreställningssyndrom är betydligt mindre vanliga än schizofreni och bipolar sjukdom, ett par promille i befolkningen. Den vanligaste formen är " förföljelsemani" som ibland tar sig uttryck som rätts-haverism. Sjukdomen debuterar senare, ofta efter 30 och tenderar att drabba välutbildade och resursstarka personer. Andra former av vanföreställningar är:

"Kroppsparanoia": Jag har en allvarlig sjukdom/utseendedefekt som läkarna vägrar att diagnosticera och behandla.

”*Erotisk paranoia*”: En känd person är förälskad i mig men kan inte just nu träda fram och erkänna att det är så.

”*Storhetsvansinne*”: Jag har en speciell ställning och extrema förhållningar – och vid gränsen mot schizofreni: ”Jag är Jesus som just har återkommit”, eller, (Breivik): ”Jag är en Tempelriddare som ska rädda världen från muslimer och snart kommer att bli kung av Norge under namnet Sigurd Jorsalafar II”.

Till skillnad från de andra psykosjukdomarna är alla andra funktioner (än de som rör själva vanföreställningen) intakta – man har kvar planerings- och handlingsförmåga som dessutom är förstärkt därför att personen sysslar ”på heltid” med sina föreställningar, skärper argumentationen etc. Det kan man känna av fullt ut om man som polis, åklagare, domare eller socialchef kommer i fokus för en rättshaverist. Även dessa myndighetsrepresentanter är människor och begår fel ibland. Ett fel noteras direkt och integreras i rättshaveristens konstruktion av förföljelsen av honom/henne. Reagerar man normalpsykologiskt på detta, t.ex. med att bli arg och säga saker ”utanför protokollet” blir det ännu värre. Till skillnad från psykopater är paranoikerna ”lågsinta” – de sorterar inte bort upplevda oförrätter, korståget mot fienderna har inget slut (”Bombmannen” Lars Tingström, Christer Petterssons vän, som skildras i boken med samma namn - var det han som bad Christer att gå upp på Statsrådsberedningen och kolla Palmes dagsrutiner?).

Ovanstående beskrivning av vanföreställningssyndrom gör det begripligt att personer med denna diagnos ofta blir ”stalkers”, dvs. de förföljer en person med kontakter, trakasserier och indirekta hot – som kan förstärkas upp till brottsrubriceringen ”olaga hot” och då kan åtgärdas mer kraftfullt av rättsväsendet. Lika lite som för autismspektrumstörda med stalkingbeteende kan man påverka beteendet via information, straffhot eller rationell argumentation.

Det finns inte någon bra behandling för dessa tillstånd – och de är svårvårdade inom tvångsvården för de ser alla svagheter och misstag i detta komplicerade vårduppdrag, inte bara för egen del men också för medpatienterna. Det tar tid och är frustrerande för personal och ledning att hantera alla klagomål som gäller den aktuella patienten,

och hans/hennes medpatienter, på ett formellt korrekt sätt. Det enda motivet för tvångsvård av sådana personer är att risken för brottslighet mot person är så hög att man inte kan försvara att personen är på fri fot. Det är inte polisens problem. *Men man ska vara mycket försiktig och så formell som det går i kontakten med sådana personer.*

Det finns personer med kraftigt förhöjd självbild – narcissistiska, grandiosa, ofelbara – men inte psykotiska. Denna typ av symtom finns vid personlighetsstörningar. Vid rena narcissistiska personlighetsstörningar brukar personen i fråga binda upp en svagare person till sig (typfallet är man som binder upp en kvinna). När kvinnan vill gå vidare, efter att ha genomskådat mannen, accepterar han inte det. Förföljelsen kan pågå under mycket lång tid och det är en avsevärd risk för upprepad utsatthet. Om narcissism är en komponent i ett psykopati-syndrom förföljs ingen under längre tid. De har inte det problemet. De ska bemötas på det sätt som beskrivs i Appendix.

Faktaruta 14 – Vanföreställningssyndrom (paranoia)

Sjukdomen debuterar vanligen efter 30 och drabbar oftare välbegåvade och välutbildade.

Rättshaverister är besvärliga, paranoiker som förföljer en identifierad fiende är direkt farliga, liksom de som har erotisk paranoia.

Tillståndet är inte behandlingsbart.

Man kan reducera problemen genom att hantera dem med maximal och fullt ut försvarbar hänvisning till objektiva regler. Känslospel förvärrar.

D. Självmord

Självmord är inte en psykosjukdom men så nära kopplad med psykosjukdomar att den redovisas under denna rubrik. Det är också så att definitionen av Allvarlig Psykisk Störning i de psykiatriska tvångslagarna omfattar suicidrisk som en av de sju kriterierna (förvirring, tankestörningar, hallucinationer, vanföreställningar, suicidalitet, allvarligt tvång, allvarlig impulskontrollförlust).

Fullbordat självmord är den ledande dödsorsaken för män upp till 50 år, och en av de vanligaste dödsorsakerna generellt. Ungefär 1500 personer tar livet av sig varje år – dessutom finns det ett mörkertal

i form av ”olyckor”, bl.a. i trafiken. Självmod är alltså fyra gånger vanligare (minst) än trafikdöd som vi har en noll-vision för. Två av tre som tar livet av sig är män. För självmordsförsök är det tvärtom, kvinnor är starkt över-representerade (vanligast är ”rop på hjälp” med överdos av tabletter/alkohol och ofarliga självsador). Mäns självmordsförsök är ofta dramatiska: hopp från höjd, hängning, framförhoppning (tåg), skjutvapen, kolosförgiftning, drunkning. Man ”misslyckas” sällan.

Det finns rationella självmord – man konstaterar att livet inte har mycket att erbjuda utom smärta, borttynande, nederlag och social vanära. I de flesta självmord (och försök) finns det en psykiatrisk komponent och därmed en viss irrationalitet. De diagnoser som är starkt kopplade med ökad självmordsrisk är:

- Depressionssjukdomar
- Vissa personlighetsstörningar kopplade med missbruk
- Schizofreni

Poliser konfronteras ofta med personer som är suicidala och måste då fatta initiala beslut som är svåra även för psykiatrin – och det betyder att man måste ha goda säkerhetsmarginaler. Besluten för fortsättningen (bortom den initiala åtgärden) skall psykiatrin ansvara för, det är ingenting polisen har kompetens eller ansvar för. Det är ändå viktigt att den enskilda polisen har en viss orienterande kunskap om suicidologi.

I vår kultur (liksom i de flesta) är den manliga rollen förknippad med styrka och beslutsamhet. Att vara nedstämd är ett tecken på svaghet – mer så ju mer kulturen är mans-chauvinistisk (stiff upper lip). En medelålders socialt framgångsrik man med en pågående djup depression visar det inte för andra och erkänner det inte för sig själv. Det krävs avsevärd psykiatrisk erfarenhet för att demaskera ett sådant tillstånd men det går. Inom psykiatrin har vi utvecklat metoder för att göra just detta, i svåra såväl som lätta fall, och de fungerar hyggligt bra för att styra omhändertagandet där en depression orsakar den ökade självmordsrisken. Notera att i dessa fall (välfungerande man, icke-identifierad eller felbehandlad depressionssjukdom, akut

konfliktsituation) är lika överhängande risk för mord som för självmord. Detta gäller särskilt i den fas där depressionen har börjat lättas: först återfår man sin handlingsförmåga, först därefter ändras den depressiva upplevelsen av världen och människorna. Man agerar utifrån de depressiva vanföreställningarna. Germanwings-piloten är ett aktuellt fall, utvidgat självmord eller massmord?

Kombinationen ”utagerande personlighetsstörning” (t.ex. dyssocial, narcissistisk, border-line) och missbruk är mycket vanlig bland kriminella män och kvinnor som lever i sådana miljöer. Denna kombination är kopplad med en avsevärt förhöjd självmordsrisk – men främst i form av självmordsförsök, särskilt bland kvinnorna. Självmordsönskan kommuniceras ofta i ett tillstånd av påverkan av missbruksmedel – som gör det svårt att bedöma hur allvarligt det är. Också i dessa ärenden är det viktigt att understryka psykiatrians ansvar (som ibland inte tas på allvar – ”kom tillbaka när du är nykter”). Polisen ska observera och rapportera – psykiatri ska ta ställning till hur fortsättningen ska se ut.

På tredje plats (orsaker till självmord) kommer schizofreni. Sådana självmord har blivit allt vanligare under de senaste decennierna (nedläggningen av mentalsjukhus och otillräckliga öppenvårdsresurser) ungefär 15% av personer med schizofrenidiagnos dör numera i självmord. Självmorden är nästan alltid våldsamma, kommer överraskande, kommuniceras inte till anhöriga eller vårdgivare, och är därför svåra att förhindra. Det sorgliga är att de som tar livet av sig typiskt sett är unga och har god prognos. Detta innebär bl.a. att de förstår vad det innebär att drabbas av sjukdomen (som är tämligen obotlig) och drar den rationella slutsatsen att livet lika gärna kan ta slut – det finns inget att hoppas på.

Vad ska polisen göra? Återigen, observera och rapportera till psykiatri. Rapporten ska vara ”objektiv” dvs. att med hjälp av vardagsspråket förmedla vad personen sagt eller gjort – psykiatriska facktermer eller egna spekulationer ska inte förekomma. Psykiatri har ansvaret för att bedöma ärendet och formulera åtgärder. Dessa åtgärder kan involvera polisen, t.ex. i form av transport till någon som kan göra en vårdintygsbedömning.

5 ÅNGEST, SKRÄCK OCH DEPRESSION UTLÖST AV NEGATIVA LIVSHÄNDELSER

5.1 Akut skräckreaktion

Akut skräckreaktion är en normalpsykologisk reaktion på ett extremt kraftfullt yttre hot. Denna typ av reaktion/handlingsmönster är inpräglad i alla varelser med rimligt komplext centralt nervsystem. Stick-ordet är ”fight-flight” och kroppen förbereder sig på detta med en kaskad av fysiologiska reaktioner: urin- och avföring går – de är ”oönskad vikt”, hjärtat pumpar maximalt med blod och omfördelar blodet till skelettmuskulatur och hjärna, blodflödet till magen stängs av liksom till stora delar av huden. Eftersom vi är klättrande apor fysiologiskt blir vi svettiga om händer och fötter. Muskelspänningen ökar så vi börjar skaka och darra, vi skärmar av stimulusfältet till det som är direkt relevant (tunnelseende) och hjärnan upphör att långtidslagra information – vi kommer inte ihåg vad som händer. Denna maximala beredskap att fly eller slåss varar sällan mer än 30 minuter. Finns det en stark yttre anledning kallar vi detta ”situationsutlöst panikattack” och det är ”normalt”. Finns det ingen rimlig anledning kallas det ”spontan panikattack” och det är inte ”normalt” (dvs. fyller ingen biologisk funktion: förberedelse att fly eller slåss).

Under de närmaste två dyggen efter en skräckupplevelse har man kvar symtom som gör det svårt att fungera socialt eller intellektuellt. Har man inte återfått stora delar av sin funktionsnivå inom två veckor börjar det bli psykiatri – inte normalpsykologi.

5.2 Panikångestsjukdom

En del människor får upprepade panikångestattacker utan rimlig utlösande orsak, de har Panikångeststörning. Den första attacken kommer ofta i tidigt vuxenliv och är i sig en skräckupplevelse därför att man inte förstår vad som händer – och därför tolkar det på ett sätt som förefaller rimligt och samtidigt speglar det vi människor är mest rädda för, i följande turordning: (1) ”Nu dör jag”, (2) ”Nu förlorar jag förståndet”, och (3) ”Nu blir jag socialt vanärad”. Vid ett fotbolls-VM i Paris på 1990-talet fick den brasilianska stjärnan Ronaldo sin första panikattack dagen före finalen, som han inte spelade. Han var övertygad om att han fått en hjärtattack och skulle dö. Som polis händer det att man behöver hjälpa en person som fått en akut panikattack. De ska till sjukhus – väl där brukar attacken ha klingat av: ”det var ingenting”. Ingenting?? Prova en själv – det är definitivt otrevligt. Behandling finns och är mycket effektiv, en kombination av läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT).

Poliser ska veta att människor kan få spontana panikattacker som medicinskt sett är ofarliga men som subjektivt uppfattas som livshotande av den drabbade personen. Poliser ska också veta att det finns situationsutlösta panikattacker som kräver åtgärder på platsen: se till att hotet elimineras och skapa så snabbt som möjligt mesta möjliga lugn och klarhet runt den drabbade. Kommunicera detta på ett enkelt och tydligt sätt (understryk att det akuta hotet är undanröjt). Ge den som reagerat så möjlighet att reflektera över det som hänt, samtals-tekniken går ut på att lägga skräckupplevelsen och personens reaktioner i en ”behållare” som man som samtalspartner inte reflekterar över, känslomässigt, moraliskt eller på andra värderande sätt. Man bara ”finns”. Detta är ett psykologiskt ”första-förband” som *sedan ska följas upp, på annan plats, i trygg miljö och av sakkunnigt folk*. Gör man inte det kommer en av sju personer att utveckla en post-traumatisk stressreaktion som vanligen är långdragen, inte särskilt lätt att behandla och som leder till en avsevärd sänkning av förmågan att arbeta, utbilda sig och fungera socialt med andra människor. Och ökad risk för våldsbrott mot andra. Här kan polisen faktiskt arbeta brottspreventivt.

Faktaruta 15 – Psykologiskt första förband i samband med svår stress

Personen ska snarast föras till en plats som demonstrativt utstrålar lugn och säkerhet.

Man ska inbjuda till kommunikation om det som hänt och svara på den med sympati och förståelse – inga ifrågasättande.

Man ska be dem att upprepa redogörelsen för det de har upplevt.

Viss fysisk kontakt är bra (tröstande/försäkrande) men inget som kan missförstås.

Finns det en tidigare psykiatrisk problematik ökar risken för negativa långtidseffekter av traumat starkt – de ska till psykakuten.

Om en person reagerar ”för starkt” i förhållande till det aktuella traumat, eller beskriver tidigare starka reaktioner på traumata ska personen informeras om att han/hon bör ta kontakt med en akutmottagning, i första hand en allmänläkarmottagning för en första bedömning och man får där ta ställning till eventuell remiss till psykiatrin. Är det en katastrofal händelse ska man utgå från att akut krisstöd är nödvändigt och det blir då en uppgift för den lokala ledningen att organisera detta (beredskap med specificerade rutiner) i samverkan med psykiatrin.

5.3 Post-traumatisk stress-sjukdom (PTSD)

Orsaksmässigt förutsätter denna psykiatriska diagnos att personen exponerats antingen för en mycket extrem och livshotande men kortvarig psykologisk belastning, eller under lång tid levt med hög negativ psykologisk belastning (t.ex. en kvinna som bor tillsammans med en hotfull och fysiskt våldsam man). Det finns en oklar gräns mot ”Utmattningsyndrom” (t.ex. en viss politiker) och liknande tillstånd där det finns depressionssymtom i tillägg till de ångestsymtomen som är typiska vid PTSD. Ångesten, liksom depressionssymtomen, är dessutom kopplade med kognitiv reduktion – en viss förlångsamning av tankeprocesserna, man kan inte fokusera (uppmärksamhetsstörning), varken arbetsminne eller långtidsminne fungerar som det ska, och man kan inte organisera problemlösningsprocessen.

Den förhöjda ångestnivån leder till att man skannar av omgivningen efter farosignaler och reagerar med ”små” panikattacker när man tycker sig ha identifierat en farosignal (norrmän kallar det att vara

”skvätten”, att hoppa till vid plötsliga ljud). Tankeprocessen störs genom att minnesbilder av en eller flera belastningssituationer tränger sig in i medvetandet (flash-backs). Man har sömnsvårigheter (svårt att somna, vaknar ofta, mardrömmar av flash-back-typ) och är därför trött (och samtidigt rastlös) dagtid. I diagnoskriterierna ingår ökad aggressivitet - vilket ökar risken för våldsbrott.

De flesta människor ”tål” hög psykologisk belastning utan att utveckla PTSD – men minst 10% gör det inte. De har ofta en tidigare psykiatrisk problematik (ångest, depression, personlighetsstörning). När tillståndet väl etablerats är det svårbehandlat – därför är det viktigt att relevanta aktörer (bl.a. polisen) ser till att den akuta krishanteringen fungerar som den ska och att denna fullföljs genom krisbearbetning via psykiatrin.

5.4 Tvångssjukdomar

Tvångssjukdomar är vanliga i befolkningen, ungefär två procent. Drygt 80% kan vi idag hjälpa med behandling – resten får leva med sin sjukdom. Symtomen är dels tvångstankar (tankar tränger sig in i medvetandet och kan inte stängas av), dels tvångshandlingar som man måste utföra – gör man inte det får man ångest. Tvånget utlöses vanligen av situationer som innebär:

- a. kontamination/renlighet (att utsättas för smuts/smitta, leder till tvätt-tvång),
- b. faror som måste överkontrolleras (stängt av spisen, låst dörren, rätt utförd kontroll),
- c. brist på ordning och symmetri (och tvång att räkna),
- d. skräck för att ha en allvarlig sjukdom (hypokondri),
- e. vidskepelse/magiskt tänkande (om jag inte utför den handlingen kommer något hemskt att hända och det är mitt fel), och
- f. förlust av kontroll över aggressiva handlingar (kan inte använda kniv i matlagningen för då sticker jag ihjäl mitt barn).

Ett exempel: En kvinna var åtalad för att ha motsatt sig omhändertagande och spottat på en polis. I hennes tvång ingick en skräck för att bli vidrörd (smittad/smutsad) - tvångshandlingen för att bli av med smittan/ångesten var att spotta. Hon kördes till psyk-

akuten (som borde ha vetat bättre) och blev med fysisk övermakt lagd i bälte och tvångsinjicerad i ett tillstånd av akut skräckreaktion (se denna). Hon har i dag ytterligare en diagnos (utöver tvångssjukdomen): ett invalidiserande PTSD-syndrom (se ovan).

Om inte Psykakuten begriper bättre hur ska då polisen kunna hantera ett sådant beteende? Man ska veta att det finns sådana psykiatriska störningar, att de kan vara mycket sjuka samtidigt som de har en hygglig sjukdomsinsikt och är pratbara om ångestnivån inte är för hög. Vidtar man initiala åtgärder som provocerar fram symtom och ger upphov till ångestblockering, då går det inte längre att få till meningsfull kommunikation.

6 PSYKIATRI OCH UTLANDSFÖDDA, NÅGRA KOMMENTARER OM KULTURKOMPETENS

Människor formas av sin bakgrund, var man är född och har vuxit upp, den psykosociala situationen och vilken subgrupp inom en kultur/land man eventuellt har tillhört. Man ”förstår” världen i ljuset av de erfarenheter man har. Har man vuxit upp i ett land med nyckfullt totalitärt styre har man en viss typ av erfarenheter och har skaffat sig metoder för att ”överleva”. Man har därför en primärt negativ hållning till samhällsrepresentanter för polis och rättsväsende. De som kommer till Sverige har ofta personliga erfarenheter av starkt negativa livshändelser – och det ger då i många fall PTSD-symtom (se avsnittet om detta). Man kollar av omgivningen för hot och risker på ett överdrivet sätt, man tolkar vardagshändelser som hotfulla och över-reagerar. Dessutom över-reagerar man på händelser som på något sätt påminner specifikt om tidigare starkt negativa livshändelser, vilket förefaller svårbegripligt för en utomstående. I sådana situationer är det viktigt att den person som ska hantera situationen är extremt tydlig, på enklast möjliga sätt ger sin bild av situationen och inte använder svåra ord eller komplicerade resonemang. Man ska också så snabbt som möjligt försöka få vederbörande till en plats präglad av lugn, tystnad och demonstrativt hög trygghetsnivå.

Alla människor försvarar sitt egenvärde relativt den roll man upplever sig ha. Kulturer skiljer sig åt med avseende på värderingen av

roller och det tar man med sig till ett nytt land med andra värderingar. I många länder med påtaglig brist på jämställdhet mellan könen uppstår en macho-kultur bland männen – det är mycket kränkande att ifrågasättas i den rollen, att inte mötas med ”respekt”. I sådana kulturer är det också en skam att ha psykiska problem som därför omtolkas till andra problem, ofta kroppslig sjukdom. I mötet med människor från sådana kulturer (oftast män i polisiära sammanhang) är det särskilt viktigt att demonstrera respekt för den andre, och att hänvisa till regelverket snarare än till den personliga auktoritet som sitter i polisuniformen när man vidtar åtgärder.

Uttryck för medkänsla är ”tillåtet”, att uttrycka negativa känslor är alltid förbjudet men *ännu mer förbjudet* i detta sammanhang. Ska man vidta ”negativa” åtgärder ska man först informera om och motivera detta, därefter genomföra åtgärden med tydlig och tillräcklig kraft för att direkt markera att ”motvåld” är meningslöst. *Efteråt är allt som vanligt igen, man är lugn, rationell och stöttande.*

Svårt? Ja, men professionellt. Poliser och psykiatrer är de enda som får använda våld utan att det är krig eller en nödvärnssituation. Därför vet jag något om hur svårt det är. Jag har fysiskt gränsat utagerande ungdomar på institutioner, jag har fått stryk av patienter, jag har varit med vid polishämtningar i patienternas hem och hotats å det grövsta. Men, det är inte mitt jobb att vara förbannad på patienter. Det är mitt ansvar att se till att en upptrappning av en konflikt inte utvecklas till fysiskt våld, efter bästa förmåga. Det är arbetsgivarens ansvar att lägga regelverk, instruktioner, bemanning, utrustning och fysisk miljö till rätta så att sådana händelser minimeras. Noll-visionen är orealistisk men vi strävar och ska sträva åt det hållet. Det är professionalism med en värdegrundsbotten och den gäller egentligen i allt människoarbete. Men särskilt i arbete med människor som av olika anledningar har en primärt negativ inställning till ens egen profession. Friska människor är olika varandra – det är professionell skicklighet att anpassa bemötandet efter det. Psykiskt störda människor är ännu mer olika varandra, även om de har samma diagnos. Det som ska in i ekvationen är vilka specifika problem i det mänskliga samspelet som är typiska vid de olika diagnoserna. Man ska vara klar över att bara en liten del av en individs sätt att tänka, känna och samspele

med andra förklaras av diagnosen. Poliser arbetar på ett annat sätt än t.ex. jurister i social närkontakt med människor med komplexa livsöden, arbetet liknar mer det som utförs av socionomer eller av psykiatrier på en akutmottagning. När något är komplext går det inte att sitta på kontoret och läsa sig till vad man ska göra, oavsett textmassans omfång. Ute på fältet har man sällan tillgång till information via register och liknande rörande en persons psykiatriska problem. Man måste skaffa sig förtrogenhetskunskap, en erfarenhetsbaserad förmåga att ”känna igen” psykiatriska störningar, och den får man om man t.ex. arbetar som polis på fältet. Den behöver kombineras med teoretisk kunskap (som denna text försöker förmedla) och möjligheter att reflektera tillsammans med arbetskamrater och äldre erfarna kolleger. Att detta får utrymme är ett uppdrag för den lokala ledningen.

7 RISKBEDÖMNINGSINSTRUMENT

Människor är i viss utsträckning förutsebara – och det utgår vi ifrån och använder oss av ständigt. Om vi inte har erfarenhet av hur en viss person brukar fungera försöker vi placera in honom/henne i en grupp eller fack och räknar sedan med att personen kommer att bete sig som den typiske gruppmedlemmen. Ibland är sådana föreställningar inget annat än fördomar – men psykopater är faktiskt mer våldsbenägna och ungdomar i nedgångna bostadsområden är faktiskt ganska negativa till poliser.

Människors handlingar styrs av vem man är och vad man vill men också av situationen och ”kulturen”. Reflektera över följande situation (en verklig händelse).

En 15-åring, intagen på en vårdenhets för högrkriminella, åker skidor tillsammans med en vårdare, ramlar och slår sig, gråter. ”Ska jag sparka ihjäl dig din djävel så du slipper lida” säger vårdaren. Är det kulturkompetent ömsinnet eller aggressivt eller t.o.m. ett olaga hot?

Riskbedömningsinstrument har utvecklats under de senaste 30 åren, i huvudsak i psykiatriska eller fängelsemiljöer. De flesta avser risk för våld under en lång tid framöver: månader eller år. Sådana instrument med polisiär användning är SARA-SV, Check-10+ och Skånemodellen (Mellgren, Svalin et al., 2014). Det är svårt att implementera sådana instrument i polisorganisationen därför att mycket av det man som polis ska bedöma enligt dessa metoder kräver teoretisk såväl som praktisk erfarenhet av psykiatri, och det är dessutom

svårt att få tillgång till nödvändig dokumentation om den individ som ska bedömas. Det kommer att behövas stora förändringar i dessa riskbedömningsinstrument och användningen av dem inom polisen i en nära framtid – därför redovisas de inte ytterligare i denna text.

Vår rapport togs inte väl emot av Polismyndigheten. Kritik känslighet är en vanlig sjukdom inom myndigheter såväl som inom de politiska partier som för tillfället har regeringsansvar. Frasen ”Nu ska vi bli ännu bättre” tar man fram när ett misslyckande är totalt.

Riskbedömningsinstrument med kort tidshorisont (närmaste dygnet) har också utvecklats inom psykiatrin och borde egentligen kunna användas inom polisverksamhet. Två av dessa kan modifieras så att de kan användas mer eller mindre omedelbart. De skiljer sig från de instrument för långtids riskbedömning som beskrivs ovan genom att vara ganska rena ”observations-instrument” dvs. bedömningen görs utan ömsesidig kontakt med den som ska bedömas, med ett minimum av dokumentation och det man bedömer är ganska nära vardags-språksnivån; inga svårbegripliga psykiatriska facktermer används.

BVC (Bröset Violence Checklist) är ett observationsinstrument för korttidsbedömning av våldsrisk vid, i första hand, psykosliknande tillstånd, dvs. tillstånd där personens realitetsprövning inte fungerar. På basen av ett par timmars observation kan man förutsäga våldsepisoder inom de följande 24 timmarna med god säkerhet (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000; Hvidhjelm, Sestoft et al., 2014).

Sex karakteristika (av närmare 90 tillgängliga i originalundersökningen av BVC) har visat sig särskilt starkt kopplat till personrelaterat våld:

1. Förvirring
2. Irritabilitet
3. Bullrighet
4. Fysiska hot
5. Verbala hot
6. Attacker på föremål

Inom psykiatrin görs skattningen av patientens kontaktperson några timmar in på arbetsskiftet (för att ge tillräcklig observationstid). Varje item skattas som 0, 1 eller 2. Om summan blir 0 (inget beteende markerat) är risken för våld liten – ingen åtgärd. Vid 1 symptom markerat bör man höja beredskapen. Vid 2 eller mera är det motiverat med direkta åtgärder (avskilja patienten, punktmarkera, extra medicin etc.).

Metoden har hittills bara använts inom psykiatrisk verksamhet (och bland äldre med demenssjukdomar) men har i dessa sammanhang fungerat bra i olika länder och vid olika enheter (man reducerar våldsincidenterna med 80%). Den borde kunna fungera också i polisiära sammanhang, inte minst därför att de karakteristika som ingår i skalan ofta förekommer i sådana sammanhang, och även när personen i fråga är påverkad av rusmedel. Från nätet kan man ladda ner en kort video som informerar om metoden (<http://goo.gl/fc9Co>).

FAST-O är en enkel observationsskala som bedömning inom psykiatrin (Lindström, Koernig et al., 2011) men som borde gå att använda också för korttids riskbedömningar i en polisiär eller liknande kontext. På basen av en kort tids observation bedöms sex karakteristika av relevans för våldsutövning inom den närmaste tiden. Graden bedöms från 0 till 4 (fem-gradig skala). Varje värde är väldefinierat – se exemplet för Impuls & affektkontroll.

A. Nedstämdhet, suicidalitet. Patienten gråter, säger sig vara en dålig människa, ger uttryck för skuldkänslor.

B. Fientlighet. Verbalt och icke-verbalt uttryckt vrede, känsla av att vara illa behandlad, sarkasmer, okvädningsord.

C. Excitation. Oro/rastlöshet, hyperaktivitet som tar sig uttryck i ökad motorik, kollar omgivningen, hög beredskap att reagera, påtagliga humörsvängningar.

D. Spänning. Skattningen baseras på muntlig information om ångest och därefter graden av fysiska manifestationer av spänning som kan observeras (spända muskler och d:o mimik, handsvett, hög puls, skakar & darrar, svårt att prata).

E. *Bristande Samarbetsvilja/förmåga*. Aktiv vägran att foga sig efter andra, förenat med misstro, försvarsinställning, negativism, avvissande av auktoriteter och personal, i fejd med omgivningen.

F. *Impuls & affektkontroll*. Störd reglering av kontroll av handlingar, antingen så att yttre stimuli (frestelser) eller plötsliga infall får alltför stor effekt på beteendet, eller att beteendet styrs av plötsliga och obefogade affekter, ”kort stubin”.

Ankarpunkter, dvs. hjälp att välja skattningsvärde:

0: Inget av detta eller så lite att det kan vara en normalvariant, med hänsyn tagen till kontexten.

1: Viss ökad oförutsägbarhet i något av dessa avseenden, kan t.ex. bli upprörd, gräla och använda okvädingsord vid beskedlig gränsättning, alternativt handla till synes utan medvetenhet om handlingens negativa konsekvenser men kan be om ursäkt efteråt.

2: Klart ökad oförutsägbarhet i dessa avseenden, men med bevarad förmåga att efteråt förstå, erkänna och beklaga det som hänt - dock totalt sett med negativa konsekvenser för den sociala funktionsnivån.

3: Betydande oförutsägbarhet med viss relation till triggers i form av frestelser eller friktioner/konfrontationer som normalt inte utlöser impulshandlingar eller affektiva reaktioner. Detta har lett till en betydande reduktion av social samspelskapacitet.

4: Patienten uppvisar upprepade episoder av impulsgenombrott och affekt-utbrott som är helt inadekvata i förhållande till kontexten. Detta har fått svåra konsekvenser för personens sociala samspelskapacitet.

Summan av skattningsvärden bedöms enligt en tabell med normvärden (percentiler¹) för psykiatriska patienter, och dessa kan användas temporärt i forskningsprojekt inom polisen. Nya normvärden för polisiära sammanhang behöver tas fram och kopplas till utfallet om metoden ska användas utanför forskningssammanhang. Hittillsvarande forskning visar att personer utan psykiatrisk utbildning är väl i stånd att göra dessa bedömningar.

¹ Percentil = hur stor andel av normgruppen är ”bättre” än den aktuella personen. Värdet 85 betyder att 85% av normgruppen är ”bättre” och 15% är ”sämre”, har högre risk.

Bergenmodellen för hot och våld

TERMA är en modell för och utbildning i våldshantering inom psykiatri. Arbetet startade 2005 i Bergen och har vid det här laget blivit standard inom svensk psykiatri (www.slso.sll.se/valdochhot). Detta borde ha hög relevans för polisarbetet med aggressiva personer ute på fältet, liksom inom Kriminalvården.

Kort sammanfattning

Varför behöver poliser kunskaper om psykiska störningar?

Psykiska störningar är ofta kopplade till avvikelser i samspelet med andra människor. En del av dessa beteende-avvikelser uppfattas som bara udda. En del ger upphov till obehagskänslor/ ogillande och leder till avståndstagande och därmed social isolering. Många beteenden är inte bara ogillade, de är också brottsliga samtidigt som de är genuina uttryck för den psykiska störningen. Därför möter poliser många psykiskt störda människor i arbetet, och därför är det viktigt att de har tillräckliga kunskaper om sådana störningar. Poliser arbetar i miljöer och situationer där tredje man utsätts för massiv social och psykologisk belastning. Normalpsykologiska reaktioner på sådan belastning är akuta stress- och akuta sorgreaktioner. Polisen ska kunna ge ett ”första-förband” av psykologiska åtgärder för att reducera pågående lidande och förebygga negativa långtidseffekter av belastningen.

Fem vanliga psykiska störningar av relevans i polisarbete

Varje brott omfattar en gärningsman (individfaktorer), en situation som inbjuder till brott, och en bredare situationsfaktor (samhället, kultur, traditioner, rättsväsen). Resonemanget kan utvidgas till ordningsstörande beteende och liknande som inte kvalificerar som brott men är polisiärt relevant.

I *knapp* hälften av alla registrerade brott rör det sig om tillfällesbrottslingar, med stark övervikt för ungdomar som kommer från problemfyllda bostadsområden. De har i större utsträckning än normal-tonåringarna personlighetsdrag med inslag av impulsivitet och spänningssökande, men inte några tyngre psykiatriska problem. De använder droger men inte på ett sätt som medicinskt kan betecknas som missbruk. Brotten begås ofta i grupp, gäng, som är mer eller

mindre välorganiserade. I kontakten med sådana individer klarar man sig utmärkt med allmänmänsklig social kompetens och den professionella yrkesrollen som polis.

I *drygt hälften* av de registrerade brotten rör det sig om individer som har psykiatriska problem, oftast kopplat till missbruk. I kontakten med sådana personer behöver polisen kompetens på grundläggande nivå. Personerna har det gemensamt att det föreligger psykiatriska problem, men det är inte en och samma störning. Fem typer av störningar är så vanliga/viktiga att polisen behöver kunna ”känna igen dem” i den operativa verksamheten.

1. Dys-social personlighetsstörning

Den absolut vanligaste psykiatriska diagnosen bland människor som begått upprepade brott är Dys-social personlighetsstörning. Diagnoskriterierna motsvarar i stort sett det som bland kriminologer anses karakterisera Kroniskt kriminella (KK). Problemen debuterar tidigt och når sitt maximum i tidigt vuxenliv. Brottdebuten ligger före eller under tidig pubertet, de har många tidigare lagföringar, begår många olika typer av brott och har missbruksproblem. De är impulsiva, lever här och nu utan långsiktiga planer, kan snabbt mobilisera intensiv men snabbt övergående aggressivitet, är egoistiska och brister i medkänsla med andra, och de varken förstår eller respekterar sociala eller rättsliga regler som är i vägen för deras egen behovstillfredsställelse.

2. Missbruk

Den näst vanligaste diagnosen är missbruk. Missbruk innebär att användningen av missbruksmedel har medfört negativa sociala konsekvenser - personligheten påverkas negativt, man blir ”annorlunda” med avseende på kontroll över känslor och impulser, sätt att tänka och att samspela socialt med andra människor. Efter lång tids missbruk uppstår också kroppsliga skador, inklusive hjärnskador. Berusning och andra effekter varierar med rusmedlet: det finns den akuta rusreaktionen, rusreaktioner som är annorlunda (med det patologiska alkoholruset som ändpunkt: låg promillehalt, extrem effekt på beteendet), och ruseffekter som utvecklas över tid om man berusar sig ofta: alkoholhallucinos, schizofreniliknande symtom (tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar) vid haschmissbruk, paranoia i samband med centralstimulantia). När halten av

rusmedlet i kroppen sjunker utvecklas kroppsliga abstinenssymtom men bara för vissa rusmedel: alkohol, bensodiazepiner och opiater. I svår form drabbas vederbörande av delirium (förvirring + en kroppslig alarmreaktion med hög puls, svettning, tremor), och det finns en påtaglig risk för epileptiska anfall: ett potentiellt livshotande tillstånd.

3. Neuropsykiatriska diagnoser

Med neuropsykiatriska diagnoser beskriver man ett antal funktionshinder, t.ex. svårigheter att fokusera uppmärksamhet och att kontrollera impulser och aggressivitet (kort stubin), avsaknad av framförhållning (här & nu, allt genast), problem att ta hänsyn till andra, kunna lösa problem och förstå mer komplexa samband och sammanhang. De två vanligaste i polisiära sammanhang är ADHD och autismspektrumstörningar.

4. Psykossjukdomar, andra psykostillstånd och hjärnskador

Knappt 2% av normalbefolkningen har en psykossjukdom. Minst fem gånger så många bland personer som begått brott har en sådan diagnos. Den vanligaste bland dessa är schizofreni, med bipolär affektiv sjukdom (den gamla diagnosen mano-depressiv) på andra plats och vanföreställningssyndrom (olika former av ”förföljelsemani”, paranoia) på tredje.

Akuta psykoser, med förvirring som vanligaste symtom, kan utlösas av många olika orsaker, t.ex. droger, extrem stress och bakomliggande medicinska och neurologiska sjukdomar. Medicinska orsaker är mycket vanliga och dessa kan snabbt utvecklas till livshotande tillstånd. Med rätt behandling blir sådana personer återställda, till skillnad från de som har psykossjukdomar.

Hjärnskador ger förändringar i förmågan att tänka, känna och handla. En del hjärnskador är kopplade med ökad kriminalitet – och det kriminella livet medför ökad risk för hjärnskador pga. t.ex. skallskador och drogöverdoser. Det är därför vanligt att kroniskt kriminella har hjärnskador. Skadans placering avgör i viss utsträckning vilka symtom som föreligger – av speciellt intresse är skador på hjärnans främre delar, som ger personlighetsförändringar med ökad impulsivitet, försämrad affektkontroll, egocentricitet och förlust av sjukdomsinsikt (pseudo-psykopati).

5. Reaktionen på negativa livshändelser

Människor reagerar med rädsla och ångest på yttre hot, och med nedstämdhet på förluster och sociala kränkningar. Detta är normalt så länge reaktionerna inte är alltför starka i förhållande till livshändelsen, eller för utdragna i tiden. Reaktionen i sig möter den enskilda polisen ständigt i kontakter med brottsutsatta, men också i samband med katastrofer av olika slag. Exempel på sådana reaktioner är den akuta skräckreaktionen, och den akuta sorgereaktionen. Vid upprepad utsatthet (t.ex. att leva med en våldsbenägen partner) är det vanligt att brottsoffret utvecklar en post-traumatisk stressreaktion. Kriminella begår inte bara brott, de utsätts i mycket större utsträckning än andra för brott och för negativa livshändelser, och deras livssituation är sällan tillfredsställande. De har ofta anledning att ha ångest och vara nedstämda och de flesta (de som har ett intakt känsloliv) är det. En grupp kriminella, psykopater, har inte ett intakt känsloliv och de bryr sig inte.

När ska polisen direkt kontakta sjukvården pga psykiatriska symtom?

De psykiatriska tvångslagarna (LPT och LRV) innebär en skyldighet för alla medborgare att ställa sig till förfogande för en vårdintygsbedömning av läkare. En läkare avgör om detta är nödvändigt, t.ex. på basen av de observationer av vederbörande som polis på plats har gjort. Motsätter sig personen detta kan läkaren rekvidrera hjälp av polis så att undersökningen kan genomföras. När den är gjord, oavsett utfall, så är personen fri igen. Om läkaren anser att vårdintygsriterierna är uppfyllda måste vederbörande först få accept för sin bedömning från en annan läkare, den läkare som kan ta emot patienten för tvångsvård. Så snart detta skett har personen en skyldighet att påbörja tvångsvården – är hen kvar och accepterar transport till sjukhuset kör man vederbörande dit, accepterar hen det inte begär man att cheföverläkaren vid den psykiatriska vårdenheten dit patienten ska skickas rekvidrerar transport. Försvann vederbörande under den tid hen inte var frihetsberövad kommer cheföverläkaren att efterlysa vederbörande – när denne anträffas ska hen transporteras till den aktuella vårdenheten, om möjligt via ett akut-team från vården, annars med polis.

En förutsättning för tvångsvård är att det föreligger en allvarlig psykisk störning (APS) – som man inledningsvis måste få verifierad enligt det ovan skisserade schemat. Följande grupper av symtom kan var och en eller tillsammans tala för att det föreligger en APS:

Förvirring

Tankestörningar

Hallucinationer

Vanföreställningar

Uttalad suicidrisk

Svår impulskontrollförlust

Svåra tvångssymtom

I detta sammanhang är det symtomen, inte den eventuella diagnosen man ska beakta.

Vid ”rena” *Förvirringstillstånd* (personen är ej orienterad till tid, rum, person och situation; det finns ingen känd historia och rimlig förklaring) är personen uppenbart ur stånd att bedöma sitt vårdbehov samtidigt som det är absolut nödvändigt att vederbörande snabbt kan bedömas av en medicinskt sakkunnig person. Då ska man inte gå den tidsödande omvägen via tvångsvård. Brådskan kommer sig av att det finns en rad allvarliga sjukdomstillstånd som inleds med att patienten utvecklar ett förvirringstillstånd. Är förvirringstillståndet dessutom kopplat med kroppsliga symtom (hög puls, lufthunger, svettas, skakar och darrar) är det sannolikt ett delirium (vanligaste orsak är abstinens) och det ska behandlas på sjukhus snarast.

Synhallucinationer har också en stark koppling till medicinska orsaksfaktorer – därför ska också dessa bedömas av en medicinskt sakkunnig person, såvida inte dessa hallucinationer utlösts av en drog med just sådana effekter och tillståndet i övrigt inte inger farhågor.

Uppenbart och *akut psykotiska* personer (främst med symtomen tankestörningar, hörselhallucinationer och vanföreställningar) skall bedömas med avseende på risken att de skadar sig själva eller andra. Om de inte frivilligt accepterar ett vårderbjudande (transport till psykiatrisk vårdenhet) skall polisen medverka till att en vårdintygsbedömning görs (se ovan).

Uppenbart *suicidala* personer som inte accepterar ett vårderbjudande ska hanteras på samma sätt.

Personer som reagerat mycket starkt (*akut skräck- eller d:o sorg-reaktion*) i samband med yttre händelser (katastrofer, brott, etc.) ska hjälpas till närmaste psykiatriska akutmottagning för behandling. Innan detta kan göras ska polisen se till att de traumatiserade personerna befinner sig i en övertydligt lugn och trygg miljö (psykologiskt första-förband).

Om det finns skälig anledning att tro att en person lider av en allvarlig psykisk störning och antingen är farlig för sig själv eller annan eller på något sätt behöver omedelbar hjälp kan *polisen agera på eget initiativ*. Personen får då tillfälligt omhändertas i avvaktan på bedömning av hälso- och sjukvårdspersonal. Den omhändertagne får även föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.

Faktaruta 16 – När ska polisen kontakta sjukvården pga. psykiatriska symtom

Högsta prioritet:
Utdragna epileptiska anfall
Förvirringssymtom med eller utan abstinenstecken
Manier
Psykotiska depressioner med suicidrisk
Schizofreni med aktivt missbruk eller något av följande tre symtom: <ul style="list-style-type: none">Paranoida vanföreställningar med identifierad fiendeKommandohallucinationerTankestörningen att jag inte styr min kropp och mina handlingar
Vanföreställningssyndrom med hot mot identifierad fiende
Hög prioritet:
Psykos
Avvikande drogreaktioner
Brottsoffer med tidigare psykiatriska problem

Hur ska man som polis förhålla sig till personer med psykiatriska problem?

I kontakten med *Kroniskt kriminella (inkl. psykopater)* ska man undvika att utmana deras självkänsla, och hänvisa till att de åtgärder man vidtar görs fullt ut enligt regelverket. Detta regelverk är ibland dumt och då medger man det utan att bjuda på något annat. Negativa känsloutspel är förbjudna, positiva ska man bjuda på om det är adekvat och inte innebär att man binder upp sig för något. Provokationer ska inte leda till motreaktioner. Avledning funkar på alla (djur, barn, busar och Nobelpristagare), liksom väl och försiktigt utformad avväpnande humor.

I kontakten med personer med *neuropsykiatriska funktionshinder* (diagnoser som ADHD, Autismspektrum, olika former av hjärnskador, utvecklingsstörning) ska man vara medveten om den begränsade förmåga som sådana personer har att avläsa icke-verbala sociala signaler (är hen arg på mig?), kontrollera känsloutbrott och förstå ”bildliga uttryck”, och deras beredskap att tolka in förakt för dem som grupp i möten med människor (de har varit med om detta förut). Man ska vara övertydlig i sin kommunikation med dem liksom i hänvisningar till den aktuella situationen (sakorientering).

I kontakten med personer med *akuta psykosjukdomar* ska man varken ”hålla med” eller konfrontera deras verklighetsuppfattning, men understryka att personen i fråga behöver hjälp och det är polisens enda roll i det aktuella sammanhanget. Man ska vara medveten om det ”fysiska säkerhetsavståndet” som dessa personer behöver, och undvika att utmana dem (stå vid sidan, inte bakom eller framför, inte ”titta ut dem”). Måste man använda fysisk övermakt ska den vara massiv och utföras utan tjafs: man talar om att så här kommer vi att göra av följande skäl och sedan gör man det direkt. Prata om det gör man efteråt, när det lugnat sig (vanlig debriefing-teknik).

REFERENSER

- Almvik R., Woods P., Rasmussen K. (2000). The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (12): 1284-1296.
- Aristotle: *Nicomachean Ethics* (Cambridge Texts in the History of Philosophy). Cambridge 2000: Cambridge University Press.
- Dalteg A, Lindgren M, Levander S. Retrospectively rated ADHD is linked to specific personality characteristics and deviant alcohol reactions. *Journal of Forensic Psychiatry*, 1999; 10: 623-34.
- Dalteg A, Zandelin A, Tuninger E, Levander S. Psychosis in adulthood is associated with high rates of ADHD and CD problems during childhood. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(8):560-6.
- Dåderman AM, Fredriksson B, Nilsson LH, Kristiansson M, Lidberg, L. The abuse of a sleeping pill that contains the active substance flunitrazepam (FZ)--for example, Rohypnol--and the effects of FZ intoxication, such as enhanced violence and disturbed memory. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004;32 (4):467-8.
- Few LR, Miller JD, Lynam, DR. An examination of the factor structure of the Elemental Psychopathy Assessment. *Personal Disord*. 2013;4(3):247-53.
- Guldborg-Kjär, T. ADHD in old age. PhD thesis, University of Gothenburg, 2014.
- Hare RD. *Psykopatens värld: Utan samvete*. Lund 1997: Studentlitteratur.
- Hor K TM. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010; 24 Suppl): 81-90.
- <http://www.lakemedelsverket.se/adhd> (ADHD-behandling i Sverige).
- Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT & Bue Bjorner J. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 536-42.

- Levander S. (a). God vilja räckte inte: Ett personligt perspektiv på svensk rättspsykiatri. *Nordisk Tidskrift för Kriminalvetenskap*, 2010, Volym 3.
- Levander S. (b). Rättspsykiatri. I Herlofsson J, Ekselius L et al (Red.) *Psykiatri*. Lund 2010; Studentlitteratur. Sid 665-689.
- Lindström E, Koernig T, Tuninger E, & Levander S. Development and validation of the Fast Assessment in Acute Treatment of Psychosis, an Observation Rating Scale (FAST-O). *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011;15(3):180-95.
- Mellgren C, Svalin K, Levander S & Torstensson Levander M. Riskanalys i polisverksamhet- fungerar det? Slutrapport från ett utvärderingsprojekt. Rikspolisstyrelsens utvärderingsfunktion, rapport 2014:7. Stockholm: RPS Tryckeri.
- Nilsson LH, Mårtensson B. *Psykiatri och juridik*. I Herlofsson J, Ekselius L et al (Red.) *Psykiatri*. Lund 2010; Studentlitteratur. Sid 645-664.
- Nilsson LL. Dead and forgotten--postmortem time before discovery as indicator of social isolation and inadequate mental healthcare in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;102:337-339.
- Neumann CS. & Pardini D. Factor structure and construct validity of the Self-Report Psychopathy (SRP) scale and the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) in young men. *J Pers Disord*. 2014; 28(3):419-33.
- NOU 2014:10 - Skyldvne, sakkyndighet og samfunnsvern.
- Palmstierna, T, Olsson, D. Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(1):66-72.
- Piquero A, Farrington D & Blumstein A. *Key Issues in Criminal Career Research. New Analyses of the Cambridge Study in Delinquent Development*. Cambridge 2007: Cambridge University Press.
- Rasmussen K, Palmstierna T & Levander S. Impact of stimulant treatment on psychiatric problems, personality disorders and crime in attention deficit disorder: A naturalistic study. *Journal of Attention Disorders*, 2015.
- Torstensson Levander M. Kronisk kriminalitet som livsstil. Rikspolisstyrelsens utvärderingsfunktion, Rapport 2013:2. Stockholm: RPS Tryckeri.
- Wikström P-O. (2006). Individuals, Settings and Acts of Crime. Situational Mechanisms and the Explanation of Crime. In (Eds) Wikström P-O & Sampson Robert. J. *The Explanation of Crime: Context, Mechanisms and Development*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Wikström P-O., Oberwittler D., Treiber K. & Hardie B. (2012). *Breaking rules: The social and situational dynamics of young people's urban crime*. Oxford: Oxford University Press.

APPENDIX:

Riktlinjer för bemötande av personlighetsstörda

Personer med vissa typer av personlighetsstörningar är avvikande i ett viktigt avseende när det gäller bemötande. Låt oss anta att det är en samtalsituation (inte en strikt förhörssituation), t.ex. i allmänna kontakter ”ute på stan”.

1. Var medveten om samspelet mellan er. Det baseras, för bägge, på jämförelser med ett inre bibliotek där en ny person matchas så gott det går mot personer man mött tidigare. En frisk, ej psykiskt störd person har ett formidabelt inre bibliotek att matcha mot och gör det förutsättningslöst. I biblioteket finns många tusen individer som man mött eller på annat sätt känner till. Där finns också fiktiva individer från film, TV och litteratur (Terminator, Martin Beck, Snövit), kategorier av verkliga individer (Bajen-fans, Talibaner) och d:o fiktiva (svartalver, marsianer), samt ”stora” kategorier som man/kvinna, ung/gammal, ond/god etc. I biblioteket finns också den egna självbilden och generaliserade/renodlade begrepp som ”Den goda människan” och ”Medelsvensson”. En frisk person är relativt individstyrd och förutsättningslös när hon/han formulerar hypoteser om andra människor och möten. Så är det inte för personer med psykisk störning. Dels har de för det mesta ”dåliga”, dvs. framför allt onyanserade bilder av andra människor, dels har de ”favorit-hypoteser” som deformerar deras bilder av dem som de möter (”en plitjäväl är alltid en plitjäväl”). Detta är ett centralt problem vid personlighetsstörningar, och vid skador på personligheten som orsakats av psykossjukdomar, hjärnskador, missbruk och tidigare exponering för extrem stress (krigsupplevelser, dödshot etc.). Särskilt bland utagerande störningar kan man räkna med att ALLA har sådana personlighets-skador.

Inom ramen för samspelet i intervjusituationen (med de tre frågorna: Vem är du? Vem är jag i detta sammanhang? och Vad tycker du om mig?) pågår två korsande processer: du har hypoteser om vem den

andre är och hon/han har hypoteser om dig. Bägge försöker testa sina hypoteser (detta kallas överföring när det sker inom ramen för psykoterapi). Människors sociala kompetens är oerhörd och vi har t.o.m. utrustats med specifika hjärnfunktioner som låter oss ”krypa under skinnet” på den andre: spegelneuron. När någon gäspar gäspar vi själva. Vi ”härmas” hela tiden, dvs. känner efter hur det skulle vara att vara den andre. Vi avläser de hypoteser som andra har om oss, utan att vi är medvetna om det, och reagerar på dessa, inte minst känslomässigt. Detta kallas motöverföring. Vi känner oss arga om någon tror att vi är skurkaktiga, utan att detta sägs. En del av träningen till psykoterapeut går ut på att lära sig ”avläsa” den egna motöverföringen mer tydligt än det vi gör intuitivt och omedvetet.

Exempel – jag var distriktsläkare i Södertälje – en ung kvinna, 2-barnsmamma, söker på mottagningen utan att ange något skäl. Hon sätter sig mitt emot mig och börjar gråta. Av någon anledning fick jag en känsla av att hon sa till sig själv: ”doktorn tycker att jag är en slampa”. Det hon skulle be mig om (ung manlig läkare) var för henne fruktansvärt skam- och kanske skuldbelagt. Den informationen tyckte jag mig få via min motöverföring (tankeläsning?). Så jag frågade henne om hon ville ha p-piller. Och så var det.

Hur kan man anlägga moteld när någon redan bestämt sig för vem jag är? Genom att vara tydlig som individ. Det betyder att man måste ”släppa till” av sitt privatjag, precis lagom mycket för just den personen och den situationen. Släpper man till för lite kan man inte korrigera en negativ bild av vem jag är och står för. Släpper man till för mycket kan detta utnyttjas och man kan råka illa ut. Att ”släppa till lagom” förutsätter att man är trygg i sig själv och sin roll. Man kan inte vara privatperson på jobbet. Den privata kostymen hänger man av sig när man går in genom dörren till arbetet. Där hänger den professionella kostymen och den tar man på sig. Den kostymen får inte vara alltför olik privatkostymen – en sådan brist på äkthet avslöjas direkt och får negativa konsekvenser för samtalet/intervjun. Var och en måste utforma en lagom privat roll inom ramen för det som är professionellt acceptabelt. Några få gör det intuitivt och självklart. De flesta behöver reflektera över vem de ska vara på jobbet via mentorer, chefer och arbetskamrater; åter andra behöver

professionell hjälp med att ”sy upp” kostymen. Detta ska finnas i miljön – alla är faktiskt inte naturbegåvningar när det kommer till mänskligt samspel.

Kontaktskapande åtgärder är bl.a. följande:

a. Ge feed-back på den information du får, så snart detta är lämpligt. ”Jaså, du tycker så” är inte tillräckligt bra. Den du intervjuar ska få klart för sig att du har lyssnat, processat informationen, och dragit egna slutsatser. ”Jaså, du gillar HD – själv skulle jag aldrig sätta mig på ett sådant teknikfossil – när jag hade cykel i min ungdom körde jag Vincent/HRD, den tidens snabbaste standardmotorcykel” (det var faktiskt så), sagt med glimt i ögat.

b. Gör halvhalter i samtalet vid lämpliga tidpunkter och sammanfatta med dina egna ord (inte den intervjuades) hur du har uppfattat det hela. Positiva känslor (inom rimliga gränser) ska kommuniceras; negativa är förbjudna. ”Förbjudna” ska förstås med utgångspunkt i den intervjuades uppfattning.

c. Om det är möjligt och lämpligt, ge information om dig själv. Blir du ”skarpare i konturen” som individ är det lättare för den som intervjuas att sortera in dig i ett ”bättre” fack än där du sannolikt hamnade inledningsvis.

d. Ta tag i personlig information som kan leda till intresserade motfrågor och önskemål om klargörande. ”Så, din familj kommer från Hälsingland – var där? Själv har jag en del kontakter med Söderhamn, känner du till den staden?” Etc.

e. Ha full kontroll över ditt känsloutspel. Markera tydligt att dina öron är fast-bultade: inget av vad som sägs kommer att få dem att trilla av. Jag undersökte en nekrofil. I samtalet närmade vi oss själva könsakten som genomfördes vid kyrkans högaltare, dit gärningsmannen släpat liket. ”Hon var kall och alldeles torr så det var svårt att få in den.” Jaha, intressant – hur gjorde du då? svarade jag, ungefär lika engagerat som om det gällde ett kakrecept. Målet för intervjun är att samla information – inte uttrycka vad du tycker om det som vederbörande eventuellt har gjort.

f. Negativa besked ska skyllas på chefer och ”systemet”. Positiva ska du ta åt dig lagom av äran för. Det är inte fel att antyda att detta har du gjort därför att du dels är professionell, dels sympatiserar med

vederbörande. Negativa besked: Du behöver inte försvara rationaliteten i regelverk och andras agerande men ska understryka att du är en person som är lojal i din yrkesgärning oavsett vad du egentligen tycker om dessa personer eller regelverk/samhällsfunktioner. Pressas du att hålla med, och den intervjuade har ”ett case” ska du återigen hänvisa till din lojalitet som arbetstagare – något som vederbörande ska vara tacksam för eftersom du därmed blir förutsägbar. Oförutsägbarhet är det värsta som finns för den personlighetsstörde.

2. Den första åtgärden när du påbörjar en intervju är att ställa en virtuell (du låtsas att den finns) kontaktmätare i ett hörn så att du ser den tydligt. Ju högre visarutslag desto bättre kontakt. Visarutslaget styr hur snabbt och konfrontativt du kan gå fram i intervjun. Detta är en bild för hur skickliga vanliga friska människor är på att avläsa andras känslor via ansiktsuttryck, nyanser i rösten, ordval, stressreaktioner (rodnad i ansiktet, svettiga kalla händer, stelhet i rörelsemönster, darrningar, ändrad andning, förhöjd hjärtfrekvens m.m.). Detta fungerar emellertid inte för vissa personlighetsstörda, särskilt psykopater – de är fulländade skådespelare med komplett kontroll över sin fysiologi. Därför fungerar inte lögn детекторer särskilt bra på sådana personer. Det finns andra knep för att hantera detta men det är överkurs i det här sammanhanget.

3. Inledningen av intervjun ska fokusera på att upprätta en kontakt som bäddar för fortsättningen. Man är skyldig den man intervjuar att kortfattat och neutralt redovisa varför man vill prata med vederbörande. Därefter ska man så snabbt som möjligt börja bygga kontakten. Detta görs vanligen bäst genom att den man intervjuar uppmuntras att prata om det som ligger närmast till hands för hennes/hans del, här och nu. Detta är ofta hur man mår, hur det känns att sitta där, om det hänt något särskilt i nutid, om vederbörande önskar hjälp med något, etc. I denna inledande del av intervjun demonstrerar man samtidigt sig själv som svar på motpartens fråga ”vem är du?”.

4. I den följande fasen ska den intervjuade redovisa sin uppfattning om vad som hänt och varför. Intervjuaren är passiv så länge intervjun flyter på – och uppmuntrar fortsatt kommunikation om det stannar upp. Vid lämpliga punkter i detta samtal bryter man in med egna

sammanfattningar av vederbörandes redogörelse. I denna fas ska det inte förekomma några ifrågasättanden eller försök att precisera. Sammanfattningarna bör inte vara rena upprepningar av vad som sagts – om man använder egna ord och formuleringar demonstrerar man att man inte bara har lyssnat, man har tänkt också. Man kan lägga till personliga men i så fall neutrala reflektioner. En del personlighetsstörda, särskilt om de har psykopatiska drag, har en grandios självuppfattning – den får inte ifrågasättas, snarare uppmuntras. Upplever de att de har ett överläge reduceras självcensuren. Under denna fas av intervjun ska man fortsätta att bygga relationen, samla information okritiskt; och lägga alla frågetecken i en säck som man öppnar först i nästa fas av intervjun.

5. I nästa fas ska frågetecknen rätas ut, utan konfrontativa element. Man framställer sig själv som lite korkad – ”jag kanske inte lyssnade”, ”det kanske är en dum fråga men...”. Man accepterar klargöranden utan att göra någon stor sak av detta. Målet är att konstruera en berättelse som så väl som möjligt representerar den intervjuades egen version. Här är det också läge att sammanfatta och kommentera det som framkommer på ett sätt som demonstrerar att du inte har förutfattade meningar om vederbörande eller den information du fått, att du är en person, en individ (inte ”en plitjäväl”), och att du tar ditt jobb på allvar.

6. Om detta så långt har fungerat väl har ni etablerat ett samtalsklimat och en relation som håller för den följande fasen: ifrågasättande av informationen. Man börjar med det lilla (det som vederbörande bör kunna tåla) och trappar upp konfrontationerna så länge den virtuella kontaktmätarens (i hörnet) visare ligger på plussidan. För varje ”uppklarning” ska man ”belöna” eftergiften. Ofta kommer man till en punkt där kontaktmätarens visare har backat ner till oacceptabel nivå. Där får man stanna med avseende på konfrontation - det är bättre att återkomma lite senare. (En känslomässig reaktion, t.ex. vrede eller rädsla, sitter sällan i med maximal intensitet mer än 20 minuter – en lagom lång tid för en paus).

7. Avslutningen av intervjun går ut på att återupprätta kontakten inför nästa intervjuomgång, eller, om inga ytterligare samtal planeras, att man skiljs utan ”hard feelings”. Detta kan nästa intervjuare ha

glädje av. Återigen, ett viktigt element i denna ”debriefing” är att sammanfatta det som framkommit, inklusive kvarstående oklarheter, med egna ord och vändningar, och utan negativ känslomässig laddning. Av denna sammanfattning ska framgå att målsättningen för det förda samtalet är att samla information som den intervjuade kan acceptera, men också ”varna” vederbörande för att oklarheter och motsägelser skadar hennes/hans sak. Indirekt ber man vederbörande att i välförstått egenintresse ”se över och korrigera” sin historia så att den stämmer bättre. Ibland kan det finnas ”strategiska” skäl att vänta med att granska den intervjuades uppgifter – man låter honom/henne måla in sig rejält i ett hörn, och då bortfaller motivet att hjälpa den intervjuade att skapa en historia som stämmer. Man får skådespela att man inte begriper bättre trots att man vet bättre.

(Slutkommentarer)

1 I den klassiska straffrätten, som bygger på den Romerska rätten och sådan den formulerades under 1700-talet har straffet funktionen att återställa den universella harmoni som störts av ett brott. Man använder metafysiska begrepp som rättvisa, försoning, retribution. I Sverige införde vi en "positiv" straffrättsmodell i en serie steg med start 1914. I detta sammanhang betyder "positiv" att man inte använder "metafysiska" begrepp som rätt, straff och försoning. Målet för verksamheten är statsnytta, inte rättvisa. Brott ses som en social sjukdom som ska behandlas så att brottslingen slutar begå brott. I Brottsbalken från 1964 manifesteras detta genom byte av terminologi: Straff blir påföljd, soning blir verkställighet, alla påföljder är "vård" (frivård, kriminalvård, missbruksvård, vård enl. socialtjänstlagen, sluten ungdomsvård, rättspsykiatrisk tvångsvård). Domstolens uppgift är att välja "rätt vård", inte att skipa rättvisa retributivt.

2 Fram till 2014 skiljde man i DSM-diagnostiken mellan missbruk och allvarligt missbruk genom att kalla det senare Beroende. Det görs inte längre. Termen Beroende är emellertid så inarbetad i Sverige att vi behåller den en bit in i framtiden.

3 Med Affektiva sjukdomar avser vi sjukliga förändringar i stämningsläge och aktivitetsnivå – olika former av depressioner (sänkt) och manier (uppskruvat) stämningsläge.

4 LSS är Lagen om Stöd och Service som ger kommunerna ansvar för bostad, stöd i vardagen och meningsfull sysselsättning för personer med olika former av funktionsvikt. Personkrets 1 avser utvecklingsstörda, 2 avser hjärnskadade och 3 psykiska störningar av psykostyp eller motsvarande.

Psykiska störningar är vanliga, och vissa av dem är kopplade med en betydligt ökad brottslighet. Ju mer man vet om dessa störningar desto bättre kan man hantera de problem som uppstår i närkontakten med sådana, oavsett om man är polis, arbetar inom socialtjänst, kriminalvård eller psykiatri, eller är väktare. I dessa professioner möter man inte bara brottslingar – man möter också deras offer och ska anlägga ett psykologiskt första-förband. Man ställs också inför situationer där man får ansvar för initiala medicinska bedömningar. Läser man texten bör man bli bättre rustad i sådant arbete.

ISBN 978-91-7104-830-1 (tryck)

ISBN 978-91-7104-831-8 (pdf)

ISSN 1650-2337

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE