

LÄKARE OM VÅLD

En programskrift om medicinska aspekter
på våld, våldsverkare och våldsoffer

© Sveriges läkarförbund

Best. nr 40-7

INNEHÅLL

FÖRORD

INLEDNING 3

- Definitioner 4

1 EPIDEMIOLOGISKA ASPEKTER 5

- Information om våld och våldsskador 5
- Sjukvårdsstatistik 5
- Kriminalstatistik 6
- Kvinnovåld 7
- Gatuvåld 7
- Våld i skolan 7
- Barnmisshandel 8
- Kvinnor som våldsverkare 8

2 MEDICINSKT-PSYKIATRISKA FAKTORER 10

- Centrala nervsystemet, CNS 10
- Bakgrund och orsaker till våld 11
- Den etologiska aggressionsmodellen 12
- Aggression i ett utvecklingsperspektiv 13
- Barnpsykiatriska diagnoser som innebär ökad risk för aggression/våld 14
- Personlighet och personlighetsstörningar 18
- Traumatiska händelserns betydelse för utveckling av våldsbänagenhet 25

3 ALKOHOL, ILLEGALA DROGER OCH LÄKEMEDEL 27

- Hjärnans kemi 27
- Alkohol 28
- Illegala droger 29
- Anabola steroider 30
- Läkemedel 31
- Blandmissbruk 32
- Psykisk sjukdom och missbruk 33
- Relationen mellan alkohol, droger och våldsbeteende 34
- Avslutande synpunkter 35

4 TV, FILM OCH VIDEO 36

5	LAGSTIFTNING, DEKLARATIONER OCH UTREDNINGAR	38
	● Psykiatrisk tvångsvård, LPT och LRV	38
	● Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM	39
	● Deklarationer	40
	● Utredningar	41
6	FÖREBYGGANDE PROGRAM OCH BEHANDLING	43
	● Behandling av unga lagöverträdare	43
	● Förebyggande program	44
	● Behandling av vuxna kriminella	47
	● Behandling av psykossjuka	50
7	FARLIGHETSBEDÖMNING	53
	● Bakgrund	53
	● Kliniska farlighetsbedömningar	55
8	EFFEKTER AV VÅLD	59
	● Kroppsliga skador	59
	● Psykiska reaktioner	59
9	VÅLDSOFFER	63
	● Barnmisshandel och sexuella övergrepp	63
	● Mobbning	66
	● Kvinnor som offer	67
	● Arbetsrelaterat våld	70
10	OMHÄNDERTAGANDE AV VÅLDSOFFER	71
	● Medicinska och psykologiska åtgärder	71
	● Behandling av andra psykiatriska tillstånd	76
	● Beredskap inför och psykologiskt stöd vid våld som drabbar flera personer samtidigt	76
	● Beredskap inför och psykologiskt stöd vid arbetsrelaterat våld (hälso- och sjukvårdspersonal)	77
11	UTBILDNING OCH FORSKNING	82
12	SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER	85
	LITTERATUR	91

FÖRORD

Läkarförbundets centralstyrelse beslöt i april 1995 att sammankalla en arbetsgrupp för att ur medicinsk synvinkel diskutera våldet i samhället.

Bakgrunden var bl a att Sverige under senare år drabbats av våldsdåd av en särskild karaktär. Det har ofta handlat om unga förövare, som visat prov på en utpräglad råhet eller känslökyla. Våldet är anonymt, d v s det drabbar offer med svag eller ingen anknytning till gärningsmannen. Alkohol och droger är regelmässigt inblandade. Brotten anses ibland ha inspirerats av våld i filmer och datorspel.

Eftersom ämnet är omfattande och kan behandlas från olika utgångspunkter (förutom medicinskt också kriminologiskt, sociologiskt, psykologiskt m m) har arbetsgruppens uppdrag begränsats i direktiven.

Målsättningen har varit att lämna den medicinska professionens bidrag till debatten dels genom att söka belysa våldet ur medicinsk synvinkel, dels föreslå åtgärder som kan förhindra våldsbrott, rehabilitera våldsverkare och förhindra återfall, samt ge offer för våldsbrott och deras anhöriga en god vård, såväl somatiskt som psykiskt.

När det gäller förklaringsmodeller har gruppen redovisat vetenskapens ståndpunkt i fråga om biologiska mekanismer som kan utlösa våldsimpulser och/eller minska spärrarna mot våld. Effekten av alkohol, droger, anabola steroider, läkemedel m m har också behandlats. Även om perspektivet är medicinskt, får givetvis inte de biologiska processerna uppfattas som uttömmande förklaringar till mänskligt beteende. Avsikten är naturligtvis inte heller att medikalisera våldsproblemet i samhället.

Psykisk sjukdom eller störning som orsak till våld har belysts, liksom frågan om lagstiftningens och domstolarnas uppfattningar och definitioner av dessa begrepp skiljer sig från läkarnas.

Gruppen har även övervägt vilka förbättringar som kan behövas i omhändertagandet av offer för våld och deras anhöriga.

Målgrupper för rapporten är i första hand läkare och annan vårdpersonal, politiker och andra beslutsfattare på olika nivåer men också andra yrkesgrupper, som i sitt arbete kommer i kontakt med våldspröblem, t ex lärare.

I arbetsgruppen har ingått hälsovårdsöverläkare Lars Himmelmann, (ordförande), Bohuslandstinget, Göteborg, överläkare Kerstin Brodin, klinisk farmakologi, Stockholm, överläkare Tom Häggmark, kirurgi, Stockholm, professor Sten Levander, psykiatri, Malmö, överläkare Jan Halldin, socialmedicin, Sundbyberg, professor Anne-Liis von Knorring, barn- och ungdomspsykiatri, Uppsala och överläkare Abbe Schulman, Centrum för kriskunskap, Huddinge. Gruppens sekreterare har varit Robert Wahren från Läkarförbundets utredningsavdelning.

Arbetsgruppen överlämnade i september 1997 sin slutrapport till centralstyrelsen som efter remissbehandling inom förbundet 1997-10-22 beslöt fastställa den som vägledande för Läkarförbundets fortsatta arbete i dessa frågor rörande våldet i samhället.



INLEDNING

Våldet har ökat påtagligt i Sverige under de senaste femtio åren, framförallt har antalet misshandelsbrott ökat kraftigt. Oron för att bli utsatt för våld har också stigit och ungefär 8 av 10 i den vuxna svenska befolkningen anser att våld är ett stort eller mycket stort problem i samhället. Allmänhetens uppfattning om orsakerna till våld stämmer emellertid dåligt med den vetenskapliga kunskapen om orsaker till våld, med ett undantag: alkoholens betydelse.

Våldet i samhället återspeglas på många sätt inom hälso- och sjukvården. Av dem som söker sjukvård på grund av skador har ca 50 000 per år varit utsatta för våld. Troligen finns här ett relativt stort mörkertal, eftersom många är ovilliga att uppges orsaken till uppkomna skador. Särskilt gäller detta misshandel inom familjen.

Sjukvården får också kontakt med våldsvärkarna, dels genom att också dessa utsätts för våld, dels genom att en del våldsvärkare bedöms och vårdas inom psykiatrin.

Det finns således inom hälso- och sjukvården en avsevärd kunskap om både våldsvärkare och våldsoffer och deras anhöriga.

Ett syfte med denna rapport är att peka på väsentliga orsaker till uppkomsten av våld, såsom de framkommer inom hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund har arbetsgruppen lämnat ett antal rekommendationer, som kan bidra till att förebygga våldet i samhället med målsättning att försöka få ned våldsfrekvensen till den nivå den hade under åren efter andra världskriget då den var som lägst under 1900-talet. Även om våldet i ett samhälle i huvudsak har sin orsak i makro- och mikrosociologiska förhållanden, är detta inte en ursäkt att avstå från ett medicinskt orienterat preventionsperspektiv på våld.

Ett annat syfte med rapporten är att redovisa möjligheter och metoder för att förbättra omhändertagandet av våldsoffren och deras anhöriga. Förhoppningen är också att bidra till att göra sjukvårdspersonalen, framförallt på de större akutmottagningarna, mera kompetent att möta aggression och våld samt att på rätt sätt hantera offrens psykologiska behov vid den första sjukvårdskontakten efter en våldsupplevelse.

Rapporten behandlar inte på djupet andra aspekter på våld än de som har stöd i den medicinska forskningen. Avsikten är att lämna hälso- och sjukvårdens och läkarkårens bidrag till kampen mot våld i samhället och belysa hur konsekvenserna för våldsoffren kan mildras.

Definitioner

Med *våld* avses i detta sammanhang handlingar utförda av en människa och riktade mot en annan människa, offer, där handlingen medför lidande eller skada för offret. Lidandet/skadan är inte bagatellartad. Det finns inget samtycke från offrets sida, och handlingssättet legitimeras inte av provokation, nödvärn, polisiär verksamhet eller självförsvar. Våld förutsätter uppsåt, psykologiskt verkligt eller konstruerat. Handlingen har en moralisk kvalitet av orätt gentemot offret och definitionen av våld kan därför skifta mellan olika kulturer. Det är legitimt att försöka avbryta en pågående våldshandling och att minska risken för befarade framtida våldshandlingar på lämpligt sätt. Det är också legitimt att straffa våldsverkaren dock med hänsyn tagen till hans tillräknelighet d v s förmåga att bära moraliskt ansvar.

Under aggression, som är ett vidare begrepp än våld, ryms en rad kvalitativt olika typer av beteenden. I ett biologiskt perspektiv finns det nästan alltid en ändamålsförklaring; beteendet ökar chansen för överlevnad och framgångsrik fortplantning. En del aggressiva beteenden är starkt instinktspräglade medan andra lärs in.

1 EPIDEMIOLOGISKA ASPEKTER

Information om våld och våldsskador

Våldet i samhället kan speglas genom statistiska siffror. Någon heltäckande statistik över våldsoffer och våldsutövare finns inte, men sammanställning av sjukvårdsstatistik, dödsorsaksstatistik, intervju/enkätundersökningar och rättsstatistik ger en bild av hur våldet och våldsutvecklingen ser ut i det svenska samhället.

Man kan dela upp de statistiska uppgifterna i en del, som belyser våldets effekter, d v s läkarbesök, sjukhusvård, dödsfall och en annan del som utifrån enkät- och intervjustudier och rättsstatistik belyser frekvensen av våldsutövare och våldsoffer.

Sjukvårdsstatistik

Landstingen har under 1990-talet under olika tidsperioder registrerat patienter som sökt på akutmottagningar och som uppgivit att deras skador är våldsrelaterade. I dessa undersökningar kan man se stora skillnader mellan storstadsområden och landsortsområden. I Stockholms läns landsting uppgav nästan 8 % av dem som sökte för skada, att skadan uppkommit genom våld. Vid registrering i Bohuslänstinget var andelen skador p g a våldshandling drygt 2 % av samtliga skador och i Uppsala län var motsvarande siffra 5 %. En sammanfattning för hela landet visar att personer som söker vård p g a våldsskador är totalt ca 50 000 per år. Av dessa är 35 000 män och 15 000 kvinnor. Av männen är knappt hälften 25 år eller yngre och ca 60% av kvinnorna är yngre än 30 år.

Hos männen uppstår skadorna som regel vid våldshandlingar utanför hemmet på gator och torg, i folkparker och i restaurangköer. Kvinnorna däremot misshandlas och skadas i 80% av fallen i hemmet.

Hos de skadade männen föreligger alkohol/narkotikapåverkan i 65-70% av fallen, medan för kvinnorna bedöms förekomsten vara något lägre, c:a 50% av fallen.

Kriminalstatistik

Kriminalstatistiken innehåller uppgifter om alla misstänkta våldsbrott som anmälts till polisen. Ur denna statistik kan man också utläsa antalet dödsfall orsakade av våld.

Sett över tiden har antalet anmälda våldsbrott ökat från mitten av 1960-talet och framåt, från ca 150 anmälda våldsbrott per 100 000 invånare till ca 500 per 100 000 invånare år 1992. Antalet mord, dråp och misshandelsfall med dödlig utgång har under de senaste åren uppgått till ca 200 per år. En närmare analys visar att 7 av 10 mord begås i offrets bostad och att gärningsmännen i 85% av fallen är släkt med eller bekant till offret. Kniv är det vanligaste mordvapnet och alkohol och narkotika finns ofta med i bilden.

I en längre tillbakablick kan man se att antalet mord och dråp per 100 000 invånare var högre under 1800-talets första del för att sedan sjunka i början av 1900-talet, då även alkoholkonsumtionen sjönk. Från 1900-talets början och framåt har kurvan beskrivit en långsam ökning.

I en granskning av samtliga fällande brottmålsdomar från tingsrätterna i 8 län i Sverige år 1992 fann man, att andelen alkoholrelaterade våldsbrott ökar i helgerna, medan brott som inte är alkoholrelaterade fördelar sig relativt jämnt över veckan. Man undersökte också var brotten ägde rum. I Stockholm befanns den lägsta andelen brott 15 % äga rum på "krogen", medan en tredjedel ägde rum i hemmet och drygt hälften på övrig plats. I Västerbotten hade knappt en tredjedel ägt rum på övrig plats och ungefär lika många skedde på "krogen" och drygt 40% i hemmet.

Ser man på gärningsmännens ålder, visar det sig att 20% av våldet på övrig plats utfördes av 15-17-åringar. En orsak är sannolikt att ungdomar i 15-17-års åldern söker sig ut på gatorna på grund av färre nöjesarrangemang för deras del. Anmärkningsvärt är att 15-17-åringar, som egentligen inte skall ha tillgång till alkohol, står för 8 % av de alkoholrelaterade våldsbrotten. Gärningsmännen är till över 90 % män, medan drygt 60% av offren är män.

Kvinnovåld

Misshandel av kvinnor har under de senaste årtiondena fått ökad uppmärksamhet. Kvinnomisshandel är sannolikt den vanligaste formen av våld i vårt samhälle. En orsak till att kvinnomisshandeln nu framträder allt tydligare, är att kvinnorna i högre grad anmäler misshandeln och söker på akutmottagningarna för de uppkomna skadorna.

I en enkätundersökning uppgav 6% av de intervjuade kvinnorna att de under en ettårsperiod varit utsatta för någon form av våld eller hot. Det innebär att ca 130 000 kvinnor årligen utsätts för våldshandling eller hot.

Kvinnomisshandeln sker som nämnts huvudsakligen i hemmet och är ofta upprepad. I polisstatistiken framgår att kvinnan som regel misshandlas av någon nära bekant, sambo eller make. Av de anmälda fallen rubriceras 5% som grov misshandel och ca 40-50 kvinnor dör varje år till följd av misshandel. Ungefär en tredjedel av dessa mördas av sina män eller f d män.

Gatuvåld

I storstadsområdena har gatuvåldet ökat, medan någon motsvarande ökning ej synes ha skett i övriga delar av landet. Antalet misshandelsfall som anmäldes till polisen ökade mellan åren 1988-90 och 1992-93 med 100% i Stockholmsområdet. Av de inblandade var 80% män i åldern 15-24 år. Siffrorna speglar den gängverksamhet och de motsättningar mellan olika grupper av ungdomar med ökad främlingsfientlighet och inslag av rasism som finns i storstadsområdena.

Våld i skolan

Våldet i skolan riktas både mot personal och elever och utgör i många skolor ett stort problem. Det hänger bl a samman med bostadssegregationen, där områden med stor andel invandrare är mera utsatta än andra. I de flesta skolor är våldspro-

blemet dock förhållandevis litet. I Skaraborgs län gjordes t ex en enkät till samtliga gymnasieelever under hösten 1994. I svaren uppgav 7 % av pojkarna och 1 % av flickorna att de varit utsatta för våld i skolan. På frågan om de varit utsatta för våld på fritiden uppgav 27 % av pojkarna och 8 % av flickorna att så var fallet.

Barnmisshandel

I Sverige har antalet anmälda fall av misshandel mot barn under 15 år ökat mer än fyra gånger under de senaste 10 åren. Under 1984 anmäldes omkring 950 fall. Motsvarande siffra för 1994 var nästan 4400. Under 1994 rapporterades antalet sexualbrott mot barn under 15 år vara drygt 1 000.

I enkätundersökningar framgår en klart förändrad inställning till våld och kroppslig bestraffning av barn, där en majoritet av svenska folket är emot alla former av kroppslig aga. Yngre vuxna (18-34) år är mot aga i högre grad än äldre (55-74 år). Det framkommer också klart att yngre vuxna fått mindre aga än äldre under uppväxttiden.

Kvinnor som våldsverkare

Kvinnor begår brott i betydligt mindre utsträckning än män. Våldsbrott är proportionellt sett ännu mer sällan förekommande hos kvinnor än hos män. Av alla personer misstänkta för brott i Sverige år 1994 var andelen kvinnor 17 %. Andelen kvinnor misstänkta för misshandel var endast 8 %. Däremot var andelen kvinnor misstänkta för mord, dråp eller misshandel med dödlig utgång större, liksom andelen kvinnor misstänkta för att ha misshandlat barn. Misstanke om att en kvinna utfört något sexualbrott som våldtäkt eller sexuellt tvång förekom endast i någon enstaka procent av dessa fall.

Det finns data som talar för att kvinnor, som döms för någon våldshandling, i större utsträckning än män får en påföljd inom psykiatrisk vård. Dessa kvinnor lider oftare av depression och våldet har riktats främst mot det egna lilla barnet (under 7 år). Män däremot riktar i huvudsak våldet mot sin partner och våldshandlingen har nästan alltid föregåtts av hot och andra attacker.

Den i Sverige tillgängliga statistiken ger vissa möjligheter att svara på epidemiologins grundläggande frågor När? Var? och Vem? både beträffande våldsverkaren och offret. Det innebär, att det går att göra en godtagbar beskrivning av våldets epidemiologi. För att närmare analysera våldets orsaker och därigenom få uppslag till preventiva insatser, fordras emellertid kompletterande statistik och en djupare analys. Den befintliga statistiken torde också vara otillräcklig för att beskriva sjukvårdens omhändertagande av offren och i aktuella fall av gärningsmannen. Även för att kunna utvärdera effekterna av interventioner i våldsförebyggande syfte, fordras statistik med högre detaljeringsgrad. En förbättrad statistik över de våldsskador som tas om hand inom hälso- och sjukvården är en av grundbultarna i ett våldsförebyggande arbete.

2 MEDICINSKT-PSYKIATRISKA FAKTORER

Centrala nervsystemet, CNS

Vår individualitet har sin bas i hjärnans biologiska funktioner. Därför kan störningar av de biologiska funktionerna orsaka förändringar i vår förmåga att analysera sinnesintryck och minnesspår och i förmågan att välja och utföra handlingar. Sådana biologiska störningar kan uppkomma av en nästan obegränsad mängd orsaker. Störningen kan vara lokaliserad eller diffus. Den kan vara mekanisk, kemisk, eller bero på störningar i transporten av näringsämnen till hjärnan och av transport av avfallsämnen från hjärnan. Den mänskliga hjärnan har emellertid en väldig anpassningsförmåga. Ett mycket stort antal funktioner är dessutom diffust lokaliserade och spridda, vilket ger en avsevärd säkerhetsmarginal mot lokala skador. Hjärnans stora anpassningsförmåga gör att den är i stånd att fungera även under rimlig kemisk eller farmakologisk belastning t ex under det akuta alkohol- eller narkotikaruset, eller med för hög eller för låg blodsockernivå. När belastningen upphör d v s ruset går över och blodsockernivån normaliseras, måste hjärnan anpassa sig till att fungera på normala villkor. Under en kortare period kan det då uppkomma en störning i hjärnans funktioner (abstinens om ett rusmedel har varit inblandat).

I princip kan rent biologiska skador åstadkomma vilka psykiatriska symtom som helst. Omvänt är det så, att en psykiatrisk störningsbild alltid bör misstänkas kunna böttna i en biologisk och i bästa fall medicinskt åtgärdbar störning.

Hjärnans funktioner kan lämpligen beskrivas som fyra olika system vilka i princip är lokaliserade till olika delar av hjärnan. (1) Ett grundläggande system representeras av reptilhjärnan och vissa delar av den primitiva däggdjurshjärnan, som står för reglering av basala livsfunktioner (homeostas) såsom upprätthållande och reglering av vakenhetsnivå och aktivitetsnivå, samt primitiva affekter och uttryck för aggressivitet och sexualitet. (2) Den bakre delen av den avancerade däggdjurshjärnan står för registrering och analys av inkommande sinnesintryck. I den mänskliga hjärnan sker denna analys delvis på symbolnivå, rensad från den ursprungliga sinnesförnimmelsen. På så vis har vi fått språk och logik. (3) Den främre delen av hjärnan (framför centralfåran) är på ett motsvarande sätt strukturerad för att sköta vår motorik, d v s våra kroppsrörelser. Framför de rena motorikområdena finns ett område med uppgift att informera den bakre delen av hjärnan om den egna individens motorik. Hjärnans tolkning av sinnesintryck förbereds på så sätt för effekter av den egna motoriken. (4) Området framför denna relativt gamla del av storhjärnan har utvecklats på ett unikt sätt hos människan. Dessa s k prefrontala strukturer anses numera härbärgera verkställande funktioner, nödvändiga för vårt självmedvetande och jagupplevelsen, som organiserar minnen bakåt i tiden, reflekterar över här- och nusituationen, fantiserar och lägger upp planer för framtiden, initierar handlingar och kontrollerar att saker blir gjorda på ett riktigt sätt.

De främre ”verkställande” delarna av hjärnan kan sägas leda och fördela arbetet

för hjärnans övriga delar. I detta ligger också att dessa strukturer utövar en stark kontroll över vilje- och känsloliv. Vid skador i dessa områden ser man en påtaglig förgrovnig av känsloliv och känslouttryck, ointresse för viktiga mänskliga relationer och en oförmåga att låta tankar och avsikter styra handlingar.

Lokalisationen av en skada i relation till de fyra stora områden av hjärnan medför helt olika konsekvenser, och skadans art och utbredning har likaledes en mycket stor betydelse för de syndrom som uppkommer.

Bakgrund och orsaker till våld

Våld och aggression är sammansatta fenomen, som inte kan reduceras till ett fåtal dimensioner. I botten finns en rad olika biologiska basfaktorer. På individnivå tillkommer biologisk variation, som visar sig bl a som temperamentsfaktorer redan hos det lilla barnet. Under vägen från befruktat ägg till framfödd individ finns en rad möjliga skador, som kan uppstå och störa den schemalagda utvecklingen av CNS. Efter födelsen följer den långa inlärningsperiod som, om allt går väl, skall ge individen kompetens att fungera vuxet och självständigt i ett komplicerat socialt sammanhang. Den 20-åriga socialisationsprocessen kan störas av biologiska såväl som psykologiska och sociala förhållanden. Egentligen är det obegripligt att det stora flertalet individer faktiskt klarar denna uppgift och blir välfungerande och socialt kompetenta vuxna. Sett i ett sådant perspektiv är människan oerhört robust. I vuxenlivet kan skador, sjukdomar och extrema upplevelser och situationer tillfälligt eller permanent förändra en individs vålds- och aggressionsbenägenhet.

Den etologiska aggressionsmodellen

Den etologiska modellen, som är den mest accepterade och som främst har utvecklats av Konrad Lorentz, ser aggression som ett paraplybegrepp för en rad olika klasser av beteenden. En del av dessa beteenden är starkt instinktspräglade, främst hos djur med primitiva CNS. Andra innehåller tydliga instrumentella komponenter, dvs de lärs in via t ex positiv och negativ förstärkning, eller hämning. Instrumentellt styrda beteenden är påverkbara, vilket är en stor fördel överlevnadsmässigt. Samtidigt innebär de ett risktagande genom att det ställs större krav på de CNS-strukturer som är inblandade. Det finns naturligtvis också en risk att det unga djuret inte kommer att utsättas för relevanta inläringssituationer vid rätt tidpunkt. Många beteenden etableras via en blandning av fasta beteendeprogram och konkreta inläringssituationer, s k förberedd inläring. Det räcker med en eller ett fåtal exponeringar för en inläringssituation för att beteendet skall bli fast etablerat.

Alla biologiska fenomen karakteriseras av biologisk variation. Utan variation har levande varelser ingen chans i en föränderlig värld. Variationen kan emellertid göras på olika sätt. För vissa livsformer slösar naturen, varje individ reproducerar sig miljonfald, för andra görs det "magert", t ex rovfåglar. Naturen slösar också mycket mer med hankön, därför att hanar inte bidrar med cellapparaten till nästa generation.

Naturen tar alltså mycket större risker med hanar, och har lagt ett större ansvar för den genetiska flexibiliteten på det könet.

Den biologiska variationen måste också ses i ett långt tidsperspektiv. Egenskaper hos människan som i dag i huvudsak framstår som negativa kan ha haft stort överlevnadsvärde under en lång tid av mänsklighetens historia. I ett globalt perspektiv har naturen haft nästan fyra miljarder år på sig att fördela den biologiska variationen optimalt. Människor föder få barn och lever i flock. Den biologiska variationen kan därför inte vara så stor, att ett stort antal individer föds så extrema att deras överlevnadschanser blir alltför små. Detta gäller för såväl kvinnor som män. Både ärftlighet och biologisk variation är en realitet också bland människor. Den gäller säkerligen också det biologiska underlaget för aggression och det är rimligt att utgå ifrån, att män har dels biologiskt styrda specialegenskaper, dels en större biologisk variation i detta avseende än kvinnor.

Aggression i ett utvecklingsperspektiv

Redan i småbarnsåldern ser man att pojkar är mer bråkiga och våldsamma än flickor. Pojkarna är motoriskt aktiva i högre utsträckning och mer inriktade på handling. De betar sig busigt och buffigt och råkar lättare i slagsmål. Bråk och slagsmål är vanligt bland barn, särskilt pojkar, men blir mindre vanligt ju äldre de blir. Barn som slåss med jämnåriga under en kortare period riskerar inte att utvecklas till våldsvarkare. Däremot löper barn som regelmässigt använder våld genom sin uppväxttid risk att förbli våldsamma då de blir äldre.

Inom det barnpsykiatriska diagnospanoramats är det, förutom utvecklingsstörning och hjärnskadesyndrom, flera diagnoser/tillstånd som är kopplade med förhöjd aggressionsnivå/ökat våld. Slagsmål med kamrater är bara en och en relativt ointressant yttring av aggressivt utagerande beteende. Den allvarliga aggressionsproblematiken innebär att aggressiviteten riktas även mot vuxna, varvid barnet kan bli trotsigt vid tillrättavisning, få vredesutbrott och ha sönder saker med flit. Dessa barn brukar ofta bråka för att få sin vilja igenom och tycks inte lyssna på tillsägelser. De har även en benägenhet för risktagande och impulsivt beteende och de har svårigheter att hantera frustrationer och motgångar. De har ofta även svårigheter att koncentrera sig, är lätt distraherade och motoriskt hyperaktiva.

Barnpsykiatriska diagnoser som innebär ökad risk för aggression/våld

Vad är det då som gör att barn kan utveckla ett ständigt aggressivt beteende? Många faktorer medverkar till en sådan utveckling. Barn som betar sig störande och provocerande och som inte anpassar sig till gällande sociala regler i lekar och kontakter med kamrater möts med ogillande från både andra barn och vuxna. De bråkiga barnen blir lätt utstötta, men de kan ändå skaffa sig vänner. Dessa vänner är emellertid även de bråkiga, stökiga och saknar grundläggande sociala förmågor. Härmed förstärks det aggressiva och våldsamma beteendet. Till detta kan komma föräldrarnas

svårigheter att utgöra förebilder, att vara förutsägbara med avseende på sina reaktioner, och att sätta gränser på ett mjukt men konsekvent sätt.

Andra mer direkta bakgrundsfaktorer till aggressivt beteende kan också finnas i hemmiljön. Våldsbenägna barn lever ofta i familjer som präglas av konflikter såväl mellan föräldrarna som mellan föräldrar och syskon. I dessa familjer förekommer även uttalade konflikter och aggressivitet mellan syskonen. Flera studier har dock visat att det i konfliktpräglade hem är en skyddande faktor om föräldrarna klarar av att sätta tydliga gränser och hålla reda på var barnet befinner sig. I sådant fall löper barnet mindre risk att utveckla aggressivt och våldsamt beteende. Barn, särskilt pojkar, som själva har blivit misshandlade, löper också en ökad risk att bli aggressiva och våldsamma.

Forskningen visar att det även finns konstitutionella bakgrundsfaktorer. Barn som har en låg utsöndring av adrenalin i urinen och ett hyperaktivt och aggressivt beteende under mellanstadiet i skolan har en mångfaldigt ökad risk att som vuxna bli mer eller mindre kroniskt kriminella.

De diagnoser som främst är kopplade till en ökad risk för aggressivitet är (1) Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (ADHD/DAMP/MBD), (2) Uppförandestörning, (3) Autismspektrumstörningar (t ex Aspergers syndrom), (4) Tourettes syndrom, (5) Utvecklingsstörning.

(1) Uppmärksamhetsstörning

Uppmärksamhetsstörning ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), är ett tillstånd som ofta blir tydligt redan under förskoleåldern och växer till ett stort problem i samband med skolstarten. Tillståndet i lindrig form finns hos ca 5% av en årskull barn med tydlig övervikt för pojkar. Störningen innebär, att barnen inte kan styra sin uppmärksamhet och t ex koncentrera sig på det som sägs i klassrummet eller, under småbarnsåren, ”leka färdigt en lek”. De fladdrar från det ena till det andra, vilket även jämnåriga kamrater kan påpeka. Hyperaktiviteten innebär en oförmåga att vara stilla, de har ”myror i kroppen”. En del ADHD-barn har också andra problem såsom svårigheter att ta till sig och förstå information (perception) och fumlighet och klumpighet (DAMP: Deficits of Attention, Motor control and Perception; MBD: Minimal Brain Dysfunction). De motoriska problemen ”växer ofta bort”, medan hyperaktiviteten och koncentrationsstörningar kan kvarstå till vuxen ålder. Vid begåvningsstestning presterar dessa barn ofta sämre i icke-verbala deltester.

(2) Uppförandestörning

Uppförandestörning innebär, att barnet har stora svårigheter att tillägna sig för åldern normala sociala spelregler, och systematiskt kränker andras integritet och rättigheter. Problemen avser uttalat aggressivt beteende, skadegörelse och regel/normbrott. Här är könsfördelningen ännu mera sned än för uppmärksamhets-

störning. Svår form av uppförandestörning förekommer i stort sett inte bland flickor. Kombinationen Uppförandestörning/Uppmärksamhetsstörning är vanlig.

Uppförandestörda barn har flera typer av sårbarhetsfaktorer i sin utrustning. Dessa kan summeras under rubriken biologiska temperamentsdrag. De är nyhetssökande, belöningsstyrda, empatistörda, aggressiva, utåtriktade, ångestfria, och de har en intelligensprofil i vilken ingår god omvärldsuppfattning men sämre språklig begåvning. Det finns ett biologiskt underlag som sannolikt sträcker sig längre än till temperamentsdrag. Det gäller störningar i vakenhetsreglering och biologiska rytmer, avvikande reaktioner då de utsätts för stress (låga nivåer av stresshormoner), obalans i hjärnans transmittersystem (svagt serotoninsystem, avvikande dopaminsystem), och sviktande kontroll över upphetsande fenomen.

Eftersom temperamentsdrag är relativt starkt ärftliga, så fostras dessa barn ofta av fäder med liknande problematik. Dessa män skaffar barn med kvinnor som ofta har teatraliska inslag i sin personlighet. Detta gör att uppväxten ofta är stormig och barnen drabbas av ett dubbelt handikapp i form av såväl ärftlig sårbarhet som otrygg, inkonsekvent och ibland kärlekslös uppväxtmiljö. Det finns knappast någon barnpsykiatrisk diagnos som har sämre psykosocial prognos. Om tillståndet debuterar tidigt (under lågstadiet) och problemen är uttalade, blir många av dessa barn psykopater som vuxna. Genom att pojkarna inte fungerar i skolan, lämnar de denna med mycket dåliga kunskaper trots normal eller till och med hög begåvning.

Uppföljningsstudier av barn med kombinationen ADHD/Uppförandestörning har visat att de löper en starkt ökad risk att utveckla asocialt och aggressivt beteende, nästan alltid i kombination med missbruk av alkohol och narkotika. En stor del av barnen riskerar att utveckla antisocial personlighetsstörning, som utmärks av ansvarslost och antisocialt beteende med oförmåga att känna skuld och som visar sig åtminstone i tidiga tonår. De riskerar även att utveckla allvarlig empatistörning som kan leda till svår hänsynslöshet gentemot offer.

(3) Autismspektrumstörningar

Först under senare år har man börjat uppmärksamma barn med autismspektrumstörningar, dvs en mildare form av autism med bevarat intellekt. Tillståndet benämns numera ofta Aspergers syndrom. Störningen karakteriseras av utpräglade svårigheter eller oförmåga till socialt samspel. I lek är dessa barn oflexibla och vill leka helt enligt sina egna regler utan hänsyn till andra. Ett annat framträdande symptom är tvångsmässighet och ritualisering, där tillvaron är inrutad, och rutiner är omöjliga att bryta. Tvingar man barnen att överge sina rutiner kan de bli uttalat aggressiva och plågade. De har ofta smala intresseområden och de fungerar dåligt utanför dessa specialområden. I vissa fall kan de utveckla en mycket hög kompetens inom ett litet område, t ex matematik, schack, eller någon samlarverksamhet.

Det finns vissa typer av våldsbrott, där det är uppenbart, att empatistörningen hos en individ med Aspergers syndrom är den viktigaste enskilda delförklaringen till

brottet. Det gäller t ex kannibalbrott och föräldramord. Inom rättspsykiatri har under senare år relativt många psykiskt störda våldsbrottslingar omdiagnostiserats från personlighetsstörnings- och psykosdiagnoser till Aspergers syndrom. I dessa fall finns troligen mycket att vinna på tidig diagnos och tidigt ingripande. Orsaken till störningen är med all sannolikhet biologisk med ett starkt ärftligt inslag och ett intensivt arbete pågår med att försöka kartlägga störningens natur. Strukturerade kognitivt / beteendeterapeutiska metoder har visat sig ha god effekt och har börjat tillämpas på många håll i Sverige. På sikt bör man kunna utveckla läkemedel med positiva effekter på nyckelsymptomen empatistörning, tvångsmässighet/ritualstyrning, intellektuell fyrkantighet/fantasilöshet och oförmåga till socialt samspel.

(4) Tourettes syndrom

Tourettes syndrom är en ticssjukdom, som i sin utpräglade form karakteriseras av tvångsmässiga vokala och motoriska tics, som i vissa fall innebär att man utstöter "fula ord", koprolali. Störningen har en ganska stark koppling till tvångshandlingar av olika slag, men inte till tvångstankar. Sjukdomen är ärftlig men genen/generna är ännu inte identifierade, och det finns därför inte någon genetisk diagnostik. Man kan ha genen/generna utan att ha symtom. Själva ticsen är sällan kopplade till den ökade aggressiviteten. Snarare är det impulsivitet och empatistörning som utgör bakgrund till beteendeproblemen, inklusive aggressiviteten. Pojkar drabbas oftare av synbara symtom i form av tics och beteendestörningar, och debutåldern är tidigare än för flickor. Störningen ger ofta livslånga besvär, men i en hel del av fallen avklingar problemen i den senare delen av tonåren. De kvinnor som har störningen drabbas oftare av tvångskomponenten i syndromet än av tics och beteendestörningar.

(5) Utvecklingsstörning

Benägenhet för aggressiva beteenden är jämte intelligens de psykologiska egenskaper som förefaller vara mest stabila över tid hos människor. Dessa egenskaper kan fastställas redan under de första levnadsåren. Intelligens motverkar aggressivitet och våldsbeteende.

Aggressivt och destruktivt beteende hos utvecklingsstörda är, förutom svårighetsgraden av utvecklingsstörningen, den vanligaste orsaken till institutionsplacering. Våld och aggression är dessutom den vanligaste orsaken till psykiatrisk vård för denna grupp. Förekomsten av aggressivitet och våldsamhet ökar med graden av förståndshandikapp och dessa symptom tycks vara konstanta över tiden.

Vid autism är den sociala förmågan och förmågan att kommunicera starkt nedsatt, samtidigt som det förekommer ett stereotypt beteende. Typiska symtom uppträder, till skillnad mot vid autismspektrumstörningar, före 2 års ålder. Hos 70% av de autistiska personerna föreligger även mental efterblivenhet. Man beräknar att cirka hälften av alla autistiska personer har aggressivt och/eller självskadande bete-

ende.

Personlighet och personlighetsstörningar

Personlighetsstörningar är den enskilt viktigaste individfaktorn bakom socialt normbrytande beteende, och alldeles särskilt bakom våld. Psykisk sjukdom (schizofreni) eller utvecklingsstörning ökar risken för våldsbrott ca fyra gånger hos män. För personlighetsstörningar av den utagerande typen är den motsvarande ökningen fyrtio gånger. Missbruk, som är mycket vanligt vid dessa störningar, ökar ytterligare våldsriskerna.

För att förstå hur våld uppkommer måste man redovisa nuvarande kunskaper om personlighet och personlighetsstörningar.

Personlighet

Personligheten byggs upp av en uppsättning personlighetsdrag. Personlighetsdrag är individkaraktäristiska med avseende på hur man tar in yttre information (perception), aktualiserar lagrad information (minne), bearbetar denna information i ljuset av tidigare erfarenheter och med avseende på planer för framtiden, och sedan handlar. Dessa individkaraktäristika förändras inte över tid och situation. Exempel på personlighetsdrag är:

- Ångestbenägenhet* - påverkas av negativa sanktioner.
- Belöningsberoende* - söker belöning och lär av det.
- Spänningsökande* - söker utmaningar, undviker upprepning.
- Impulsivitet* - handlar på ögonblickets ingivelse.
- Inlevelseförmåga* - empati.
- Energitillgång* - vitalitet.
- Aggressivitet* - social dominans.
- Affektiv rörlighet*.

Flertalet av de personlighetsdrag som uppräknats har en biologisk bakgrund. Uppväxtmiljön påverkar bara marginellt dessa personlighetsfaktorer. Den ofta upprepade trossatsen att "personligheten grundläggs under de första viktiga åren" saknar vetenskapligt stöd.

Personlighetsstörningar

Under barndomen och uppväxten skall vi mogna och bli fungerande sociala varelser. Socialisationsprocessen kan misslyckas på en rad olika sätt. Det tillstånd som då uppkommer kan vara en personlighetsstörning. Synen på och diagnostiken av personlighetsstörningar inom psykiatrin har varit och är fortfarande instabil, men det finns en tydlig utveckling mot bättre stabilitet i och med att man fastställt kriterier för att diagnostisera en personlighetsstörning.

Ett individkaraktäristiskt mönster av upplevelser (den inre världen) och be-

teenden (den observerbara världen) som påtagligt avviker från förväntan i den sociokulturella miljön inom minst två av följande områden: Tänkande, Impulskontroll, Affektkontroll och Socialt samspel.

Man kan ofta se förstadiet till personlighetsstörningar i barnåren. En enkel beteendebeskrivning vid tre års ålder visar sig ha ett ganska stort värde för att kunna förut säga psykiatrisk störning i 20-årsåldern.

Att ett barn misslyckas med socialisationsprocessen beror ofta på flera faktorer. Personligheten bestäms som nämnts i långt högre grad av biologiska faktorer än vi tidigare har trott. Det finns inte något påtagligt forskningsstöd för att detta också gäller personlighetsstörningar. Det är rimligt att utgå ifrån, att minst tre olika typer av faktorer kan störa socialisationsprocessen, biologiska störningar, extrema temperamentsdrag samt psykologiska och sociala förhållanden. Dessa faktorer samspelar ofta med varandra.

Den första faktorn, biologiska störningar, innebär avvikelser från normala förhållanden, t ex hjärnskador.

Den andra faktorn, extrema temperamentsdrag, är i huvudsak ärftligt styrd, men ligger inom den biologiska normalvariationen. Sådana temperamentsdrag kan ha ett stort överlevnadsvärde i speciella miljöer. Det kan exempelvis vara svårt att fostra en pojke som är utåtriktad, ångestfri, nyhetssökande, impulsdriven, socialt dominant, aggressiv och affektivt rörlig i vårt samhälle, medan fostran skulle vara mycket enklare i vildmarksmiljö med ett litet antal fast sammansvetsade vuxna som förebilder. En sådan person skulle i vuxen ålder i den miljön sannolikt ha ett mycket stort värde för gruppens överlevnad.

Den tredje faktorn, de psykologiska och sociala förhållandena, utsätts individen för under uppväxten. De två första faktorerna är sårbarhetsfaktorer. Barn som är sårbara ställer större krav på den tredje faktorns kvalitet. De behöver förstående, kärleksfulla och kompetenta fostrare och en god psykosocial uppväxtmiljö. Familjen är den enhet, som i vår kultur ges huvudansvaret för barnens uppförelse. Ibland är familjen så dålig i sin fostrarroll, att också ett maskrosbarn kommer att misslyckas med att bli en välfungerande vuxen. Ibland är uppgiften att fostra barn med en viss typ av sårbarhet övermäktig för en viss familj. I några fall finns det inte en enda familj, som är tillräckligt välfungerande för att kunna fostra ett starkt avvikande barn till en god social funktion i vuxenlivet. I flertalet fall är en personlighetsstörning hos en vuxen individ uttryck för en misslyckad socialisationsprocess.

Det finns emellertid ytterligare två viktiga orsakskomplex, som kan ge en personlighetsstörning och som utifrån inte går att skilja från en som betingas av en misslyckad socialisationsprocess. Den första är hjärnskador, som drabbar strukturer i hjärnan som är väsentliga för beteendekontroll och social samspelskapacitet, dvs i första hand hjärnans frontallober. Den andra är genomgången psykosjukdom. Gemensamt för dessa former av "förvärvad" personlighetsstörning är att det finns en "knick" på livslinjen. Individen har fungerat väl, tills han eller hon har

drabbats av hjärnskadan/ psykosjukdomen.

Psykopati

Termen psykopati har en mer än 100-årig historia. Fenomenet är belagt i skriftliga källor sedan flera tusen år. Psykopati definieras idag som ett tillstånd med flera orsaker, som karakteriseras av särskilda personlighetsdrag såväl som av en specifik typ av social missanpassning.

Psykopati är en syndromdiagnos men den liknar en klassisk medicinsk sjukdomsdiagnos. Syndromet är alltså ganska skarpt avgränsat. I syndromet ingår personlighetsdrag som impulsivitet, grandiositet, empatistörning, flacka och lätttröliga affekter och social dysfunktion såsom oansvarighet, manipulation av andra, avsaknad av skam- och skuld känslor. Hög begåvning, samt god social bakgrund skyddar mot uttalad social missanpassning/kriminalitet. Välbegåvade psykopater kan bli relativt framgångsrika socialt, medan svagbegåvade psykopater är särskilt våldsbenägna. Checklistan för psykopati innehåller 20 rubriker. Bedömningen av variablerna baseras på en utförlig, strukturerad intervju av den som skall undersökas, samt uppgifter från handlingar såsom sjukvårdsjournaler, akter från kriminal- och socialtjänst och från andra personer som känner vederbörande.

Frekvensen av psykopati i befolkningen i västländer ligger klart under en procent. I fängelserna utgör de däremot mellan 20 och 30%, strikt definierade. Begränsar man sig till gruppen som begått grova våldsbrott, ligger frekvensen av psykopati klart över 50%. Psykopater står alltså för en helt oproportionerligt stor andel av de grova våldsbrotten, främst de som är oprovocerade och riktar sig mot främlingar.

Psykopater är i huvudsak män oftast från lägre socialgrupper. De har visat sig ha en rad avvikelser kunskapsmässigt, känslomässigt och fysiologiskt. De har inte lägre allmänbegåvning men har oftast presterat dåligt i skolan. En majoritet har läs- och skrivsvårigheter (dyslexi), och en högre praktisk än verbal begåvning. De ligger något högre då det gäller nivån av manligt könshormon än vanliga män. Psykopater framstår på så sätt som "supermän". De verbala svårigheterna yttrar sig bl a i att de inte tycks förstå innebörden av ord som beskriver känslor eller moraliska kvaliteter. Ord som visas blixtnabbt i psykologiska försök, och som har en känslomässig laddning identifieras snabbare än andra ord av friska personer, men tar längre tid för psykopater. Försöken att uppfatta emotionella stimuli leder till en mer uttalad aktivering av frontalloberna hos psykopaterna. De får anstränga sig mer, men "får ändå inte till det". Avläsningen av ansiktsuttryck tycks ske i vänster hemisfär hos psykopater men är normalt en distinkt högerhemisfäruppgift. Dessa aktuella forskningsresultat bekräftar de observationer av psykopaternas "moral insanity" som beskrevs redan under 1700-talet.

De allra flesta psykopater har från tidiga år uppfattats som svårfostrade. Några blir negativa ledartyper, andra är ensamvargar under barndom och uppväxt.

Uppväxtmiljön är ofta stökig. Hyperaktivitet under barndomen kvarstår ofta in i vuxen ålder, men uttrycken kan växla. De blivande psykopaterna visar tidigt svårigheter att anpassa sig och uppfattas som avvikande och med tidiga vuxenbeteenden. Sexualdebuten sker ofta redan i 12-13-årsåldern. Det tycks finnas ett allmänt avvikande beteende, som innehåller disciplinproblem, tidig missbruksdebut, tidig kriminalitetsdebut, tidig sexualdebut och omfattande experimenterande i sexualitetens, missbrukets och de starka upplevelsernas utmarker. Detta återspeglas i vuxen ålder bl a av att kriminaliteten tar sig olika uttryck. Psykopater är olycksbenägna genom sin oräddhet och smak för nya och starka upplevelser och sin rusbenägenhet. Många ådrar sig därför tidigt skullskador genom olycksfall och hjärnskador genom missbruk.

Den känslomässiga störningen är inte av samma typ som man ser hos personer med autism och autismspektrumstörningar. Dessa är oförmögna att föreställa sig att levande varelser är aktivt handlande subjekt och har därför svårt att samverka med andra människor socialt. Psykopater har däremot en god förmåga att manipulera andra psykologiskt för egen vinning. Den känslomässiga störningen innebär hos dem snarare en oförmåga att beröras känslomässigt av andra, och att leva sig in i andra människors känslor och behov. Som barn uppfattas de därför som hänsynslösa, de tar stor plats i barngrupperna och är oresonligt svartsjuka om andra får uppmärksamhet. Oförståelse för andras smärta gör att de kan plåga både djur och kamrater utan att beröras. De knyter snabbt an till främlingar, så länge nyhetens behag finns, men är oförmögna till en stark bindning till närstående.

De har också en nedsatt förmåga att i fantasin föreställa sig olika saker, att föra dialog med sig själv, och att reflektera över tillvaron. Denna inre tystnad ersätts med yttre buller och starka och nya upplevelser. Den ofta dramatiskt positiva effekten i det korta perspektivet av centralstimulantia bekräftar att störningen i regleringen av aktiveringsnivå är en av mekanismerna bakom syndromet.

De grundläggande belönings- och bestraffningsmekanismerna är annorlunda hos psykopater. Man utgår idag från att det finns två system i hjärnan som påverkar inlärning dels ett förstärkningssystem dels ett undvikandesystem. Psykopaternas belöningsstermostat är för högt ställd, medan straffstermostaten är nedvriden. Detta är sannolikt en sorts kompensation för den låga aktiveringsnivån i CNS. De tycks dessutom vara i stånd att filtrera bort signaler för fara, och ter sig därför ibland modiga, när de egentligen bara är blinda och fantasilösa. De lär sig alltid dåligt av straff. För att de ska lära av belöning, måste man se till, att aktiveringsnivån i CNS är på rätt nivå.

Avslutande synpunkter

Frekvensen av personlighetsstörningar är, till skillnad från många andra psykiatriska diagnoser, starkt kulturberoende och varierar med de sociala förhållandena i ett samhälle. Det går inte att generalisera mellan länder och kulturer.

Genom att personlighetsstörningar är så integrerade i en individs inre värld, har

de drabbade individerna ofta bristfällig insikt i sin störning och därmed dålig behandlingsmotivation. Personlighetsstörningar speglar ett mycket långt utvecklingsförlopp - från barndomen till vuxenlivet. De är därför svåra att behandla. Det som etablerats som en integrerad del av en individ under 20-30 års tid löses inte upp av ett par samtal i veckan, särskilt om individen inte själv kan se sin egen problematik utan förlägger problemen till omvärlden - "det är andras fel, det är de som ska ändra sig".

Behandlingen är i första hand "social korsetterning". Man måste försöka att etablera ett socialt nätverk runt patienten, till stöd för vederbörande att klara sig trots störningen. Man tränar sociala funktioner som sviktat. Man bearbetar patientens missuppfattningar om sig själv, om andra människor och omvärlden. Man lär ut tekniker, så att patienten kan hantera sin impulsivitet, sin korta stubin och sina känslomässiga överreaktioner. Denna behandlingstradition kallas kognitiv-beteendeterapeutisk och är så ny att det ännu inte finns vetenskapliga undersökningar, som klart visar att behandlingen är effektiv. Det pågår emellertid flera storskaliga studier vid nordamerikanska fängelser. Studierna kommer relativt snart att kunna ge besked på den punkten.

För ett litet antal individer kan mycket långvarig psykodynamiskt orienterad psykoterapi ge positiva effekter. Denna metod är mycket dyr, och den fungerar inte på antisocial personlighetsstörning och psykopati, som är starkast kopplade till aggressivitet och våld. Denna typ av behandling (psykodynamisk psykoterapi fokuserad på insikt och relationer) tycks kunna öka brottsbenägenheten hos psykopater.

Personlighetsstörningar kan antagligen förebyggas genom bättre "uppfostran" och mer formell och framför allt informell social kontroll. Extrema biologiskt baserade temperamentsproblem och hjärnskadebetingade avvikelser kommer troligtvis att kunna behandlas med läkemedel i framtiden. De flesta personlighetsstörningar "bleknar" efter hand med avtagande vitalitet och ökande mognad och erfarenhet.

Traumatiska händelsers betydelse för utveckling av våldsbänagenhet

Det medicinska perspektivet på våld har i stor utsträckning fokuserat på hur organiska skador kunnat leda till psykiska avvikelser och sjukdomstillstånd. Det är emellertid lika väsentligt att beakta det omvända d v s hur psykiska trauman kan leda till såväl psykiatriska som kroppsliga skador. Senare års forskning har visat att akuta, men framför allt långvariga, livshotande psykiska trauman hos vuxna och i än större omfattning hos barn tycks spela en betydligt större roll för utveckling av psykiska sjukdomar än vad man tidigare antagit. Genom att studera effekterna av våld hos våldsoffer har också mycken kunskap om våldsverkarna kunnat samlas.

Undersökningar av soldater som deltagit i krig och människor som överlevt i koncentrationsläger har visat att långvariga livshotande händelser kan leda till bestående psykiatriska sjukdomstillstånd.

Det finns idag mycket starka bevis för att svåra traumatiska upplevelser under

barndomen är en bidragande orsak till det syndrom som numera kallas Post-traumatisk stressstörning, PTSD. Särskilt våld och sexuella övergrepp under barndomen tycks kunna leda till djupgående störningar i personligheten men också till allvarliga psykiska sjukdomssyndrom såsom multipel personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning, självmordsbenägenhet, alkohol- och narkotikamissbruk, ätstörningar m m.

Både hos vuxna och barn tycks långvarig extrem stress leda till ökad hormonell och psykologisk faroberedskap i form av kamp- och/eller flyktreaktioner. I flera undersökningar har stor utströmning av stresshormon visat sig ha betydelse för hur chockartade minnen lagras i hjärnan. Hos dessa människor tycks förmågan att knyta an till relevanta tidigare minnesupplevelser minska. De knyter istället an till sina chockartade minnen. Undersökningar av vuxna personer har visat att aggressivitet i alla former från allmän retlighet till explosiva raseriutbrott är vanliga vid PTSD trots att aggressivitet inte varit något framträdande drag i den tidigare personligheten.

Chockartade upplevelser framför allt i tidig ålder (<6 år) har visat sig kunna påverka mognaden av system som kontrollerar biologiska processer. En tragisk effekt av kronisk traumatisering av barn är att de organiska skador som uppkommer kan vara obotliga.

Det finns mycket som talar för att uttrycket ”våld föder våld” äger sin riktighet. Barn, som utsätts för våld såväl inom den egna familjen som i krig, tycks reagera känslomässigt antingen med ökad ångest och depression, som en möjlig effekt av vad som kallats ”inlärld hjälplöshet”, eller med egen våldsbänägenhet. Det senare gäller framför allt pojkar. Risken för framtida våldsbänägenhet hos utsatta barn är särskilt stor vid oförutsägbart våld inom familjer där föräldrarna också i övrigt saknar förmåga att ta hand om barnen.

Det likformiga reaktionsmönster som människan har vid stress, antyder att det handlar om ett grundläggande, biologiskt baserat reaktionsmönster med ett överlevnadsvärde. För människor som är födda med ett känsligt nervsystem eller vars nervsystem under mognadsutveckling utsätts för extrem påverkan antingen av medicinska orsaker eller genom psykiska trauman kan stressreaktioner skjuta över målet och leda till allvarliga psykiatriska tillstånd med stor risk för våldsbänägenhet.

3 ALKOHOL, ILLEGALA DROGER OCH LÄKEMEDEL

Hjärnans kemi

Kunskaper om den biokemiska bakgrunden till aggressivt beteende kan öka vår möjlighet, att bedöma om användningen av en viss drog eller ett visst läkemedel kan vara kopplad till våldshandlingar. De signalsubstanser (kemiska budbärare mellan nervceller) som diskuterats mest när det gäller impulsivt och aggressivt beteende är serotonin, dopamin och noradrenalin. Flera studier talar för att det finns en koppling mellan störningar i hjärnans serotoninssystem och aggressivt beteende. Halten av 5 hydroxiindolättiksyra, 5HIAA, en nedbrytningsprodukt till serotonin i cerebrospinalvätskan (den vätska som omger hjärnan och ryggmärgen) har bl a visats vara sänkt hos personer med hotfullt eller våldsamt beteende. En ökad aktivitet i noradrenalin- och dopaminsystemen kan också ha betydelse för våldsbegäret och aggressivitet. Monoaminoxidas, MAO, ett enzym som bryter ned serotonin, dopamin och noradrenalin i hjärnan finns även i blodplättar. Det finns undersökningar som tyder på ett samband mellan låg aktivitet av MAO i blodplättar, impulsivitet och våldsbrott. Alkoholister med en viss typ av ärftlig belastning, s k typ II-alkoholister, har låg MAO-aktivitet i blodplättarna, dålig impuls kontroll och också mer begär efter alkohol. Dessa personer tycks också ha en störning i blodsockerbalansen, som gör att de efter en måltid får en för hög sockerhalt i blodet, som efter någon/några timmar slår över i en för låg blodsockerhalt med åtföljande irritabilitet/ aggressivitet.

Det bör påpekas, att det inte är självklart att det behöver vara en direkt koppling mellan t ex minskad serotoninomsättning och ökad aggressivitet. En minskad serotoninomsättning kan tänkas leda till minskad impuls kontroll eller ett ångesttillstånd, vilket i sin tur kan framkalla aggressivitet. Kopplingen mellan ångest och serotonin systemet är väl känd. Man kan t ex utlösa ångest genom att tillföra ämnen, som minskar omsättningen av serotonin. Många läkemedel som har effekt på omsättningen av denna signalsubstans eller påverkar dess receptorer (mottagarstrukturer) används vid behandling av ångest och vid tillstånd som är förbundna med aggressivitet. Sambandet mellan minskad impuls kontroll och låga serotoninhalter är mindre väl underbyggt, även om detta påvisats vid vissa typer av impulsivt beteende.

Hormonförändringar kan också kopplas till beteendestörningar. Man fann t ex i en undersökning av en grupp manliga alkoholister som misshandlat andra, att två tredjedelar hade onormalt höga värden av manligt könshormon (testosteron) i blodet.

Alkohol

Alkohol är den drog som i vår kultur oftast förekommer vid våldsbrott. Man uppskattar att 70-80 % av gärningsmännen och 40-50 % av offren är alkoholpåverkade vid brottstillfället.

Samtidigt som detta kan konstateras bör dock sägas, att våldsbrott är mycket ovanliga vid normal alkoholkonsumtion. Förväntningseffekten spelar också en väsentlig roll. Alkoholanvändning kan i vissa situationer, till exempel i samband med fotbollsmatcher, utlösa våld medan våld är sällan förekommande i samband med vanliga fester. Kulturella faktorer kan också ha betydelse.

Alkohol kan stimulera till aggressionsutbrott hos vissa individer. Anledningen till detta är troligen att tilltagande alkoholpåverkan leder till sämre förmåga att kontrollera impulser och att behärska sinnesrörelser, men en teori som framförts i sammanhanget och som fått visst stöd av forskning är att alkohol skulle framkalla aggression genom att sänka blodsockerhalten.

Brott som har samband med alkoholanvändning är framför allt dråp, misshandel, våldtäkt och våld i hemmet. Från slutet av 1800-talet fram till 1970-talets mitt fanns det ett klart samband mellan antalet misshandelsfall och alkoholkonsumtionen i Sverige. Under de senaste 20 åren har den registrerade alkoholkonsumtionen i Sverige sjunkit (främst under 70-talets senare år och under 80-talets första hälft). Antalet anmälda misshandelsbrott har dock ökat förutom under det senaste året då det finns tecken på en viss minskning. Samtidigt visar det sig att andelen personer som i enkätundersökningar uppger sig ha varit utsatta för våld varit relativt stabil. Under åren 1990-93 är dock andelen som uppgett sig varit utsatta för våld högre än tidigare.

Diskrepensen under 80-talet mellan antalet anmälda fall och offerundersökningarnas resultat anses bero på att drogmissbrukare och kriminellt aktiva, som är inblandade i polisanmälda brott, tillhör bortfallet i undersökningarna. Härav skulle man kunna dra slutsatsen, att det är våldet i de socialt marginaliserade grupperna som har ökat. Fynden under 90-talets första år visar dock på komplexiteten i dessa frågor.

Illegala droger

Att det finns ett samband mellan narkotikaanvändning och brottslighet i allmänhet har visats i olika studier. Undersökningar i Storbritannien av heroinmissbrukare och deras brottslighet visar också att brottslighet, särskilt hos kvinnor, kan leda till drog-användning.

Narkotikamissbruk kan leda till våld beroende dels på olika drogers kemiska verkningar på hjärnan, dels på att våld förekommer i samband med uppgörelser i narkotikaaffärer.

Narkotikamissbruket kom framför allt in i Sverige under 1960-talet. År 1992 beräknades antalet personer med tungt narkotikamissbruk i Sverige till 14 000 - 20 000. Narkotika är vanligt inne på våra fängelser och är i hög grad kopplad till kriminalitet. Mellan 70 och 80% av de fängelseintagna beräknas vara beroende av alkohol och/eller andra droger.

Olika illegala drogers koppling till våldsbeteende

Centralstimulantia, till vilken grupp kokain, amfetamin och ecstasy hör, kan både öka impulsiviteten och aggressiviteten och kan dessutom förändra verklighetsuppfattningen. I högre doser kan psykotiska tillstånd med vanföreställningar och hallucinationer uppträda. I ett flertal undersökningar av kokainmissbrukande individer har man visat på ökad aggressivitet och hotfullhet. Man har också kunnat konstatera att kokainmissbrukande ungdomar oftare är inblandade i slagsmål än icke missbrukande jämnåriga. Kokain påverkar serotinaktiviteten i hjärnan. Personer med antisocial personlighetsstörning som redan tidigare har låga serotoninhalter och höjd noradrenalinaktivitet kan när de tar kokain ytterligare sänka serotoninhalten och höja noradrenalinaktiviteten, vilket kan leda till impulsiva handlingar.

Då det gäller amfetamins koppling till aggressivitet är denna svårbedömd. Det finns undersökningar som tyder på minskad aggressivitet vid tillförsel av amfetamin. Våldsamt beteende och även svåra våldsbrott kan dock förekomma vid intag av höga doser som ofta leder till akuta paranoidea psykoser. Det kan också vara så att personer med en viss personlighetstyp med högre benägenhet för aggressivitet och våld i större utsträckning missbrukar centralstimulantia. Det skulle kunna förklara varför det i vissa undersökningar visat sig att andra personer som fått amfetamin minskat sin aggressivitet.

Hallucinogener, t ex LSD, förekommer ofta i samband med oprovocerat våld. Detta utlöses genom att individen får vanföreställningar och hallucinationer.

Långvarigt bruk av cannabis kan leda till ökat våld genom att individen utvecklar personlighetsstörningar och förföljelseidéer. Det finns vetenskapliga beskrivningar på kroniska cannabisanvändare som blivit mer våldsamma.

Opiater, t ex morfin och heroin, är inte kopplade till våld på samma sätt som andra illegala droger. Abstinens kan dock genom ändrad dopaminaktivitet i hjärnan öka risken för aggressiva handlingar.

Anabola steroider

Bruket av anabola steroider tycks under senare år ha ökat både bland idrottsmän och bland icke idrottsutövare. Anledningen till missbruket kan vara förhoppning om ökad muskelstyrka eller ökad aggressivitet (vilket uppfattas som en fördel i bl a vissa tävlingssammanhang) eller som hos muskelbyggare av rent kosmetiska skäl. Risken för ökad aggressivitet av dessa substanser har uppmärksammats mycket i massmedia. Bland annat har missbruk av anabola steroider satts i samband med flera allvarliga våldsbrott.

I den medicinska litteraturen finns relativt få rapporter då det gäller anabola steroider och aggressivitet. Flertalet utgörs av fallrapporter byggda på intervjuer med missbrukare eller tidigare missbrukare av anabola steroider, som anger att de blivit mer verbalt aggressiva och också mer våldsamma bl a mot nära anhöriga under missbruksperioder. I ett litet antal kontrollerade studier har man också med

olika psykologiska tester och frågeformulär visat på ett ökat aggressivt beteende hos friska försökspersoner vid tillförsel av manligt könshormon liksom ökad verbal aggressivitet, irritabilitet och impulsivitet hos individer med pågående missbruk av anabola steroider.

Den sammanlagda kunskapen om sambandet mellan anabola steroider och våld ger hittills inte tillräckligt underlag för tesen att det finns ett enkelt direkt orsakssamband mellan dessa droger och våld.

Läkemedel

I produktinformationen för läkemedel som är registrerade på den svenska marknaden, FASS, finner man att aggressivitet anges som biverkan för 20 substanser tillhörande fyra olika grupper av läkemedel: sömnmedel och lugnande medel, vissa medel som används vid astma och allergi, medel mot depression och medel mot epilepsi. I det svenska biverkningsregistret finns dessutom aggressivitet angivet som möjlig eller trolig biverkan till ett flertal sinsemellan olika läkemedel. Det rör sig i de flesta fall om enstaka rapporter.

För samtliga lugnande medel/sömnmedel av typen bensodiazepiner anges aggressivitet som en sällsynt biverkan. I fall som rör ilska och våldsamt beteende i samband med bensodiazepiner, har denna biverkan oftast kommit tidigt i behandlingen och vid normala doser, men även tilltagande aggressivitet med ökad behandlingstid eller vid högre doser har beskrivits. Det finns också rättsfall, där våldshandlingar (mord, mordbrand) har bedömts som utlösta av denna typ av läkemedel och där detta betraktats som förmildrande omständighet och till och med lett till frikännande eftersom gärningsmannen inte kunnat förutse denna effekt utan tagit läkemedlet i ångestdämpande eller lugnande syfte. Det är väl känt att personer som upphör med att använda bensodiazepiner kan få avvänjningsproblem med bl a ökad ångest och oro. Även maniska reaktioner kan förekomma.

Aggressivitet finns också beskrivet som biverkan till flera läkemedel som används vid behandling av depression. Vid behandling med antidepressiva läkemedel som påverkar hjärnans signalsubstanser har aggressivitet förekommit vid relativt låga doser. En nyare typ av medel som används vid depression, s k selektiva serotoninupptagshämmare, har i nyligen publicerade fallrapporter beskrivits ge olika typer av reaktioner i samband med avslutningen av behandlingen, bl a irritabilitet, ilska och funderingar på våldshandlingar riktade både mot sig själv och andra individer. Dessa reaktioner kan vara kopplade till en snabb sänkning av serotoninhalten i hjärnan.

Det är viktigt att oväntad och personlighetsfrämmande aggressivitet eller våldsbägenhet under läkemedelsbehandling anmäls till Läkemedelsverket som misstänkt biverkan.

Blandmissbruk

Under senare år har blandmissbruket, d v s missbruk av minst två droger samtidigt, ökat. Sålunda förekommer samtidigt missbruk av lugnande medel av typ bensodiazepiner hos många personer som är beroende av alkohol eller narkotika. Blandmissbruk av alkohol och olika värktabletter innehållande kodein eller dextropropoxyfen har också ökat. Äldre amfetaminister använder också i stor utsträckning alkohol.

I en undersökning år 1992 om det tunga narkotikamissbrukets utbredning visade det sig att över 75 % av missbrukarna hade använt två eller fler narkotiska preparat, medan knappt hälften också hade missbrukat alkohol och drygt en tredjedel också missbrukat sömnmedel och lugnande medel. Man fann även ett tydligt samband mellan hormondoping och narkotikaerfarenhet. Av de gymnasiepojkar som använt hormonpreparat uppgav närmare hälften, att de också använt narkotika. Andelen blandmissbrukare vid olika institutioner för missbrukare i Sverige har ökat och de utgjorde år 1994 drygt en tredjedel av alla intagna.

I en undersökning av 53 män som var intagna för behandling av alkoholberoende hade 30 haft åtminstone en episod av våld. Knappt en tredjedel av dessa hade redan som barn begått allvarlig misshandel, vilket ingen i den icke våldsbenägna gruppen gjort. I den våldsbenägna gruppen hade 24 missbrukat cannabis, hälften amfetamin och 12 lugnande medel eller sömnmedel, vilket var signifikant högre än i den icke våldsbenägna gruppen.

Sammanfattningsvis finner man att orsakerna till våldsbrottens ökning under de senaste decennierna, trots att den registrerade alkoholkonsumtionen sjunkit, kan bero på att nya droger av olika slag kommit in i landet. Under senare år har också andra droger som anabola steroider börjat användas. Det ökande blandmissbruket kan också spela en stor roll, då många personer blir mer aggressiva av blandning av olika preparat.

Psykisk sjukdom och missbruk

Sambandet mellan psykisk sjukdom, missbruk och våld är komplext. Det kan ofta vara svårt att fastställa vad som är orsak och verkan.

Vissa psykiatriska diagnoser som depressioner, fobier, panikångest och antisociala personlighetsstörningar är vanligare hos missbrukare. En del personer med psykisk sjukdom använder alkohol och andra droger som självmedicinering för sina psykiska symptom.

För att kunna bedöma om det föreligger ett samband mellan intag av alkohol, läkemedel eller en illegal drog och aggressivitet/våldshandlingar krävs information om individens agerande, personlighet och eventuell psykisk eller fysisk sjuklighet innan missbruket eller behandlingen med läkemedlet började. Andra faktorer av betydelse är individens sociala situation och eventuella förändringar i denna. Tillräcklig information av detta slag saknas ofta liksom uppgifter om individen känt

sig provocerad eller hotad i den aktuella situationen. Det aggressiva beteendet kan teoretiskt sett ha orsakats av en akut effekt eller vara en följd av förändringar som uppstått till följd av ett långvarigt bruk av ett läkemedel eller en drog. När det gäller illegala droger kan också en önskan att snabbt lindra abstinensen bidra till våldshandlingar vid försök att få tag på mera av drogen.

Antalet frivilliga intagningar på behandlingshem för missbruksvård i Sverige har kraftigt minskat från 19 000 år 1989 till knappt 13 000 år 1994. Antalet personer som fick tvångsvård minskade under samma period från drygt 1 500 till knappt 900. Det ökande våldet i samhället kan därför också bero på, att många tunga drogmissbrukare idag befinner sig ute i samhället och inte som tidigare på institution.

Relationen mellan alkohol/droger och våldsbeteende

Det finns således ett flertal olika anledningar till att en person begår våldshandlingar i samband med alkohol- eller annan droganvändning.

1. En förstärkning av den avsedda effekten med drogen. Ett exempel är amfetaminanvändning för att minska trötthet och öka uthållighet och stridsvilja hos soldater.
2. Själva påverkan av alkohol eller annan drog kan ibland leda till våldsincidenter. Alkohol och lugnande medel kan minska hämningar och på så sätt skapa risker för våldsbeteende hos vissa individer. Cannabispåverkan kan leda till psykotiska symptom och ökad aggression.
3. Alkohol- eller annat drogmissbruk kan orsaka, utlösa eller förstärka psykisk sjukdom.
4. Som en följd av att man upphör med användning av alkohol eller annan drog.
5. I samband med personlighetsförändringar.
6. Som en följd av en förändrad livsstil eller förändrade livsvillkor. Droganvändning kan exempelvis leda till arbetslöshet (och tvärtom). Våld kan då uppstå till följd av den förändrade livsstilen.

Avslutande synpunkter

Alkohol- eller annan drogpåverkan förekommer som framgått ofta vid våldsbrott. Det är därför nödvändigt att uppmärksamma och diagnostisera eventuell alkoholpåverkan eller annan drogförekomst hos både gärningsmän och våldsoffer. Det är viktigt att ta upp en alkohol- och droganamnes för att konstatera om det föreligger ett beroende eller missbruk och i så fall erbjuda behandling för detta.

Det har under senare tid hänt en del positivt när det gäller utvecklingen av behandlingsmetoder för alkoholberoende personer. Bland annat finns numera läke-

medel som påverkar själva alkoholsuget eller begäret. Behandling med dessa preparat bör kombineras med psykosociala behandlingsmetoder och ges av den specialiserade missbrukarvården. Det är emellertid viktigt att även andra sjukvårdsinstitutioner såsom akutmottagningar, primärvård och allmänpsykiatri, som kommer i kontakt med våldsoffer och gärningsmän, har kunskap att diagnostisera alkoholberoende och annat drogmissbruk.

4 TV, FILM OCH VIDEO

Sedan filmens tillkomst och speciellt sedan TV fått genomslag har man i samhället varit oroad för att medievåld skulle kunna påverka attityder och leda till aggressivitet och våld. Frågan har studerats under flera decennier med olika metoder. Laboratorieförsök har klart visat, att barn och vuxna som exponerats för våld i TV kan få aggressivt beteende. I dessa experiment har försökspersonerna sett våldshändelser med filmade personer 5-6 ggr per timme eller i tecknad form 15-25 ggr per timme. Studierna har kritiserats, eftersom situationerna inte avspeglar förhållanden i verkliga livet. Emellertid har man på senare år kunnat visa att det finns ett samband mellan TV-våld och aggressivt beteende. Flickor och pojkar tycks påverkas i samma utsträckning. Mekanismerna bakom detta fenomen anses vara, dels att individerna lär sig att agera våldsamt, dels att de blir mindre känsliga för de skadliga effekter som våldet medför. De flesta våldsscener i TV visar inte att offret skadas allvarligt i samband med våldet. Det är t ex inte ovanligt att den som utsatts för allvarligt våld ställer sig upp och borstar av dammet från sina nypressade byxor, utan att man kan se att några skador har uppstått.

Man har även kunnat notera att rädslan för att själv bli attackerad ökar efter att personer sett våldsamheter, liksom att erotiska filmer med eller utan våld ökar aggressiviteten hos män.

De rekommendationer som satts upp av mediaforskare till TV-producenter är följande:

- Producera fler program som inte innehåller våld
- Öka andelen icke-våldsamma hjältar
- Program, inkluderande dokumentära program, som innehåller våld skall läggas sent på kvällen
- Öka informationen om att programmen innehåller våld, men var försiktig med språket, så att sådan information inte istället lockar barnen att se programmet

Rekommendationer till beslutsfattare:

- Överväg att göra det tekniskt möjligt för föräldrar att blockera olämpliga program
- Rikta antivålds-budskap särskilt till barn i åldrarna 8-13 år

Rekommendationer till föräldrar:

- Se på TV tillsammans med barnet
- Uppmuntra kritisk granskning av vad man sett
- Ta hänsyn till barnets utvecklingsnivå vid beslut om vad som är lämpligt att se

- Var medveten om att TV-våld påverkar. Barnen får aggressiva attityder, blir rädda och förlorar förmågan till sympati gentemot våldsoffret.

På senare år har massmedia riktat uppmärksamhet mot att det också kan finnas ett samband mellan våld och rollspel. Problemet i sig är inte stort, eftersom antalet rollspelare är relativt litet. Några vetenskapliga studier har dock inte genomförts på detta område.

5 LAGSTIFTNING, DEKLARATIONER OCH UTREDNINGAR

Psykiatrisk tvångsvård, LPT och LRV

Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, började gälla år 1992 och ersatte den tidigare Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV. Den nya tvångslagen innehåller tre krav för att tvångsvård skall kunna komma till stånd: (1) det skall föreligga en allvarlig psykisk störning, (2) vården skall vara oundgänglig, och (3) patienten skall motsätta sig vården eller vara ur stånd att ta ställning till denna.

LPT innebär omfattande förändringar jämfört med det tidigare regelverket. Behovet av rättspsykiatriska tvångsåtgärder, som tidigare reglerades i samma lag som för den allmänna psykiatrin, LSPV, har reglerats genom en särskild lag, Lagen om Rättspsykiatrisk Tvångsvård, LRV. LRV omfattar både personer som dömts till tvångsvård med eller utan Särskild UtskrivningsPrövning, SUP, och vård av personer som dömts till fängelse. Lagstiftarna har eftersträvat en hög grad av likformighet mellan LPT och LRV, trots att de sociala och etiska förhållandena skiljer sig. LPT har utformats som en akut tvångslag medan LRV avser att reglera om ett visst vårdbehov för en lagöverträdare bäst tillgodoses inom kriminalvård eller psykiatri. LRV innehåller också regler för hur samhällsskyddet skall utformas gentemot allvarligt psykiskt störda lagöverträdare med risk för återfall i allvarlig kriminalitet.

Från och med introduktionen av de nya klassificeringssystemen för psykiatriska diagnoser, DSMIII, i början av 1980-talet och DSMIV år 1994 har man gjort rent hus med flera av de svårigheter som plågat psykiatrin genom dess historia. Praktiskt taget samtliga uppräknade störningar definieras numera som syndrom, d v s man tar tydligt avstånd från den klassiska medicinska sjukdomsmodellen, som innehåller obligatoriska symtom eller sjukdomstecken för en bestämd diagnos. Varje störning definieras istället genom en uppräkning av observerbara symtom och sjukdomstecken med angivande av varaktighets- och förloppskriterier. Härigenom har den vetenskapliga psykiatrin fått en efterlängtat stadga i sina definitioner av olika patientgrupper, inte minst i ett internationellt perspektiv.

Allvarlig psykisk störning

Med allvarlig psykisk störning avser man i lagstiftningen i första hand tillstånd av psykotisk allvarlighetsgrad. Psykos/psykotisk är en diffust definierad term inom psykiatrin, som inte klargörs tydligare i förarbetena till LPT och LRV. Lagstiftaren lämnar härigenom stort utrymme för den praktiska tillämpningen av begreppet allvarlig psykisk störning. Sett positivt ger det förutsättningar för förnuftiga överväganden av kompetenta personer i bedömningen av det enskilda fallet och möjligheter för snabbt genomslag i praxis för förändringar i psykiatrens kunskapsläge. Sett negativt ger det utrymme för godtycke, rättsosäkerhet och ovidkommande hänsyn.

Allmänt sett måste det lagtekniska begreppet allvarlig psykisk störning ha en

mycket större stabilitet över tid än psykiatriska diagnoser, som kan ändras snabbt och språngvis i samband med vetenskapliga genombrott. Begreppet måste ha en stabil förankring i rättsmedvetandet, och kunna tåla och helst assimilera ny kunskap.

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

År 1916 infördes i Sverige en speciell lag om behandling av den som var ”hemfallen åt dryckenskap”. Lagen var främst till för att skydda andra än missbrukaren själv för hans/hennes drickande. Denna lag ersattes 1931 av en ny lag om behandling av alkoholister, vilken i stället betonade omsorgen om den enskilde individen även om interneringsvård för de gravaste fallen fanns kvar.

1931 års lag ersattes 1955 av Nykterhetsvårdslagen, NvL, vilken framför allt tog fasta på de frivilliga förebyggande insatserna. Tvångsvård på speciella vårdanstalter kunde dock tillgripas. En indikation för tvångsintagning var att alkoholmissbrukaren var farlig för annans personliga säkerhet.

LVM ersatte NvL år 1982. LVM omfattar till skillnad från bl a NvL inte bara alkoholmissbruk utan också narkotikamissbruk. LVM skulle vara en akutlag och vården skulle upphöra senast efter två månader. Under vissa förutsättningar kunde dock vårdtiden förlängas med ytterligare två månader. Lagens syfte var både att skydda missbrukarna själva och deras anhöriga.

En reviderad LVM trädde i kraft 1989. Den innebar utökade möjligheter till tvångsvård. Vårdtiden förlängdes från två till högst sex månader.

Antalet personer som varit föremål för insatser enligt LVM har emellertid minskat kraftigt. Minskningen har skett inom den grupp som dömts enligt LVM men som inte blivit akut omhändertagna. Antalet som blivit föremål för omedelbart omhändertagande har däremot inte minskat. Av detta kan man dra slutsatsen att LVM nu mer tillämpas som en akutlag. Ett stort problem, som också uppmärksammades av Psykiatriutredningen, är att många personer som vårdas enligt LVM har grava psykiska störningar som ej uppmärksammas inom den psykiatriska vården. Det behövs därför tillgång till psykiatrisk kompetens inom LVM-vården.

Man kan diskutera om tillämpningen av LVM för närvarande är i överensstämmelse med intentionerna i lagen, då den knappast idag används för att stimulera till vidare vård och behandling utan mer som en akutlag. Det finns också anledning att befara att det i jämförelse med tidigare finns ett sämre skydd för närstående mot alkoholmissbrukare som kan betecknas som farliga. NvL omfattade i farlighetsindikationen inte bara närståendes utan också varje annan persons säkerhet. Att man i LVM har inskränkt sig till närståendes skydd, beror på att man anser att utomstående kan få tillräckligt skydd genom reglerna i brottsbalken.

Deklarationer

I Hawaii-deklarationen från 1977 finns en portalparagraf, som slår fast att en psykiater bara får medverka i psykiatrisk tvångsvård, om det föreligger ett psykiatriskt

tillstånd som motiverar detta. Minimiregler för tvångsvård finns också i ett FN-dokument från år 1991. Man anger där två nivåer av krav på en psykisk störning som kvalificerar för tvångsvård dels en strikt gräns för personer som inte bedöms som farliga, dels en mindre strikt gräns för dem som på goda grunder bedöms som farliga. Sverige följer dessa kriterier väl, och har dessutom valt att ha samma strikta krav på störningens art och grad för farliga såväl som för ofarliga personer. Farlighetsresonemangen kommer i stället in i bedömningen av vårdbehovets angelägenhetsgrad.

Den tvångsvårdade patienten har givits en stark ställning när det gäller utskrivning, med ett undantag, SUP.

Den LRV-dömde SUP-patienten har i stället en svag ställning. Lagen är utformad så att man kan hålla kvar en patient som förbättrats avsevärt men som fortfarande behöver behandling, trots att indikationen ”risk för återfall i allvarlig kriminalitet” bortfallit. Här finns en tydlig konflikt med Hawaii-deklarationen, och förmodligen också med FN-konventionen. I praktiken har detta medfört att inlåsningstiderna för vårddömda jämfört med fängelsedömda har mer än fördubblats på ett fåtal år, utan att detta motiveras av en större risk för återfall bland de vårddömda.

Utredningar

LPT men främst LRV har som antytts inte motsvarat förväntningarna om en väl fungerande lagstiftning och den svenska kriminalpolitiken har i vissa avseenden varit avvikande sett i ett internationellt perspektiv. Mot denna bakgrund har Straffansvarsutredningen (SOU 1996:185) nyligen presenterat sina förslag, som innebär en radikal förändring av den svenska modellen i riktning mot den europeiska. Utredningen har emellertid inte beskrivit hur man vill utforma regelverket. I stället har man presenterat ett diskussionsunderlag i form av en skiss, där viktiga principiella vägval illustreras. Utredningens betänkande kommer sannolikt att bli föremål för en parlamentarisk utredning, innan det kan utgöra underlag för en proposition.

I november 1995 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utvärdera LPT och LRV. När dessa lagar trädde i kraft var avsikten att användningen av tvångsvård skulle minska och den rättsliga kontrollen över tvångsvården öka genom domstolsprövning. Tvångspsykiatrikommittén skall analysera nuvarande regler med avseende på samhällsskyddet bl a reglerna vid utskrivning, permission och s k frigång enligt LRV.

En annan fråga som kan medföra konflikter är när åklagarens bedömning av behovet av samhällsskydd inte överensstämmer med chefsöverläkarens bedömning av vårdbehovet. Detta kan leda till att en medicinskt färdigbehandlad patient inte kan skrivas ut. Kommittén skall även belysa denna fråga. Uppdraget skall slutredovisas senast den 30 december 1997.

6 FÖREBYGGANDE PROGRAM OCH BEHANDLING

Behandling av unga lagöverträdare

Det starkt ökade ungdomsvåldet, som numera har sin kulmen i 15-årsåldern, har utmanat de rehabiliteringsideal som varit rådande inom samhällsvården. I Sverige har man betonat att unga lagöverträdare bör skyddas mot straff, vedergällning och stigmatisering. Allmänhetens ökade krav på samhällsskydd och psykologiskt begripliga krav på vedergällning inför särskilt sadistiska våldsbrott (t ex Kodemordet, Bjuvmordet, de två Klippan-morden) har dock tillsammans med Socialtjänstlagens dåliga möjligheter att tillgodose samhällsskyddsaspekten och garantera vårdtidens längd, lett till att allt fler ungdomar i Sverige döms till långvariga fängelsestraff. I och med detta avsäger man sig emellertid behandlingsmöjligheter för just de individer, som förmodligen allra mest behöver behandling. Detta är olyckligt.

Ett medicinskt-psykiatriskt förhållningssätt utgår från begrepp som diagnos, prognos, behandling, rehabilitering och förebyggande. Man bör i dessa sammanhang inte fokusera alltför starkt just på ordet behandling i traditionell bemärkelse. Symtom skall förvisso behandlas, men minst lika viktigt är att åstadkomma sociala färdigheter (habilitering/rehabilitering), så att vederbörande kan integreras i ett socialt sammanhang. Processen måste starta med en bred och noggrann problemanalys. Åtgärderna är mångfacetterade och det krävs samarbete över en rad gränser. Detta förutsätter samsyn kring väsentligheter och respekt för andras kompetens. I ett sådant samarbete kan den medicinska professionen emellertid inte ge avkall på respekten för "vetenskap och beprövad erfarenhet". Socialtjänsten har en kortare historia vad gäller forskning, och därmed mindre erfarenhet av den typ av kunskap som producerats med hjälp av den vetenskapliga metoden. I detta finns en del förklaring till de problem som ofta uppstår i samarbetet mellan den medicinska professionen och socialtjänsten.

Förebyggande program

Förebyggande program skiljer sig åt med avseende på hur målgruppen är utvald och den förväntade effekten av insatserna.

Universella program syftar till, att påverka en hel population. De kan motiveras med att de utgör "lågriskinsatser". De är billiga räknat per individ och åstadkommer förtjänst för alla. Exempelvis torde ett socialt träningsprogram som syftar till att förbättra förhandlings/medlarförmågan hos alla barn/ungdomar och som genomförs i alla grundskolor sannolikt reducera orimlig aggressivitet och spänningar i dessa grupper. Ett sådant program skulle dock inte utan vidare nå och påverka gruppen avancerade unga lagöverträdare.

Selektiva program riktas mot individer eller grupper av individer, som man vet har en förhöjd risk att utveckla problembeteenden. Risken kan bedömas utifrån

sociala, psykologiska eller andra faktorer. Dessa program är att föredra, när man har en säker identifikation av målgruppen och vinsten kan bedömas vara större än potentiella nackdelar och kostnaden kan rättfärdigas.

Primära interventioner innebär förebyggande insatser gentemot identifierade högriskindivider med uppenbara tecken på en problematik i vardande. Dessa interventioner måste baseras på noggrann identifikation. Dyrare och intensivare interventioner tillämpas och skaderisken kan vara förhöjd, men kostnaden om man inte ingriper legitimerar insatsen.

Ett tänkbart agerande är att man riktar de mest intensiva och dyrbara interventionerna till högrisk-barn/ungdomar. I detta fall krävs ett screeningförfarande. Vissa screening-metoder kan vara förhållandevis enkla t ex att definiera riskpopulationen med hjälp av lätt igenkännbara karakteristika. Ett exempel är aggressiva ADHD-barn som vid skolstarten visar sig ha dyslexi och som har ensamstående föräldrar. En hel del riskfaktorer kan inte identifieras av lekmän, men kan ändå vara mycket relevanta. För sådana variabler kan man använda stegvis screening ”multiple gating”. Den minst kostsamma screeningen används på hela gruppen, därefter tillämpar man dyrbarare procedurer stegvis. De olika stegen minskar gruppen och ökar tätheten av högriskindivider.

Ett problem är vad som händer med ”falskt positiva”, som utsätts för behandling utan att behöva den. Det finns data som tyder på att man kan åstadkomma skada i sådana fall. Farhågorna skall emellertid inte överdrivas. Det finns ett antal program som kan karakteriseras som preventiva interventioner i tidig ålder och som har visat sig ha bestående positiva effekter.

Stödåtgärder före barnets födelse och under den första tiden efter förlossningen har visat sig vara särskilt viktiga för mödrar i tonåren, ensamstående mödrar, för mödrar med sociala och psykiska svårigheter och för mödrar med missbruksproblem. Intellectuell och känslomässig stimulans av barnet är särskilt viktig under det första levnadsåret, då barnet är som mest mottagligt för yttre påverkan. Åtgärder för att förbättra föräldra-barnrelationen bör göras under de första fem levnadsåren om de skall ha långsiktiga effekter på barnets sociala beteende och t ex förhindra brottslighet.

Åtgärder riktade mot etablerade brottslingar har genererat mycket erfarenhet, men det mesta är osystematiska observationer som inte håller godtagbar vetenskaplig standard. Data från institutionsforskning talar dock för att beteendeterapeutiska insatser, träning av kognitiva problemlösningstrategier och social kompetensutveckling, liksom familjeterapeutiska interventioner är effektivare än interventioner i kamratgrupper. Den tidigare vanligaste formen av institutionell behandling, någon typ av psykodynamisk terapi, har givit mycket litet stöd för påståenden om positiva effekter på tonåringar. Generellt tycks beteendeterapeutiska åtgärder vara effektivast för att minska återfall. Grupphem minskar beteendeproblemen under vistelsen, men har oftast ingen långvarig effekt. På samma sätt

tycks s k "vildmarksprogram" misslyckas med att skapa långvariga effekter. Intensivövervakningsprogram, s k "punktmarkering", är minst lika effektiva som institutionsprogram i relation till kostnaden. En viktig lärdom är att program av den typ där unga lagöverträdare exponeras för grova vanekriminella och vidriga fängelsemiljöer i avskräckande syfte har brottsframkallande effekter. "Hårda tag" fungerar inte alls.

Det råder stor brist på generella program som klarar att minska brottsbenägenheten på längre sikt. Situationen är bättre då det gäller riktade behandlingsinsatser för att lösa ett avgränsat problem under en begränsad tid.

Riktade behandlingsprogram fokuserar på specifika problem under bestämd tid. Det finns en omfattande litteratur rörande sådana program. En typ av program fokuserar på aggressivitet i olika former. Man ska då vara klar över, att det finns ett naturalförlopp för aggressivitet, som innebär att problemen ofta minskar över tiden, oavsett vilka interventioner man genomför.

Många behandlingsprogram mot aggressivitet har haft målen insikt och relationskompetens. Sådana program har sällan fungerat aggressionsreducerande, oavsett om metoden varit individ- eller gruppinriktad. Familjeinterventioner tycks fungera bättre, men bara om behandlingen ges före tonårstiden. Detta understryker vikten av tidig intervention. Under senare år har kognitiv/beteendeterapeutiskt orienterade tekniker introducerats i stor skala. Bakgrunden till detta är att man vet, att kroniskt aggressiva individer har en begränsad problemlösningsförmåga, irrationella tankeprocesser och dålig förmåga till abstrakt tänkande. Dessa problem kan påverkas med kognitiv metodik. Många program blandar olika metoder för att få bättre effekt.

Aggression Replacement Training, ART, är en flerdimensionell intervention för att förändra kroniskt aggressiva ungdomars beteende. Dess effektivitet då det gäller att minska våldsbeteende återstår att bevisa. Studier av liknande program i Kanada börjar nu avrapporteras preliminärt. De behandlade ungdomarna förbättrades under vårdtiden, men mycket av effekten försvann under det följande övervakningsåret. Uppenbarligen behövs "boosterdoser" under lång tid.

Multisystematisk terapi, MST, är en behandlingsmodell med syfte att minska antalet unga våldskriminella och reducera deras antisociala beteenden. Till dags dato är detta det enda program som har kunnat visa klara långsiktiga effekter på kroniska och våldsamma avancerade unga lagöverträdare. Interventionerna skräddarsys för de specifika behov som den unge, familjen och de omgivande systemen har. Utvärderingar har visat att MST också är kostnadseffektiv.

Centralstimulantia har en mycket god omedelbar effekt på vissa av nyckelsymptomen vid uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (ADHD), men det finns alltför få långtidsstudier, för att man med säkerhet skall kunna uttala sig om behandlingseffekter i ett längre tidsperspektiv. Sådana studier pågår, och har i USA utsträckts till att omfatta behandling av vuxna med kvarstående ADHD. Dessa individer förekommer ofta i ett fängelseklientel.

En behandling som riktar sig till ett yngre klientel är de *Multimodala interventionsprogrammen*. De används för högriskgrupperna med ADHD/MBD/DAMP och Aspergers syndrom. Man rapporterar att förutom positiva förändringar i familjen, skolan och för barnet självt, har behandlingsgrupperna signifikant färre institutionsplaceringar och anhöllanden. Kostnaderna för programmen är lägre än för traditionell institutionsplacering.

Genom meta-analys som är en statistisk teknik där man analyserar och tolkar resultat från många enskilda studier samtidigt har man funnit att de flesta program har positiva om än blygsamma effekter i storleksordningen 5-10%. Strukturerade beteende-program har genomgående bättre resultat med en minskning av återfall i kriminalitet i storleksordningen 20-30%.

Behandling av vuxna kriminella

Det stora flertalet undersökningar rörande behandling av vuxna lagöverträdare är behäftade med allvarliga metodologiska svagheter och det är därför svårt att dra slutsatser av enskilda studier. Pessimismen rörande möjligheterna att behandla kriminalitet var som störst i mitten av 1970-talet. Det allvarligaste felet i 1970-talets resonemang var uppfattningen att det kriminella klientelet var homogent och hade samma störning, nämligen kriminalitet, för vilken det inte fanns en någon bra behandling. Under de senaste 20 åren har det genomförts ett antal stora analyser av behandlingsutfall, där man kan dra vissa slutsatser.

Den senaste stora metaanalysen av behandlingsresultat genomfördes i Kanada under 1996. Genomgången tar i viss utsträckning även upp ungdomskriminella och psykiskt störda lagöverträdare, men inriktar sig i huvudsak på ett avancerat fängelseklientel. Analysen har relevans också för det svenska klientel som döms till psykiatrisk tvångsvård.

I Sverige har Socialstyrelsen nyligen slutfört ett utredningsuppdrag rörande behandling av våldskriminella och sexualbrottslingar. Slutsatserna som i huvudsak grundas på internationell litteratur kan sammanfattas på följande sätt.

Den genomsnittliga behandlingseffekten, oavsett vilket program man använder, är en ca 20-procentig reduktion av återfall i kriminalitet. Ungefär hälften av behandlingseffekterna är ospecifika medan resten är knytat till den terapimetod man använt. Det finns inga stora skillnader i effektivitet mellan olika terapeutiska metoder. Går man däremot in mer i detalj blir bilden mera komplex. Vissa typer av lagöverträdare förbättras av ett visst program men inte av ett annat. Det finns också risk för negativa behandlingseffekter, främst gäller detta för psykodynamiska program som riktar till psykopater (återfallen ökar med behandling). Om man i analyserna utesluter fall där "fel" behandlingsmetod har använts tenderar behandlingseffekterna att ligga närmare 30 % än 20 %. För speciella grupper av lagöverträdare är resultaten ännu bättre. Farmakologisk behandling av sexualbrottslingar är ett sådant exempel om man begränsar analysen till personer som har förutsättningar att delta i sådana behandlingsprogram.

Utifrån de samlade resultaten finns det anledning till viss optimism inför framtiden. Det bör kunna gå att avsevärt förbättra behandlingen av lagöverträdare genom att bättre differentiera och kombinera olika behandlingsmetoder.

Behandling inom rättspsykiatri

Den diagnostiska rättspsykiatri i Sverige administreras via en egen statlig myndighet, Rättsmedicinalverket. Inom rättspsykiatri undersöks per år ca 2000 personer, som begått brott enligt ett screeningförfarande med liten sinnesundersökning, s k §-7-undersökning. Omkring 550 personer som begått relativt grova brott blir föremål för en mera omfattande undersökning, stor sinnesundersökning. Undersökningarna genomförs dels vid två statliga enheter (Stockholm/Huddinge och Göteborg), dels vid två landstingsägda entreprenörsenheter (Umeå och Malmö). Årligen döms knappt 300 personer till rättspsykiatrisk tvångsvård, varav en klar majoritet med tilläggsvillkoret särskild utskrivningsprövning, SUP. Den rättspsykiatriska undersökningsorganisationen fungerar numera mycket väl, personalen är kvalificerad, bedömningarna håller god kvalitet och är likformiga över landet. Man bedriver även en aktiv forskningsverksamhet.

Ungefär 1000 personer vårdas enligt LRV varav ungefär 700 med SUP, flertalet i specialiserade psykiatriska enheter för LRV-dömda. Många patienter vårdas på psykiatriska sektorsenheter, främst de som ej har SUP.

Det finns ingen nationell samordning av denna typ av vård, som omsätter omkring en miljard kronor per år. Personalen saknar nästan genomgående rättspsykiatrisk specialistutbildning, läkartätheten är låg och samordningen och kunskapsutbytet med allmänpsykiatri är bristfällig. Forskningsanknytning saknas nästan helt, även om en liten förbättring märkts under de senaste åren. De olika enheterna inom organisationen har inget stabilt forum för regelbundet erfarenhetsutbyte. Med dessa förutsättningar är det givet att det finns mycket som behöver göras organisatoriskt och kunskapsmässigt för att förbättra vårdkvaliteten. Det saknas i stort sett strukturerade vårdprogram. Undantag är sexualbrottsbehandlingen i Växjö, där en relativt stor andel av de svenska vård dömda sexualbrottslingarna är placerade. Trots vissa brister är kunskapsnivån och behandlingskompetensen inom den rättspsykiatriska verksamheten betydligt högre än inom kriminalvården, som har klienter som inte är alltför olika dem som återfinns inom den behandlande rättspsykiatri.

Behandling inom fängelsesystemet

Per år döms omkring 15 000 av de ca 100 000 individer som övertygas om brott till fängelsestraff. Icke frihetsberövande påföljder är alltså de överlägset vanligaste. I varje ögonblick befinner sig ca 4 500 individer i fängelse, dvs de genomsnittliga inläsningstiderna är fyra månader. För betydligt fler än hälften av de intagna hinner man helt enkelt inte med att genomföra några behandlingsprogram värda namnet under tiden i anstalt.

Man skulle kunna satsa på behandling för svenska intagna med längre anstaltstider än ett år. Så sker emellertid inte. Vård och behandling skall ges enligt normaliseringsprincipen, d v s intagna i kriminalvårdsanstalter skall klara sig med kommunens och landstingens behandlingsresurser precis som alla andra medborgare. De fängelseintagna har emellertid psykiatriska problem av en omfattning och karaktär som sektorspsykiatrin vare sig har kompetens eller resurser att hantera. Knappast några får den psykiatriska uppföljning, som de borde ha under tiden i fängelse. Behandlingsprogram har i stort sett inte förekommit på många år inom kriminalvården, även om det nu tycks ske en viss förändring. De behandlingsaktiviteter som nu dras igång på lokala initiativ saknar emellertid som regel professionell medverkan och central samordning.

Behandling av psykossjuka

Psykossjuka, främst patienter med schizofreni, vanföreställningssyndrom och bipolar affektiv sjukdom, har en betydligt förhöjd frekvens av våld och aggression. Eftersom flertalet sådana patienter inte längre vårdas på institution annat än mycket kortvarigt, kommer våldsbenägenheten och aggressiva utspel att leda till konfrontationer med människorna ute i samhället, närstående såväl som obekanta. På en institution kan dessa konfrontationer begränsas och kontrolleras på olika sätt. Ute i samhället är möjligheterna betydligt mindre. Avinstitutionaliseringen har således lagt ett nytt ansvar på samhället att minimera konsekvenserna av de psykossjukas aggressionsbenägenhet. Det stora flertalet psykossjuka är inte mer aggressiva än andra, men det finns en grupp som har detta problem, och de är tillräckligt många för att det skall vara skäl att vidta åtgärder.

I detta sammanhang är frågan om när den förhöjda aggressionsnivån etablerades av stor vikt. Psykossjuka som har visat en förhöjd aggressionsnivå före psykosdebuten (i form av t ex uppförandestörning/personlighetsstörning) får en ytterligare höjd aggressionsnivå efter psykosdebuten. De har också en betydligt högre risk att utveckla missbruk. Schizofreni är en sjukdom med två faser. Episoder med akuta psykossymtom omväxlar med lugnare faser. Våldsproblemen är i allt väsentligt begränsade till de akuta faserna. De två olika typerna av schizofrena patienter, med respektive utan tidig aggressivitet, tycks skilja sig åt också med avseende på symptomen under de akuta faserna. Symptomen är mycket mer dramatiska bland dem med tidig debut, och de akuta episoderna är ofta missbruksutlösta hos dessa personer.

För att komma åt våldskriminaliteten bland de psykossjuka måste man alltså satsa på en kraftfull och tidsbegränsad behandling av de akuta episoderna, förhindra missbruk och ge behandling för att förebygga nya akuta episoder av psykosjukdomen. Läkemedel är en nödvändig del i detta.

Optimal behandling innebär täta kontakter med patienterna av välutbildad psykiatrisk personal, program med social träning och nätverksarbete, förebyggande missbruksbehandling, samt kontinuerlig stabil medicinering. Störningar i mediciner-

ringen är den viktigaste enskilda faktorn bakom återfall, som i dessa fall innebär en stor risk för aggressiva utspel. Indragningen av fria läkemedel för denna patientgrupp har medfört ökade risker i detta avseende.

Eftersom många patienter med psykosjukdomar har svårt att medverka frivilligt i behandlingen bör tvångsbehandling under lång tid övervägas för dem som demonstrerat farlighet. De nuvarande tvångslagarna är oklara då det gäller möjligheterna till detta, men enligt intentionerna i lagstiftningen får långvarigt tvång utanför institutioner inte förekomma.

7 FARLIGHETSBEDÖMNING

Bakgrund

Farlighetsbedömningar ingår som en del i det kriminalpolitiska systemet i många länder. I Sverige kulminerade en utbredd misstro mot farlighetsbedömningar under 1970-talet, då man avskaffade de sista formerna av tidsobestämda påföljder (internering och ungdomsfängelse). Brottsutvecklingen bland de psykiskt störda lagöverträdarna tvingade fram en omprövning under 1980-talet, men denna kom inte att utsträckas till fängelsesystemet. Härigenom uppstod en inkonsekvens i det svenska systemet. Farlighetsbedömningar görs för en majoritet av de psykiskt störda lagöverträdarna, men inte för de fängelsedomda, trots att det statistiskt sett är lättare att bedöma risken för återfall för de senare.

I Kanada har man utvecklat flera strukturerade farlighetsbedömningsinstrument. Dessa farlighetsinstrument: Risk Assessment Guide, RAG, Violence Prediction Scheme, VPS, och History/Clinical/Risk Instrument, HCR-20, har visat sig ha god tillförlitlighet och en relativt hög validitet i kanadensiska studier. Det är troligt, att en modifierad version av HCR-20-instrumentet, anpassat för svenska förhållanden, skulle kunna ge bättre stadga åt de farlighetsbedömningar, som den rättspsykiatriska professionen idag är ålagd att utföra.

HCR-20 är en relativt typisk representant för de kanadensiska farlighetsskalorna. Tio bakgrundsfaktorer, fem typer av kliniska symtom och fem framtida risksituationer bedöms. Gemensamt för alla farlighetsformulär är att grad av psykopati är den enskilda faktor, som har störst tyngd i riskekvationerna. Forskning rörande psykopati, dess uppkomstmekanismer, förekomst och behandlingsmöjligheter är därför av största vikt för att komma åt återfallsproblemet bland de vanekriminella.

Det finns alltså flera möjligheter, i huvudsak ännu oprövade på större material, som skulle kunna förbättra och objektivera farlighetsbedömningar. Neuropsykologiska data har t ex visat starka samband med återfall i allvarlig kriminalitet i flera studier. Neurofysiologiska data har på motsvarande sätt visat relativt starka samband med farlighet/återfallsrisk. Neurobiologiska mått, främst de som är relaterade till stresshormoner och serotoninsystemets funktioner men även manligt köns-hormon och thyreoideahormoner, torde komma att få allt större betydelse vid bedömningar av detta slag.

Sådana farlighetsbedömningar kommer att ha en begränsad "hållbarhet" i tiden eftersom brottsligheten och därmed den allmänna risken för återfall varierar starkt över tid och med förändringar i makro- och mikrosociala förhållanden. Detta är emellertid inte den enda svårigheten. Här finns även svåra etiska problem att ta ställning till såsom människans ansvar och samhällets rätt att vidta åtgärder mot en individ, utifrån vad hon kan tänkas göra i framtiden, snarare än vad hon gjort hittills. Den diskussionen bör föras brett innan man tar nästa steg, som bör vara att

åstadkomma en enhetlig lagstiftning så att farlighetsbedömningar inte enbart görs för en utpekad grupp av lagöverträdare, de allvarligt psykiskt störda. Att det skulle vara mera möjligt att göra farlighetsbedömningar av svårt psykiskt störda personer saknar nämligen stöd i nuvarande kunskapsbas inom området.

Rent kliniska icke-strukturerade farlighetsbedömningar har länge ansetts som alltför osäkra för att kunna användas vetenskapligt. Det är emellertid uppenbart, att åtminstone vissa erfarna läkare har en speciell förmåga att identifiera unikt farliga individer, som inte fångas in av de strukturerade instrumenten. Under de senaste åren har det skett en avsevärd utveckling inom den kliniska psykiatrien vad gäller diagnostik och förståelse av de mycket svåra personlighetsstörningarnas dynamik. Allt detta har stor betydelse för kliniska farlighetsbedömningar.

I det underlag till ett nationellt brottsförebyggande program som utarbetats av Brottsförebyggande rådet, BRÅ, och av forskningsenheten vid Polishögskolan på uppdrag av Justitiedepartementet pekar båda på att ökad forskning och utveckling inom området är av avgörande betydelse för utformningen av en framtida rationell kriminalpolitik.

Kliniska farlighetsbedömningar

Kliniska farlighetsbedömningar har till största delen utförts av psykiatrer och omfattat psykiskt störda, oftast psykotiska personer. Under den tid då det stora flertalet psykospatienter befann sig på institutioner, förelåg inte någon högre grad av risk för farlighet från dessa personer än från människor i allmänhet. Detta konstateras bl a i ett par svenska studier från åren kring 1960. Avinstitutionaliseringen har lett till att de psykossjuka begår ett betydligt större antal grova våldsbrott. Den ökade våldsriskerna förefaller att vara knuten till episoder med aktiva psykossymtom, tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar.

Risken då det gäller lindrigt utvecklingsstörda ligger på ungefär samma nivå som för de psykossjuka, men är då snarare knuten till aktuella yttre påfrestningar. Utvecklingsstörda tenderar fr a att begå tre typbrott, sexualbrott, eldsanläggelse och våldsbrott.

Det finns ett antal typer av störningar som signalerar farlighet till den erfarna läkaren. De kan sammanfattas under rubrikerna: (1) paranoia, (2) extrema former av empatistörning, (3) perversioner, (4) dissociation och (5) psykopati.

(1) Paranoia

Med paranoia avses i detta sammanhang inte den kliniska diagnosen vanföreställningssyndrom, utan ett specifikt sätt att tänka som kan förekomma hos såväl "friska" som paranoiskt personlighetsstörda och hos patienter med fullt utvecklade vanföreställningssyndrom.

En faktor är fokuseringen av tankeprocessen på sekvensiella lösningsstrategier. Detaljer framstår konturskarpt, medan helhetsmönstret undgår betraktaren.

Vederbörande måste mödosamt konstruera en helhet, en gestalt, genom att organisera detaljerna enligt något system. För att detta över huvud taget skall vara möjligt behöver betraktaren en teori. Dessa teorier väljs inte av tillfällighet eller för att passa den aktuella situationen utan utifrån betraktarens tidigare erfarenheter och favoritmodeller. Detaljer länkas samman på ett på ytan logiskt invändningsfritt sätt samtidigt som uppenbara absurditeter, sett i ett större perspektiv, inte uppmärksammas.

En annan faktor är den sänkta tröskeln för betydelsefullhet och påtaglighet. Patienten upplever, att vardagshändelser är laddade med en speciell betydelse och därför måste dokumenteras. Detta resulterar i omfattande dagböcker, som detaljerat beskriver vardagslivets icke-händelser. Det klassiska tyska begreppet Wahnstimmung hör också hit; till synes triviala händelser upplevs av patienten signalera kommande händelser av väldig och världsavgörande betydelse.

En tredje faktor i detta syndrom av kognitiva strategier är en speciell intensitet i graden av självcentrering, som gör det svårt för dem att se sig själva utifrån, som en bland andra, underkastad villkor som alla andra. Det som skiljer denna specifika paranoidea form av egocentricitet från den vanliga självupptagenheten är intensiteten; den psykiska energi över lång tid som personen är beredd att investera för att "få sin rätt". Den personlighetsstörde narcissisten kan blixtra till när han blir kränkt, men han ägnar sällan resten av sitt liv åt att hämnas oförrätten.

(2) Extrema former av empatistörning

Under senare år har det blivit allt tydligare att personer med Aspergers syndrom kan ha en betydande farlighet. I första hand gäller detta gentemot närstående personer, men också för främlingar som i något avseende tränger sig för nära och stör de rutiner som karakteriserar den vuxne, obehandlade Aspergerpatientens ensliga vardagstillvaro. I syndromet ingår som tidigare redovisats, grava sociala kontaktstörningar, avsaknad av känslomässig förståelse av andra och att förstå skillnaden mellan levande och döda föremål, specialintressen som i sällsynta fall kan innefatta perversa tvångstankar, ett torftigt fantasiliv, och en ritualiserad livsstil. De saknar ofta förmåga att uppleva lust och glädje, i fantasi såväl som i verklighet.

(3) Perversioner

I diagnosklassificeringssystemet DSMIII fanns provisoriska kriterier för Sadistisk personlighetsstörning, utan relation till de sexuella störningar som finns uppräknade under rubriken parafilier. Diagnosen har strukits i diagnosklassificeringssystemet DSMIV bl a av brist på vetenskaplig dokumentation. I den kliniska rättspsykiatrin är detta tillstånd som inte är ovanliga. Perversioner i denna mening avser ett sätt att fungera som innebär att basala livsproblem gestaltas i ritualiserade handlingar, med hög grad av tvångsstyrning. I de klassiska kliniska beskrivningarna utlöses ritualhandlingen under en period av ökande yttre belastning och stigande inre olust. När handlingen utlösts upplever gärningsmannen en paradoxal lättnad. Det tycks som

målet är handlingen, inte att uppnå något annat som förmåner, uppmärksamhet, makt eller andra "belöningar". Under handlingen, som kan vara extremt utsträckt i tiden kan gärningsmannen göra sig skyldig till obegriplig grymhet. Gärningsmannen är ofta bara delvis medveten om vad han gjort, och inte sällan saknar han fullständigt förmåga till självinsikt, när man talar med honom omkring brotten.

(4) Dissociation

Många rättspsykiatriker upplever att det finns patienter som har påtagligt lite kontakt med tankar, känslor och viljeinriktning under en brottssekvens. I en pågående undersökning av förekomsten av psykiska störningar hos ett fängelseklientel har noterats, att ungefär en av tre intagna uppger att de så långt som möjligt undviker alkohol och i stället föredrar narkotika, därför att de gör "totalt vansinniga saker" under alkoholberusning. I ett pågående projekt söker man i de rättspsykiatriska registren efter brott som kan karakteriseras som extremt avvikande alkoholreaktioner. Diagnosen patologiskt rus är visserligen avskaffad p g a bristfällig vetenskaplig dokumentation, men det är uppenbart att sådana reaktioner förekommer, till och med ofta, och att ett icke obetydligt antal brott kan tillskrivas dessa tillstånd. Morden i Falun är en illustration till hur mekanismerna kan se ut. I det nu pågående projektet har man funnit att mellan fem och tio procent av våldsbrotten har en uttalat dissociativ karaktär, med en drastisk förändring av den normala personligheten under ett enstaka alkoholrus, där promillenivån kan variera. Den klassiska indelningen i patologiskt rus vid låga promillenivåer, och avvikande eller förutsedda alkoholreaktioner vid högre promillenivåer har man funnit tämligen meningslös. I princip helt likartade avvikande reaktioner återfinns inom hela promilleskalan. De vanliga berusningskomponenterna ökar däremot naturligtvis med ökande promillenivå och varierar med den aktuella alkoholtoleransen. Det finns goda skäl att fortsätta studera mekanismerna bakom avvikande alkoholreaktioner.

(5) Psykopati

Psykopati är tveklöst den psykiska störning som innebär den mest uttalade ökningen i farlighet. Psykopater har en abnorm variant av självupptagenhet. I detta ingår att de är svårt samvetsdefekta och i bästa fall har ett stelt och primitivt samvete som är grymt och villkorslöst tvingande inom vissa områden (ungefär som de kriminella motorcykelgängens "hederskodex") men ointresserat tillåtande vad gäller andra handlingar, som anses omoraliska av flertalet människor. Riktigt illa är det om avsaknaden av samvete är kopplad med t ex aggressiva drifter som att förnedra och kränka andra, att härska och uppleva en total makt över en annan värnlös människas liv, och att döda för kicken och med sexuella drifter på ett omedvetet plan. Sådana individer hör till de farligaste som finns. Här återfinns seriemördaren och våldtäktsroboten, som kan te sig välbegåvad och anpassad på ytan, men som blir ett monster, när dessa krafter tar kommandot över handlingarna.

8 EFFEKTER AV VÅLD

Kroppsliga skador

Skador till följd av våld är idag ett vanligt inslag i akutsjukvården inte minst på storstadssjukhusen. Från t ex Södersjukhuset i Stockholm rapporteras att var tredje patient som läggs in för olycksfall på kirurgkliniken har skador som orsakats av våld. Skadepanoramata omfattar huvudsakligen sårskador i huden, blåmärken, svullnader samt frakturer på ansikte, armar, ben och bröstorg, men även livshotande och dödliga skador såsom strypskador och allvarliga skallskador förekommer. Totalt för landet är andelen skador orsakade av skjutvapen och knivar relativt låg, ca 6 % men statistik från enskilda sjukhus i storstadsområden har visat på en ökning.

Psykiska reaktioner

Akuta posttraumatiska stressreaktioner och posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Hot till livet kan i mildare form leda till övergående stressreaktioner och kortvarig funktionsnedsättning. Vid allvarigare livshot, särskilt i kombination med kroppslig skada, eller då en anhörig eller en arbetskamrat dör, föreligger risk att händelsen kan leda till livslångt psykiskt lidande och reducerad arbetsförmåga eller utslagning från arbetsmarknaden. Huruvida händelsen kommer att bli traumatisk för den enskilda individen (eller organisationen) beror på 1) själva händelsen, 2) vilka reaktioner som kommer igång hos den drabbade i kombination med 3) personliga egenskaper och aktuell livssituation för den drabbade samt 4) vilket bemötande den drabbade får.

För att en händelse skall bli traumatisk krävs att den "barriär", som hos människan fungerar som skydd mot alltför överväldigande intryck, forceras. Detta kan inträffa då en händelse kommer plötsligt och oväntat utan att individen haft möjlighet till förberedelse exempelvis som vid provocerat våld, rån eller terroraktioner men också vid långvarig och överväldigande stress t ex vid misshandel inom en relation eller vid gisslantagning, tortyr, krig etc.

Vilka efterverkningar händelsen får hänger samman med hur offret agerar under själva händelsen och hur individen kan hantera upplevelsen av hjälplöshet, inre sönderfall och kaos, och de ofta mycket intensiva känslor som uppstår efteråt. Medan händelsen pågår, agerar folk i allmänhet förvånansvärt rationellt. Hela individen är inriktad på överlevnad. Panik är en mycket ovanlig reaktion. De omedelbara reaktionerna efter händelsen karakteriseras av en känsla av överklighet och inte sällan förvirring ("chock"). Därefter följer en period med pendlande mellan återupplevande av det inträffade och en känslomässig avstängning. Under perioder med påträngande minnen och tankar kopplade till händelsen är starka känslor av maktlöshet, ångest, ilska, fruktan, förnedring, skam och skuld vanliga liksom en successivt till-

tagande depressivitet sammanhängande med olika förluster, som händelsen medfört. I allmänhet kommer frekvensen och intensiteten av såväl påträngande minnen som avstängdhet att minska inom några veckor till månader, varefter händelsen integreras i individens liv och livshistoria. Huruvida händelsen blir traumatisk d v s åstadkommer en psykisk skada kan inte avgöras förrän en tid förflutit (> 1 månad). Emellertid är det möjligt att utifrån en rad faktorer kunna förutsäga vilka personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla PTSD eller annan psykiatrisk sjukdom.

En medelålders kvinna och hennes 18-årige son utsattes för ett väpnat rån i hemmet. Fyra maskerade och beväpnade män trängde sig en kväll in i familjens hus. Sonen slogs ner, bands fast och tejpades för munnen. Kvinnan, som hörde att något hänt, kom ut ur sitt rum och började skrika. En man hotade henne med kniv, stack också kniven i hennes överarm. Hon knuffades därefter nedför en trappa, varvid hon ådrog sig en bäckenfraktur. Kvinnan bands fast, medan männen vände upp och ner på lägenheten i sökandet efter värdeföremål. Kvinnan var tidvis övertygad om att sonen blivit mördad.

Kvinnan och sonen gick under två års tid tillsammans i samtalsbehandling, varvid sonens psykiska tillstånd förbättrades. Kvinnan däremot utvecklade en svårartad PTSD, som fortfarande tre år efter rånet är invalidiserande. Hon vågar inte vistas ensam i huset, är ständigt på vakt mot nya rånförsök, litar inte på någon, plågas i perioder av ångestladdade minnesbilder från rånet samt har utvecklat en lång rad psykosomatiska besvär. Medan kvinnan idag lever i ett slags självpåtaget inre psykologiskt fängelse är förövarna fria och kan begå fler våldsdåd.

Karakteristiskt för PTSD är ett ständigt återupplevande av traumat och som ett försök att hantera detta ett undvikande och tillbakadragande beteende. Ofta pendlar tillståndet mellan återupplevande och undvikande. Därutöver tillkommer irritabilitet, svårigheter i återanpassning till arbete, känslor av utanförskap, relationsproblem och ofta kroppsliga sjukdomsyttningar. Det finns undersökningar som visat på en generell ökning av såväl kroppslig sjuklighet som ökad dödlighet efter extremt och långvarigt våld.

Hot- och våldssituationer är särskilt allvarliga därför att de riskerar att rasera offrets förtroende för andra människor, vilket kan leda till att alla människor upplevs som opålitliga och fientliga. Denna bristande tillit till omvärlden kan också komma att gälla hälso- och sjukvårdspersonal, vilket i sin tur kan leda till att den drabbade inte söker hjälp.

Män löper störst risk att hamna i hot- och våldssituationer, men de psykiska efterverkningar av våld är sannolikt allvarligare hos barn och kvinnor. I undersökningar av kvinnor utsatta för våldtäkt och/eller upprepad misshandel, har minst hälften utvecklat en PTSD. Det är dock svårt att göra jämförelser mellan könen, eftersom våldet oftast är av olika karaktär och därför får annan psykologisk bety-

delse för kvinnor än för män.

Andra psykiatriska tillstånd

Ett psykiskt trauma kan på olika sätt bidra till utveckling av andra psykiska sjukdomar. Traumat kan ge upphov till senare sjukdomsgenombrott, särskilt om det inte bearbetats utan efterlämnat en ökad sårbarhet. Traumat kan också leda till sjukdomsutveckling genom att det blir en ytterligare belastning för en person som sedan tidigare har psykiska problem. Slutligen kan traumat ha en utlösande effekt på en latent psykisk sjukdom eller leda till återfall av en sådan.

Andra psykiatriska tillstånd förekommer ofta samtidigt med PTSD t ex paniktillstånd, depression, fobier, somatiseringssyndrom och alkohol- och narkotikamissbruk. Senare tids forskning har visat att svåra traumatiska upplevelser under barndomen kan leda till djupgående störningar i personligheten, ätstörningar och uttalad självdestruktivitet.

9 VÅLDSOFFER

Det har länge varit känt att människor som utsätts för livshotande och/eller integritetskränkande händelser löper stor risk att få allvarliga psykiska problem. Idén om att stress utlöst av extrema händelser skulle kunna leda till psykisk sjukdom emanerar från 1800-talets slut bl a med Sigmund Freuds ursprungliga teori om traumatiska händelsers betydelse för uppkomsten av hysteri. Nyvunna kunskaper och insikter har emellertid gång på gång under det senaste århundradet gått förlorad, sannolikt p g a att omgivningen förnekat eller inte velat lyssna på våldsoffrens skrämmande och ångestväckande berättelser. Den kunskap och det vetenskapliga underlag som idag finns inom traumaområdet skulle sannolikt inte ha funnits om den inte drivits fram av politiska rörelser utgående från traumatiserade människors rop på hjälp, nämligen Vietnamrörelsen och den feministiska rörelsen på 1960-1970-talen. Stora grupper av människor, som drabbats av våld krävde då att bli hörda och få hjälp med sina problem. Det är också först under de senaste decennierna som den faktiska utbredningen av t ex våld och sexuella övergrepp inom familjen börjat kartläggas.

Det finns i Sverige många offer för våld; unga män (gatuvåld), kvinnor och barn (misshandel och sexuella övergrepp), invandrare (krigsupplevelser och tortyr), äldre (misshandel och rån) samt yrkesarbetande (arbetsrelaterat våld). I detta avsnitt belyses särskilt några av dessa grupper.

Barnmisshandel och sexuella övergrepp

Typiska fysiska tecken på barnmisshandel brukar vara blåmärken efter slag, bränmärken och frakturer i långa rörben eller skalle. En form av misshandel, som uppmärksammats under senare år är "shaken baby syndrome", vilket ger blödningar i hjärna och ögon och risk för hjärnskada. Det s k "Münchausen by proxy" är en annan form av misshandel, där föräldern söker sjukvården för någon påstådd sjukdom hos barnet, men där föräldern själv har åstadkommit symptomen på sjukdomen. En ytterligare form av våld mot barn som har uppmärksammats under senare år, är där föräldern, oftast modern, försöker kväva barnet med en kudde. Man har uppskattat att kanske 10 % av alla fall med plötslig spädbarnsdöd skulle kunna vara sådana fall.

Fysisk misshandel har inte bara omedelbara fysiska konsekvenser utan påverkar också både det fysiska och psykiska tillståndet på längre sikt. Misshandel och vanvård av barn brukar ofta hänga samman. Långvarig vanvård kan leda till undernäring och avstannad utveckling. Även känslomässiga och beteendemässiga problem och störningar kan vara en konsekvens av misshandel och vanvård. Det är inte alltid lika lätt att identifiera symptom på psykisk misshandel. Om barn inte får trygghet och omvårdnad leder det till en osäker anknytning till närstående vuxna, vilket i sin tur påverkar relationerna till andra vuxna. De kan undvika personer som för-

söker vara vänliga och svarar med ilska och aversion gentemot jämnåriga. Barn som misshandlats kan också bli våldsamma mot t ex personal på dagis. Skolbarn som misshandlas har en ökad tendens att utveckla depressioner eller aggressioner.

Risk för misshandel och vanvård föreligger om föräldrarna av olika anledningar har dålig förmåga att sköta barnet. Mödrar som växt upp på institution har t ex inte haft möjlighet att lära sig genom observation. Likaså kan utvecklingsstörda och personlighetsstörda föräldrar ha sådana svårigheter. Omogna mödrar kan ha svårigheter att på adekvat sätt hantera små barn på grund av att de har alltför höga förväntningar på sitt barns förmåga. Mödrar med depression under barnets första levnadsår har ofta inte förmåga att uppmärksamma och ge barnet adekvat omvårdnad. Alkohol- och drogmissbrukande föräldrar löper risk att vanvårda och misshandla barnet. Hög stress p g a dålig ekonomi, svåra livshändelser och dåligt socialt nätverk är en annan riskfaktor.

Vissa karakteristika hos barnet kan också öka risken för att det skall utsättas för misshandel. Barn med låg födelsevikt, irritabilitet och skrikighet, ofta p g a neurologiska skador löper ökad risk att bli misshandlade. Trotsighet och bråkighet hos äldre barn är en ytterligare riskfaktor. Barn med kroniska sjukdomar, mentala och fysiska handikapp ställer stora och påfrestande krav på sina föräldrar, vilket kan leda till misshandel. Mödra- och barnhälsovården har en viktig roll, då det gäller att förebygga barnmisshandel.

Barn som har krigsupplevelser reagerar i likhet med barn som misshandlats i princip på två olika sätt. Det ena är, att barnet reagerar känslomässigt med ökad ångest och depression. Det andra är att barnet, framför allt pojkar, blir våldsamt. Sexuella övergrepp mot barn brukar definieras som "sexuell kontakt mellan en vuxen och ett sexuellt omoget barn där avsikten för den vuxne är sexuell njutning eller där den sexuella kontakten med barnet utövas med våld eller hot eller där barnet är inkapabelt att ge sitt medgivande p g a ålder, maktförhållande eller beroende till den vuxne". Detta betyder att sexuella övergrepp mot barn innefattar allt från våldtäkt till sexuellt utnyttjande och ofredande.

Barn i alla åldrar kan utsättas för sexuella övergrepp, men vanligast är att det första övergreppet sker i åldern 8-12 år. Möjligen sker första övergreppet mot pojkar tidigare. De flesta förövare är män, men man uppskattar att 5-15 % av de sexuella övergreppen utförs av kvinnor, ofta tillsammans med män. De sexuella övergrepp som kommer till vårdens kännedom har oftast skett inom familjen. Här är fäder och styvfäder överrepresenterade. Att syskon förgriper sig på varandra är relativt ovanligt. Övergrepp som sker utanför familjen brukar göras av grannar, vänner till familjen, kamrater, lärare, fritidsledare eller barnvakter. Flickor utnyttjas vanligen inom familjen, medan pojkar oftare brukar utnyttjas av främlingar.

De samband man har sett mellan låg socioekonomisk status och barnmisshandel föreligger inte lika uttalat då det gäller sexuella övergrepp. Övergrepp mot flickor förekommer i lika utsträckning i alla socialgrupper. Däremot finns en ökad före-

komst av övergrepp mot pojkar i lägre socialgrupper. Sexuella övergrepp och miss-handel tycks sällan förekomma samtidigt.

En effekt av sexuellt utnyttjande av barn kan vara hypersexuell aktivitet hos barnet som då kan ta initiativ till sexuella kontakter med både barn och vuxna men även utföra intensiv masturbation offentligt. Pojkar som utsätts för homosexuella övergrepp blir förvirrade och ängsliga över sin egen sexuella identitet. Det finns rapporter om en ökad förekomst av homosexualitet hos dessa pojkar senare i livet. Skuld känslor och känsla av att själv ha framkallat övergreppet är andra effekter, som man kan se efter sexuellt utnyttjande. Nedstämdhet, ofta kombinerad med ilska, är vanligt förekommande. Offren uttrycker ofta hjälplöshet och hopplöshet, men även andra depressionssymptom kan förekomma. Själv-mordshandlingar är vanligt förekommande.

Pojkar som har utsatts för sexuella övergrepp utvecklar vanligen aggressivt beteende, som kan ta sig uttryck i mobbning, utagerande och kriminalitet. Flickor utvecklar ofta ett självskadande beteende. De kan t ex bränna sig med cigaretter eller skära sig på underarmarna eller bli anorektiker.

Ålder, typ av övergrepp, hur länge övergreppen pågått, förekomst av våld och hot är faktorer som påverkar prognosen för barnet. Det är mycket viktigt att föräldrarna, efter att övergreppet har skett, kan skydda och stödja barnet. Det är dock ovanligt att barn som utsatts för sexuella övergrepp inom familjen kan fortsätta att bo i sin ursprungsfamilj. Fosterhemsplacering för att skydda barnet är vanligt förekommande. Byten av placering har negativa konsekvenser för den fortsatta utvecklingen.

Mobbning

Trakasserier och mobbning är ett gammalt fenomen och många vuxna har personliga erfarenheter av fenomenet. Det var dock först på 1970-talet som mobbning började studeras mer systematiskt.

Mobbning definieras vanligen som ”då en person återkommande utsätts för att någon eller flera med avsikt försöker skada eller ge obehag”. Man uppskattar att ca 15% av alla skolbarn varit berörda av mobbning antingen som förövare eller som offer. Offren är ofta försiktiga, känsliga och tystlåtna och saknar en riktig vän i klassen. De är inte aggressiva eller provocerande. Förövarna däremot är aggressiva och om de är pojkar är de i regel fysiskt starka. Ofta kan man se att mobbningen är ett delfenomen i ett allmänt beteendemönster, där brott mot normer och asocialt uppförande förekommer.

Det finns rapporter om att mobbning kan utlösa självmord eller självmordsbeteende. Mobbning kan även påverka den framtida psykiska hälsan. Långvarig mobbning ökar risken för depression flera år efter att mobbningen upphört.

Interventioner i skolan har visat sig effektivt kunna minska förekomsten av mobbning. Interventionen skall rikta sig direkt mot beteendet. Skolledningen

uttrycker t ex ”Vi accepterar inte mobbning i vår skola och vi skall se till att den upphör”. Det är också viktigt att få de övriga barnen att aktivt ta avstånd från mobbning t ex genom att man i klasserna sätter upp regler mot mobbning och följer upp dessa med diskussioner.

Kvinnor som offer

Bekantskapsvåld och våld av okänd förövare.

Våld i olika former mot kvinnor är vanligt förekommande. En femtedel av allt våld som polisanmäls är familjevåld. I 90% av fallen är det män som misshandlar kvinnor. Enligt svenska studier som gjorts misshandlas i Sverige årligen drygt 1% av alla kvinnor.

Om våldet sker inom en relation är risken för upprepning stor. I endast en fjärdedel av det våld som polisanmäls, rör det sig om engångsföreteelser. Våldsutvecklingen inom en parrelation kan beskrivas som en process i vilken mannen och kvinnan utvecklar olika strategier för att uppnå bestämda mål. Mannen markerar genom våld sin makt och kontroll över kvinnan medan kvinnan som en ”överlevnadsstrategi” anpassar sig och underkastar sig mannen. Vid upprepat våld kan kvinnan utveckla en form av posttraumatiskt stressyndrom PTSD, som kallas ”Battered Woman Syndrome”. Detta syndrom karakteriseras av ångest, överspändhet, vaksamhet mot varje tecken på aggressivitet hos mannen, nedstämdhet, låg självkänsla, passivitet och hjälplöshetskänsla. Fullt utvecklat leder syndromet ofta till att kvinnan blir socialt isolerad och inte vågar bryta förhållandet p g a skamkänsla, oförmåga att ekonomiskt sörja för sig och sina barn eller av rädsla för att mannen skall hämnas.

Misshandlade kvinnor löper också risk att utveckla andra allvarliga psykiska problem. I många fall har de redan utvecklat sådana när de söker hjälp. I en studie av misshandlade kvinnor hade nästan 2% gjort minst ett självmordsförsök, knappt 40% hade fått diagnosen depression och 30% bedömdes ha ett alkoholmissbruk.

Kvinnomisshandel sker för övrigt ofta i samband med alkoholförtäring. I flera studier har det visat sig att mer än 40% av männen varit alkoholpåverkade vid misshandelstillfället. I en studie på Huddinge sjukhus var nästan hälften av de kvinnor som sökte vård efter misshandel själva alkoholpåverkade och knappt en tredjedel hade missbruksproblem.

Våldtäkt

Sexuella övergrepp är, liksom all misshandel av kvinnor, i stor utsträckning ett dolt fenomen. Benägenheten att polisanmäla händelsen är liten. Detta gäller särskilt misshandel inom parrelationer, då misshandeln ofta avslutas med en våldtäkt (sexualiserat våld). I de fall då kvinnan gör en polisanmälan, underlåter hon ofta att nämna våldtäkten, eftersom hon för att undvika mera våld låter den ske utan att göra fysiskt motstånd.

Överfallsvåldtäkt, d v s våldtäkter där förövaren är okänd för kvinnan rapporteras dock som regel. Man har uppskattat det totala antalet sexuella övergrepp i Sverige till ca 10 000 per år. Ca 200 av dessa beräknas vara överfallsvåldtäkter. Grovt fysiskt våld används i knappt hälften av fallen medan mycket grovt våld där offret svävar i livsfara är sällsynt (2%). I endast 4% av fallen förekommer inget fysiskt våld alls. Våldtäktsbrott inträffar i regel på helger, på kvällar eller nätter och är koncentrerade till sommarhalvåret.

Enligt en svensk undersökning har ca 20% av våldtäktsoffren varit utsatta för sexuella övergrepp tidigare i livet. I undersökningen var 10% var multiproblemoffer, dvs kvinnor med problem av social, interpersonell och psykisk karaktär. Ca 15 % av kvinnorna befann sig i en kaotisk livssituation vid tiden för våldtäkten.

Man kan tala om olika typer av våldtäkt, maktvåldtäkt (1), vredesvåldtäkt (2) och sadistisk våldtäkt (3).

Maktvåldtäkt (1) är den vanligaste formen av våldtäkt. Männen har i dessa fall ett stort behov av att få dominera och äga kvinnan, men är inte ute efter att skada henne. Genom övergreppet kompenserar dessa män sina egna känslor av otillräcklighet. Det kan i dessa fall också röra sig om olika syn hos mannen och kvinnan när det gäller samtycke till samlag, tolkning av sexuella signaler och ibland också kulturella skillnader. Kvinnan har oftast inga synliga bevis på att hon blivit våldtagen eller fysiska skador som kräver medicinsk vård. Kvinnans hjälplöshet och självförebåelser för det inträffade är nyckeltema i en samtalsbehandling. Omgivningens stöd är ofta ambivalent och inte sällan möts den drabbade av en oförstående attityd.

Vredesvåldtäkt (2) förekommer i en fjärdedel av fallen. I allmänhet föregås våldtäkten av att mannen känt sig kränkt, sårad, missförstådd eller orättvist behandlad. Bevisen för våldtäkten är tydliga och kvinnan kan få fysiska skador.

Sadistisk våldtäkt (3) är en ovanlig form och förekommer i högst fem procent av fallen. Vrede och våld har vid dessa övergrepp fått en erotisk innebörd. Mannen finner njutning i att avsiktligt tillfoga skada och känner tillfredsställelse av att uppleva kvinnans smärta, ångest och hjälplöshet. Övergreppet är ofta noga planerat. I extrema fall dödar mannen kvinnan efteråt. I de fall offret överlever behövs ett psykologiskt stöd av annan karaktär än kortvarig konventionell krisbehandling.

De mest framträdande känslorna under och omedelbart efter en våldtäkt är rädsla, chock, förvirring, hjälplöshet och skamkänslor. Efteråt finns rädsla för upprepning, att våldtäkten skall leda till kroppslig skada, graviditet eller venerisk sjukdom (HIV/AIDS) men också en rädsla för hur människor i omgivningen skall reagera. På längre sikt har det visat sig att offren i många fall får allvarliga psykiska problem med depressivitet, ångest och självmordstankar. Vanliga reaktioner är rädsla för ensamhet, rädsla att gå ut efter mörkrets inbrott eller t ex att åka tunnelbana. Vid en femårsuppföljning efter fullbordad våldtäkt uppgav 35% av kvinnorna att de var helt återställda, ungefär lika många ansåg sig vara återställda men att det tagit dem flera år att återfå en psykisk jämvikt. En fjärdedel av de intervjuade kvinnorna

mådde fortfarande psykiskt dåligt och uppgav också försämrad kroppslig hälsa fem år efter händelsen.

Arbetsrelaterat våld

Arbetsrelaterat våld har blivit allt vanligare i Sverige. Vissa yrkesgrupper är mer utsatta än andra. Högriskyrken är väktare, poliser, buss- och tunnelbaneförare, socialarbetare samt numera också hälso- och sjukvårdspersonal. Särskilt utsatta är skötare inom psykiatrin. I en nyligen genomförd intervjuundersökning uppgav var tredje läkare att han/hon någon gång utsatts för någon form av fysiskt våld från en patient. Sju av tio psykiatriker i Sverige har någon gång blivit utsatta för hot och våld i arbetet.

Våld mot personal inom hälso- och sjukvården skiljer sig från våld mot andra yrkesgrupper genom att relationen mellan våldsverkaren och offret är annorlunda. Relationen förutsättes vara uppbyggd på ömsesidigt förtroende. Då en patient utsätter sjukvårdspersonal för hot och våld finns, förutom risk för att vårdgivaren skadas fysiskt också en risk för att behandlingsplaner raseras. Våldet upplevs därför mera personligt och slår inte sällan mot vårdgivarens yrkesstolthet och självkänsla. Inte minst inom psykiatrin har man betraktat våld som en del av patientens problematik, som personalen förväntas kunna hantera. När våld inträffat har det funnits en tendens att bagatellisera händelsen och, vilken varit ännu värre, att söka förklara våldet som ett resultat av provokationer eller svaghet från personalens sida. Efter inträffat våld på en vårdavdelning har ofta avdelningsföreståndaren sökt hjälp för den i personalgruppen som mått psykiskt särskilt dåligt. Denna person har därmed också blivit utpekad som särskilt känslig eller svag.

10 OMHÄNDERTAGANDE AV VÅLDSOFFER

Stödinsatserna måste genomföras i tre steg. Det första steget består i att återskapa tryggheten genom att skydda offret från fortsatt yttre hot och att hjälpa personen återta kontrollen över sina egna reaktioner (inre hot). Steg två består av att rekonstruera våldshändelsen och hjälpa offret att förstå sina reaktioner, vilket är en förutsättning för att offret skall kunna integrera händelsen som en bland andra livshändelser. Det tredje steget innebär en återanpassning till ett "normalt" socialt liv, d v s återgång från isolering till social gemenskap (från offer till överlevande). Dessa tre steg måste genomföras i ovan nämnd ordning. När stödåtgärder misslyckas beror det oftast på att behandlaren 1) för snabbt försöker rekonstruera händelsen utan att säkerheten garanterats eller en grundläggande känsla av inre trygghet byggts upp eller 2) undviker att beröra själva händelsen.

Medicinska och psykologiska åtgärder

De akuta psykologiska stödinsatserna ser olika ut beroende på vad det är för händelse och vilka personer som drabbats. De drabbade kan grovt indelas i fyra kategorier. 1) Enskilda personer för vilka förövaren är okänd, t ex vid gatuvåld, rån eller våldtäkt. 2) Flera personer utsatta för samma våldshändelse så som var fallet i skottdramerna i Falun eller vid Stureplan i Stockholm. Sådana händelser är särskilt resurskrävande vad gäller de psykologiska och sociala stödinsatserna. 3) Bekantskapsvåld. Det stora flertalet våldsoffer, som kommer till sjukhus, tillhör denna kategori. Erfarenhet från omhändertagande av dessa personer visar att man i många fall har att göra med en svår familjevåldsproblematik, där alkoholproblem, relationsproblem och barnmisshandel ofta förekommer. 4) En eller flera personer utsatta för arbetsrelaterat våld.

Medicinska och psykologiska åtgärder till enskilda drabbade personer

De hjälpinsatser som våldsoffer behöver och som måste kunna aktualiseras av, respektive ges inom hälso- och sjukvården har följande målsättningar:

Medicinskt omhändertagande med samtidigt beaktande av psykologiska behov

1. Stimulering av adekvata bemästringsstrategier hos individen och/eller gruppen.
2. Mobilisering av socialt stöd.
3. Tidig upptäckt av riskpersoner.
4. Aktiv uppföljande kontakt, vid behov överföring till annan vårdinstans
5. Psykoterapeutisk/psykiatrisk behandling vid risk för eller utvecklad PTSD.

Medicinskt omhändertagande (1)

Återupprättandet av tryggheten börjar med det omedelbara omhändertagandet. Det är självklart att våldsoffer skall erbjudas kvalificerad somatisk vård. Tyvärr sker det medicinska omhändertagandet inte så sällan på ett psykologiskt sätt, vilket kan

påverka de psykiska reaktionerna i negativ riktning såväl på kort som på lång sikt. I en akutsituation ökar sårbarheten och känsligheten hos den drabbade personen, vilket leder till att personen har större behov än vanligt av att få respekt för det som hänt. Man får inte bagatellisera händelsen eller den oro som den drabbade känner för uppkomna skador eller för ett insjuknande längre fram i tiden.

Den drabbade kan befinna sig i ett chocktillstånd, varför man måste ta sig tid och om möjligt informera den drabbade om vilka undersökningar som skall göras och varför. En förutsättning för ett psykologiskt gott medicinskt omhändertagande är att sjukvårdspersonalen förstår innebörden av den traumatiska händelsen för den drabbade personen. En okänsligt genomförd gynekologisk undersökning av en våldtagen kvinna kan upplevas som en upprepad våldtäkt. Det kan finnas goda skäl att låta en kvinnlig gynekolog undersöka kvinnan om hon så önskar.

Som tidigare nämnts är en stor del av de som skadas vid våldshandlingar, såväl kvinnor som män, alkoholpåverkade då de kommer till sjukhuset. Den stress och oro som ofta råder på akutmottagningar medför att dessa avdelningar inte är den bästa miljön för att i det akuta skedet diskutera och försöka lösa patientens sociala problem. Rutinen på många sjukhus har därför blivit att såväl misshandlade kvinnor som män läggs in på sjukhuset, även om inte den fysiska skadan i sig motiverar inläggning. I ett senare skede, när alkoholruset gått över, analyseras patientens problem och behov och en behandlingsplan upprättas. Kurator, alkoholvård och socialvård kopplas in och kontakter etableras innan patienten lämnar sjukhuset. Många kvinnor som misshandlats befinner sig i en situation där de behöver akut social hjälp och skydd för att inte misshandeln skall upprepas. Ofta tas i dessa sammanhang kontakt med kvinnojourerna, en verksamhet som startade i slutet på 70-talet och som sedan gradvis utvecklats. År 1993 tog kvinnojourerna emot över 1600 kvinnor som fick tillfällig bostad och skydd till dess den sociala situationen ordnats. På storstadssjukhusens akutmottagningar har särskilda grupper skapats och handlingsprogram för omhändertagande av misshandlade kvinnor utarbetats. Sedan 1995 finns vid Akademiska sjukhuset i Uppsala ett nationellt centrum för misshandlade kvinnor (Rikskvinnocentrum), som utöver klinisk verksamhet också bedriver utbildning och forskning. På de mindre landsortslasarettan är antalet våldsoffer betydligt mindre och handläggningen kan ofta ske inom ramen för de ordinarie resurser som sjukhuset har.

Även för personer som är till synes oskadade, är det av stor vikt att de också undersöks medicinskt. Den kroppsliga undersökningen är betydelsefull av flera skäl. Undersökningen utgör ett led i omhändertagandet och för den drabbade personen ett bevis för att man ser allvarligt på det inträffade. Kroppskontakt kan dessutom ha en lugnande inverkan på en chockad och uppriven person. Slutligen behövs ett rättsmedicinskt utlåtande av rättsliga och försäkringstekniska skäl. Tyvärr inträffar det alltför ofta att den medicinska undersökningen inte görs på ett professionellt sätt, inte minst då det är sjukvårdspersonal som utsatts för våld.

Stimulera adekvata bemästringsstrategier (krishjälp/krisstöd)(2)

De människor som just tappat fotfästet och för vilka tryggheten i tillvaron rasat behöver initialt andra goda människor som kan ta emot dem, respektera och acceptera deras reaktioner och erbjuda stöd. Denna typ av hjälp kallas oftast krishjälp. Krishjälp är inte en behandling utan ett medmänskligt gott bemötande. Detta bemötande måste kunna ges av all personal som möter våldsoffer oavsett om det sker på en olycksplats, en polisstation, en social servicecentral, en akutmottagning eller en vårdcentral.

Trygghetskapande åtgärder

Den drabbade måste ges möjlighet att i egen takt få prata om det inträffade. Egna resurser måste uppmuntras och det sociala nätverket mobiliseras. Den drabbade behöver också få lugnande förklaringar till de reaktioner han/hon känner men också om reaktioner såväl kroppsliga som psykiska, som kan förväntas komma inom de närmaste dygnet (anteciperande rådgivning). Reaktionerna och bemästringsstrategierna kan se olika ut hos olika personer och måste respekteras. Barn använder sig ofta av lek i sin bearbetning av en svår händelse.

En skriftlig information om förväntade reaktioner kan vara till god hjälp för såväl den drabbade som dennes anhöriga.

Mobilisering av socialt stöd (3)

Om möjligt bör det fortsatta stödet i så stor utsträckning som möjligt komma från den drabbades närmiljö. Det sociala nätverket bör så snabbt som möjligt aktiveras så att den drabbade får sitt huvudsakliga stöd från familjen/vänkretsen, arbetskollor, företagshälsovård och primärvård i nämnd ordning. När det gäller våldsoffer rekommenderas kontakt med brottsoffer- och/eller kvinnojourer. Stödgrupper i form av drabbade- eller anhörigrupper kan också vara av värde. Huruvida dessa stödinsatser är tillräckliga eller om professionell hjälp i tidigt skede bör sättas in beror på traumats svårighetsgrad, offrens egna resurser samt tillgången till välfungerande socialt nätverk.

Vid vissa typer av våld bör man alltid erbjuda professionell bedömning och behandling. Detta gäller exempelvis vid familjevåld, gisslantagning och för kvinnor och barn som utsatts för sexuella övergrepp. På de större sjukhusen behöver det därför finnas personal med specialkunskap för att tillgodose det akuta omhändertagandet av dessa våldsoffer och ansvara för att långsiktig uppföljning vid behov kommer till stånd. I Kvinnovaldskommisionens slutbetänkande (SOU, 1995:60) finns förslag på hur omhändertagandet av kvinnor och barn utsatta för våld skulle kunna förbättras.

Riskbedömning då det gäller utveckling av allvarlig psykiatrisk problematik (4)

Som tidigare nämnts finns det ett flertal riskfaktorer för utveckling av PTSD utöver själva allvaret i händelsen. Mycket starka reaktioner eller inga som helst reaktioner

i anslutning till händelsen är observanda. Personrelaterade riskfaktorer är den drabbades ålder, där barn är särskilt i riskzonen, stresstolerans och bemästringsförmåga, eventuella tidigare obearbetade traumatiska upplevelser samt psykisk skörhet av andra skäl. Slutligen spelar omgivningens reaktioner, såväl inom den egna familje- och vänkretsen som inom samhällets hjälpinsatser, en stor roll. Ett okänsligt och oförstående bemötande eller utebliven krishjälpsinsats kan förvärra reaktionerna, försvåra läkningsprocessen och bli den faktor som leder till att personen inte förmår resa sig på egen hand ("sekundär traumatisering").

Uppföljande kontakt (5)

En del personer kan i omedelbar anslutning till händelsen förefalla samlade och inte anse sig vara i behov av fortsatt stöd. Erfarenheten har visat, att det föreligger stor risk att dessa personer inte själva söker hjälp. Det är därför viktigt att den drabbade alltid får återbesöksstid för uppföljning. Detta är också viktigt för att möjliggöra tidig upptäckt av allvarigare psykiatrisk problematik.

Krisintervention

Vid hot- och våldssituationer räcker det i allmänhet inte med enbart krishjälpsinsatser utan det krävs ytterligare insatser. Den som varit utsatt för allvarligt hot till livet behöver få hjälp att förstå vad som hänt och hur detta hänger samman med hans/hennes reaktioner. Behandlingen fokuseras på händelsen, upplevelserna och reaktionerna på dem. Syftet är att den drabbade personen skall övergå från att vara offer och drabbad till att se sig själv som överlevande. Kontakten behöver pågå under relativt lång tid, åtminstone 2 - 3 månader efter händelsen. Krisintervention kan bedrivas av läkare, kuratorer, socialsekreterare och psykologer under förutsättning att de har utbildning för detta. Utbildningsbehoven inom hälso- och sjukvården är stora när det gäller omhändertagande av människor som varit utsatta för extrema händelser. Förutsättningarna för ett adekvat omhändertagande inom företagshälsovård, på akutmottagningar och vårdcentraler är hög professionalitet hos vårdgivarna. Sådan professionalitet förutsätter inte enbart medicinska kunskaper utan i lika hög grad psykologiska.

Psykoterapeutisk behandling av posttraumatisk stressstörning (6)

Om det föreligger risk för utveckling av PTSD alternativt om PTSD eller annat psykiatriskt tillstånd redan utvecklats skall den drabbade erbjudas psykoterapeutisk och/eller psykiatrisk hjälp. Kompetens att behandla människor med PTSD bör finnas på psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Kunskapen, inte minst ny sådan, när det gäller behandling av traumatiserade människor är otillräcklig även hos erfarna psykoterapeuter. Det behövs specialinriktade utbildningar för terapeuter, som skall arbeta med långsiktig psykoterapeutisk behandling av svårt traumatiserade människor.

Behandling av andra psykiatriska tillstånd

Vid omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom, alkohol- eller annat missbruk måste man också ta hänsyn till dessa tillstånd. Konventionella stödinsatser av kriskaraktär är otillräckliga. Det finns emellertid också en stor risk, att man inte tar hänsyn till traumat utan koncentrerar sig på det man betraktar som den huvudsakliga psykiatriska åkomman exempelvis alkoholmissbruket. Personens psykiska tillstånd kan då på sikt förvärras och möjligheterna till hjälp reduceras bland annat på grund av att tilliten till sjukvården ytterligare försämrats.

Beredskap inför och psykologiskt stöd vid våld som drabbar flera personer samtidigt

Stora olyckor och våldshändelser ställer speciella krav på hälso- och sjukvården såväl då det gäller medicinska insatser som den psykologiska och sociala hjälpen. En större våldshändelse påverkar utöver offren ett stort antal personer i de drabbades omgivning, av vilka många söker sig till det sjukhus dit offren förts. Allmänhetens behov av information måste tillgodoses, vilket ställer stora krav på samverkan mellan polis, socialvård och hälso- och sjukvård. Stressbelastningen på hälso- och sjukvårdens personal förstärks oftast av att våldshändelser av denna karaktär är av stort massmedialt intresse. De personella resurser som kan behöva tas i anspråk för de psykologiska och sociala insatserna är omfattande. Kompetensen för detta finns utspridd på olika kliniker och organisationer inom och utanför sjukhusen. För att kunna svara mot de psykologiska hjälpbehoven finns det därför idag på flertalet akutsjukhus i Sverige särskilda psykologisk/psykiatriska katastrofledningsgrupper (PKL-grupper), vars viktigaste funktion är att leda och organisera stödinsatserna och ansvara för att offer, anhöriga och andra drabbade samt berörd hälso- och sjukvårdspersonal får nödvändigt psykologiskt stöd.

Beredskap inför och psykologiskt stöd vid arbetsrelaterat våld (hälso- och sjukvårdspersonal)

Insatserna när det gäller omhändertagande av sjukvårdspersonal som utsatts för hot och våld liknar i många stycken omhändertagandet av andra våldsoffer. Det finns dock grundläggande väsentliga skillnader, som gör det möjligt att i större omfattning förebygga negativa långtidseffekter. Sjukvårdspersonal är utbildad för att klara extrema situationer och har i allmänhet erfarenhet av att ta hand om såväl svårt skadade som aggressiva människor. Att arbeta i vårdlag ger trygghet vid utsatthet men också möjlighet att dela svåra upplevelser efteråt. Om emellertid personalen själv kommer till skada eller utsätts för hot och våld, finns det en risk att händelsen blir traumatisk såväl för enskilda personer som för hela arbetsgruppen. Vid uteblivet psykologiskt stöd finns risk för långtidssjukskrivningar, försämrad arbetsmoral och utveckling av konflikter inom arbetsgruppen.

En krismottagning kontaktades av en avdelningsföreståndare som önskade få hjälp med en sjuksköterska som blivit nedslagen av en patient och som därefter mått psykiskt dåligt. Det framgick att flera personer i personalgruppen mådde dåligt varför samtliga berörda erbjöds delta i en psykologisk genomgång. 16 personer kom till mötet. Det visade sig att man under det senaste halvåret hade haft ett tiotal allvarliga våldstillbud på avdelningen. Man hade försökt få klinikledningen att vidta åtgärder men inte fått gehör för sina synpunkter. Flera i arbetsgruppen hade bytt arbetsplats och flera var på väg att säga upp sig. Den patient som slagit till sköterskan hade varit aggressiv och hotfull mot såväl personal som medpatienter under en veckas tid. Personalen hade begärt att patienten skulle flyttas till en låst avdelning, men den ansvarige läkaren ansåg inte att detta var nödvändigt.

På arbetsplatser med mycket hot och våld befinner sig läkare liksom andra personalkategorier i riskzonen för att utveckla psykiska problem på sikt. Läkare är inte mer utsatta än andra personalgrupper, men en särskild riskfaktor för läkare är deras benägenhet att förneka eller bagatellisera inträffat hot och våld. Läkare har framför allt svårt att inse, att de liksom övrig personal kan vara i behov av psykologiskt stöd. Detta kan ta sig uttryck i att de ser till att den drabbade personalgruppen får stöd t ex genom psykologisk genomgång (debriefing), men att de själva inte deltar under förevändning att de för egen del inte har något behov av det. Läkare har dessutom, i motsats till sjuksköterskor och undersköterskor, svårt att använda sig av kollegialt stöd sannolikt på grund av osäkerhet och egna förväntningar av att kunna klara allt själv.

På arbetsplatser med risk för hot och våld måste det finnas en i förväg uppgjord handlingsplan, som innehåller åtgärder för att minimera både kroppsliga och psykiska skador vid inträffat våld. Det effektivaste sättet att förebygga psykisk ohälsa i en arbetsgrupp är att så långt möjligt förhindra våld. Personalen bör erbjudas utbildning för att bättre kunna bedöma hotsituationer och undvika åtgärder som är våldsprovocerande. Det kan också vara värdefullt att få genomgå utbildning i konflikthantering och självförsvar. Härutöver behöver personalen få kunskap om hur man reagerar under och efter extrema händelser och allvarligt hot till livet. Beredskapen kan ytterligare förbättras genom återkommande övningar varvid handlingsplanen och larmsystem testas.

Handlingsplanen måste vara förankrad inom hela organisationen och alla i personalen måste vara väl förtrogna med planens innehåll. Stödinsatser som följer en på förhand uppgjord handlingsplan reducerar risken för att enskilda personer känner sig utpekade och kan möjliggöra att stödinsatser också når personer som annars skulle avböjt hjälp.

Åtgärder enligt handlingsplanen måste komma i gång, då personal varit hotad till livet men kan också vara nödvändiga, då sjukvårdspersonal deltagit i räddnings- eller sjukvårdsarbete efter våldshändelser.

Den eller de som utsatts för våld måste genast få hjälp genom såväl medicinskt

som psykologiskt omhändertagande. Våldsoffer får inte lämnas ensamma de första timmarna efter händelsen. Någon bör kontakta anhöriga, som kan komma till avdelningen och följa den drabbade hem. Ingen bör skickas hem till en tom lägenhet.

Arbetslaget behöver samlas så snabbt som möjligt efter händelsen för gemensam information och viss psykologisk avlastning. Vid mindre allvarliga händelser kan en bearbetning av det inträffade ske genom kamratstöd och arbetsledarinsatser. För personal som har ett riskfyllt arbete t ex poliser, brandmän och lokförare har man på olika håll i landet lagt upp särskilda stödprogram. Inom Stockholms brandförsvaret har man utbildat stödpersoner och formaliserat "kamratstödet". Liknande åtgärdsprogram finns på några sjukhus.

Vid händelser som inbegriper stora hjälpinsatser respektive då personal själva hotats till livet eller skadats bör utöver arbetsledarinsatser och kamratstöd en särskild psykologisk genomgång (psykologisk debriefing) erbjudas. En psykologisk genomgång är ett gruppmöte, där drabbad personal ges möjlighet att tanke- och känslomässigt bearbeta sina upplevelser. Syftet är att förhindra onödiga psykiska efterverkningar, utpekande och syndabockstänkande, normalisera reaktionerna, stärka gruppsammanhållningen samt erbjuda och säkerställa individuellt stöd till personer som varit särskilt utsatta eller uppvisat starka psykiska reaktioner. En första psykologisk genomgång bör ske något eller ett par dygn efter avslutad arbetsinsats eller våldsepisod. Det kan finnas behov av ytterligare en eller flera uppföljande psykologiska genomgångar.

På varje sjukhus och inom företagshälsovården bör det finnas personer med kompetens att leda psykologiska genomgångar. Dessa personer bör också kunna anlitas av arbetsledningen som rådgivare i anslutning till extremhändelser och som gruppleddare vid uppföljande möten samt för individuella stödsamtal.

Ett gott omhändertagande förutsätter en ansvarstagande arbetsledning, ett accepterande arbetsklimat och en flexibel organisation. Drabbad personal måste få möjlighet att frikopplas från ordinarie arbetsuppgifter under det första dygnet. Några personer kan behöva några dygns ledighet alternativt få andra arbetsuppgifter under en kortare period. En grundregel är dock att personal som utsatts för våld så snabbt som möjligt bör återgå i ordinarie arbete, något som de flesta också önskar, eftersom arbetskamraterna i allmänhet utgör det bästa stödet. En erfarenhet är, att lång sjukskrivning ökar risken för att den drabbade personen aldrig kommer att återgå i tjänst. Denna risk kan dock minska genom att arbetsledare och kollegor upprätthåller kontakten med den drabbade under sjukskrivningsperioden .

En psykiatrisk akutmottagning hade sedan en tid upprättat en åtgärdsplan vid inträffat våld. En krismottagning kontaktades sedan akutmottagningen varit med om ett allvarligt våldstillbud. En narkotikapåverkad kvinna hade plötsligt tagit fram en kniv som hon riktat mot en mentalsköterska. Den ansvariga sjuksköterskan kallade på väktare och varnade intilliggande avdelning, men en annan sköterska uppfattade inte varningen utan kom in

på mottagningen. Den ansvariga sjuksköterskan såg hur patienten gick mot sköterskan med kniven. I sista stund hann hon varna sköterskan som lyckades låsa in sig på en toalett. Polis tillkallades och lyckades avvärja kvinnan. Avdelningsföreståndaren samlade hela personalgruppen till ett möte. En sjuksköterska tog på sig uppgiften att vara kamratstödare till den sköterska som mådde sämst. Hon följde med sköterskan hem och sov över hos henne första natten. Dagen därpå träffades all berörd personal för en psykologisk genomgång, vilken följdes upp med ytterligare en genomgång. Slutligen erhöll sköterskan individuell krisintervention på krismottagningen. Kontakten kunde avslutas efter fyra veckor. Sköterskan fick under några veckor gå vid sidan om annan personal innan hon återtog sin ordinarie tjänst. Då samtalskontakten avslutades var sköterskan i det närmaste återställd.

I Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling "Våld och hot i arbetsmiljön", AFS 1993:2 finns förslag på ytterligare konkreta åtgärder, utöver de rent psykologiska, som kan vidtas i anslutning till en våldshändelse.

11 UTBILDNING OCH FORSKNING

Regeringen har i 1996 års forskningsproposition (prop 1996/97:5) slagit fast att brottslighet skall förebyggas och bekämpas genom en human och rationell kriminalpolitik grundad på kunskap om brottsligheten. Kampen mot våldsbrott, narkotikabrott och ekonomisk brottslighet skall prioriteras och brottsoffrens ställning stärkas.

Forskningsverksamheten inom rättsväsendet bör därför prioritera samma områden som kriminalpolitiken i stort. I det nationella brottsförebyggande programmet pekas på väsentliga forskningsområden, t ex att minska brottsaktiviteten hos de ständigt återfallande brottslingarna.

Den av regering och riksdag fastställda forskningsinriktningen för perioden 1996-1999 omfattar även medicinsk forskning som kan bidra till minskad brottslighet. Grunden för all förebyggande verksamhet är kunskaper om problemets orsaker. När det gäller våldsbrottslighet kan orsakerna i första hand sökas i makro- och mikrosociologiska bakgrundsfaktorer. Detta är emellertid inget hinder för att inte också forska kring medicinskt-biologiska förhållanden och att för avgränsade grupper pröva medicinsk metodik för att minska brottsbenägenheten.

Forskningsanlagen för kriminalpolitisk forskning är mycket begränsade. Sedan flera år har t ex Medicinska forskningsrådet inte givit några anslag för rättspsykiatrisk forskning. Inom rättspsykiatrin finns en enda fakultetsprofessur och denna är knuten till ett centrum för forskning kring diagnostisk rättspsykiatri. Det saknas också central samordning av forskningen.

En professur med inriktning på behandlande rättspsykiatri behöver inrättas som ett komplement till den befintliga professuren då det saknas psykiatrisk enhet i landet som bedriver behandlingsforskning på akademisk nivå. Denna akademiska enhet bör ha en klinisk koppling till en enhet som bedriver rättspsykiatrisk vård i större skala integrerat med allmänpsykiatri och alkohol- och narkotikavård. Enheten bör också samarbeta med institutioner för medellånga vårdutbildningar och forskningssamverka på magister- och doktorsnivå med dessa enheter.

Det behövs även ett integrerat samarbete på akademisk nivå omkring metodutveckling och behandlingsarbete mellan den sociologiskt orienterade kriminalvården och den medicinska professionen. Vidare krävs en förstärkning av den medicinska forskningen kring orsaker till våld, behandling av våldsbrottslingar och bedömning av farlighet.

Antalet läkare inom specialiteten rättspsykiatri är få i Sverige. På regionvårdsenheterna är läkartätheten låg och flertalet läkare inom verksamheten saknar rättspsykiatrisk specialistkompetens. Det är också näst intill omöjlig att skaffa sig specialistkompetens på grund av att anställningsutrymme för specialiseringstjänstgöring saknas på regionvårdsenheterna. Detta har lett till en hög medelålder bland rättspsykiaterna. En tillräckligt omfattande specialistutbildning måste snarast komma till stånd snarast.

Regeringen har som angetts också deklarerat att forskning rörande brottsoffren är mycket angelägen. Liksom när det gäller det brottspreventiva området bör forskningen ske inom flera områden såsom kriminologi, sociologi, juridik och framför allt inom medicin och psykologi.

För brottsoffer med medicinska skador är ofta hälso- och sjukvården den första instans de kommer i kontakt med. Forskning rörande såväl det somatiska som psykologiska omhändertagandet av dessa patienter och deras anhöriga är mycket angelägen, liksom de kort- och långsiktiga konsekvenserna av våldet för brottsoffren. Särskilt viktigt är att undersöka hur våld påverkar barns utveckling. Det föreligger också ett stort behov av forskning rörande effekter av olika preventiva insatser och av olika behandlingsstrategier såväl för barn som vuxna. Exempel på metoder som behöver granskas vetenskapligt är olika psykoterapeutiska behandlingsstrategier vid PTSD liksom värdet av olika stödinsatser för personal vid arbetsrelaterat våld.

En förutsättning för ett förbättrat omhändertagande av våldsoffren är ökad kunskap på olika nivå om traumatisk stress och därmed också om nödvändiga hjälpinsatser. På mottagningar och avdelningar där människor utsatta för våld söker hjälp måste personalen ha särskild utbildning i omhändertagande av våldsoffer.

På enheter där risken är hög för att utsättas för hot och våld måste personalen få utbildning i konflikthantering, självförsvar och farlighetsbedömning liksom om psykologiska reaktioner på traumatiska händelser. Arbetsledare behöver härutöver ha särskild utbildning om hur man reducerar risken för våld och om olika stödinsatser till drabbad personal.

12 SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER

Läkarförbundet anser

- *att hälso- och sjukvården kan bidra till att minska antalet våldsbenägna individer i samhället*

Under barnåren är intellektuell och känslomässig stimulans viktig. Åtgärder för att förbättra föräldra-barnrelationer i problemfamiljer bör göras under de första fem levnadsåren om de skall ha långsiktiga effekter på barnets sociala beteenden och förhindra brottslighet. Här har bl a barnpsykiatrin en viktig uppgift.

När det gäller etablerade brottslingar talar data för att beteendeterapeutiska insatser, träning av kognitiva problemlösningstrategier, social kompetensutveckling och familjeterapeutiska interventioner är mest effektiva.

Vissa psykossjuka, främst patienter med schizofreni, vanföreställningssyndrom och bipolar affektiv sjukdom har en betydligt förhöjd frekvens av våld och aggressivt beteende. Avinstitutionaliseringen har lett till att dessa patienter nu finns ute i samhället. Indragningen av kostnadsfria läkemedel har ibland också lett till att de inte längre får en adekvat medicinerings. Kraftfull behandling av dessa patienter under akuta episoder av sjukdomen, liksom insatser för att förhindra olika former av missbruk är mycket viktigt för att förebygga våld.

- *att särskilda riktade insatser skall göras för barn med utagerande beteenden och ungdomar med våldsbenägenhet*

Sådana särskilda insatser måste bygga på noggrann identifiering av målgruppen för åtgärderna och användning av behandlingsprogram som utifrån forskningens nuvarande ståndpunkt har chans att ge resultat. Insatserna förutsätter ett intensivt samarbete mellan i första hand barnpsykiatri, socialtjänst och skola, men också andra relevanta instanser skall kunna involveras utan hinder av professionsgränser eller särregler. Det är dock viktigt att definiera var huvudansvaret för insatserna skall ligga.

- *att särskilda utbildningsinsatser rörande alkohol- och annan drogkonsumtion bör riktas till alla inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med våldsoffer eller gärningsmän*

Alkohol är den drog som oftast förekommer vid våldsbrott. Det uppskattas att 70-80 % av gärningsmännen och 40-50 % av offren är alkoholpåverkade vid brottstillfället. Även illegala droger av typ centralstimulantia och vissa läkemedel kan ge aggressivitet som en biverkan. Hälso- och sjukvården har möjlighet att på ett tidigt stadium identifiera missbruk hos en patient genom en noggrann alkohol- och droganamnes. Insatser tidigt under missbrukskarriären har utsikter att ge bra resultat ibland bara genom enkel rådgivning från den behandlande läkaren. Särskilda

utbildningsinsatser då det gäller tidig diagnostik och behandling av alkoholöverkonsumtion och annat drogmissbruk bör i första hand riktas till personal vid akutmottagningar, inom primärvård och allmänpsykiatri.

- *att vården av våldsbenägna psykiskt sjuka individer såväl inom kriminalvården som inom psykiatrin behöver förstärkas*

De flesta brottslingar som döms till rättspsykiatrisk vård har begått vålds- eller sexualbrott. Bara en tredjedel av de dömda finns på speciella rättspsykiatriska enheter. Övriga dömda vårdas inom den allmänna psykiatrin.

Det är inte brottets art som avgör var patienten skall vårdas. I en nyligen genomförd kartläggning fanns fler psykiskt sjuka personer dömda för mord eller dråp på vanliga psykiatriska avdelningar än på specialenheterna. Det har också visats att det begås fler brott under vårdtiden av dömda som vårdas inom den vanliga psykiatrin än av dem som vårdas inom specialenheterna. Specialutbildad personal behövs för att ge bästa möjliga förutsättningar för de dömdas rehabilitering och för samhällets behov av skydd. Antalet läkare med specialistkompetens i rättspsykiatri måste öka och ST-anställningar måste komma till.

Dömda som vårdas på vanliga psykiatriska avdelningar tränger på platsbrist ibland ut andra patienter med behov av psykiatrisk vård. Patienter som ålagts särskild utskrivningsprövning, SUP, kan också av domstol beordras kvarstanna inom psykiatrin, även om de är medicinskt färdigbehandlade. Mot denna bakgrund bör staten ta över landstingets kostnader för utredning och behandling av psykiskt sjuka brottslingar som dömts till psykiatrisk vård med SUP.

- *att det statistiska underlaget för våldsbrottslighetens omfattning och orsaker måste förbättras*

En förbättrad statistik löser inte våldsproblemen i samhället. En relevant statistik är emellertid viktig för att inte våldsproblemen eller resursbehoven skall underskattas. De anmälda våldsbrotten utgör bara en del av den verkliga våldsbrottsligheten. Tillförlitligheten i statistiken varierar beroende på vilken typ av brott som registreras. För vissa brott t ex mord, dråp och dödsmisshandel liksom butiksrån är tillförlitligheten god. För andra brott som kvinnomisshandel, barnmisshandel, sexuella övergrepp inom familjen liksom för våld bland socialt utslagna är statistiken mindre tillförlitlig. Generellt sett anmäls grövre våldsbrott oftare än lindriga, våld mellan obekanta oftare än mellan bekanta och våld på allmän plats oftare än våld i det privata.

Hälso- och sjukvården kan genom en fortlöpande skaderegistrering på ett effektivt sätt bidra till förbättrad kunskap både om våldets orsaker och våldets effekter för offren.

- *att allmänheten bör få en omfattande information om våldsbrotten och deras orsaker*

I en enkätundersökning som gjordes 1996 ansåg åtta av tio att våldet i samhället är ett stort problem. En stor majoritet ansåg att alkoholpåverkan har stor betydelse för våldet i samhället. Praktiskt taget ingen ansåg emellertid att de själva blev aggressiva av alkohol. Däremot ansågs andras alkoholkonsumtion innebära risker.

Oron för att utsättas för våld varierar i olika befolkningsgrupper. Äldre är räddare än yngre, kvinnor räddare än män och folk i storstäder är räddare än de som bor på landet. Bland yngre män är rädslan för att utsättas för våld bara en tiondel så hög som den faktiska risken.

Det är viktigt att kunskapen om våldet i samhället blir känd och uppmärksam. Det våldsförebyggande arbetet måste bygga på bred kunskap om våldets omfattning och orsaker. Bland dem som i första hand skall informeras är föräldrar så att de kan bli goda förebilder för sina barn.

- *att den medicinska forskningen om våldets orsaker och effekterna av olika vård- och behandlingsåtgärder behöver ökade resurser*

Även om orsakerna till våldsbrottsligheten i första hand kan sökas i makro- och mikrosociologiska bakgrundsfaktorer finns även medicinskt-biologiska förhållanden att ta hänsyn till. Det handlar om medicinsk-biologiska orsaker till våld, men också om forskning runt effekterna av medicinska behandlingsinsatser för utvalda grupper av våldsvverkare.

Den befintliga fakultetsprofessuren i rättspsykiatri bör kompletteras med ytterligare en professur, med inriktning mot rättspsykiatrisk behandling. Det är också viktigt att forskningsstiftelser och Medicinska forskningsrådet avsätter mera resurser för den rättspsykiatriska forskningen.

- *att personal på större akutmottagningar bör få utbildning i stödjande åtgärder för våldsoffer och deras anhöriga*

I undersökningar från sjukhus har visats att upp till en tredjedel av de patienter som läggs in för olycksfall har skadats genom våld. Det är viktigt att dessa patienter förutom god vård för sina skador också får ett psykologiskt stöd och lugnande förklaringar till sina reaktioner. Skriftlig information kan vara ett värdefullt komplement. På större akutmottagningar behöver personella resurser tillföras för att tillgodose kraven på adekvat omhändertagande och uppföljning.

Samverkan mellan akutmottagningar och andra instanser såväl på sjukhuset (kurators-/psykologorganisationer, sjukhuskyrka, psykiatri) som utanför (brottsoffer- och kvinnojourer, sektorspsykiatri, primär- och socialvård) behöver etableras och intensifieras.

Personal på akutmottagningar bör också ges utbildning i det s k familjevåldets mekanismer och om vikten av att urskilja misshandel i hemmet vid skador hos kvinnor och barn.

- *att akutmottagningar och andra berörda sjukvårdsenheter skall ha beredskap och resurser för att erbjuda psykologiskt stöd till personalen vid hot eller inträffat våld*

På arbetsplatser där risken för våld är stor bör personalen erbjudas utbildning för att bättre kunna bedöma hotsituationer och undvika åtgärder som kan verka våldsprovocerande. Det kan också vara värdefullt med utbildning i konflikthandling och självförsvar. Därutöver behöver personalen utbildning om egna reaktioner vid våldstillbud samt kunskap om hur man kan stödja varandra.

På de större akutmottagningarna bör det finnas en handlingsplan för att minimera såväl kroppsliga som psykiska skador hos personalen.

Vid större sjukhus och åtminstone inom varje sjukvårdsområde bör finnas personer som är utbildade att leda psykologiska genomgångar, s k debriefing.

- *att de kort- och långsiktiga effekterna för våldsoffren behöver kartläggas och att forskningen om olika behandlings- och stödåtgärder ges ökade resurser*

Inom många landsting pågår en registrering av de olycksfallsskador, som kommer till sjukvården. På trafikområdet har denna registrering skett med en stor detaljeringsgrad. När det gäller våldsskador, som i högre grad än andra olycksfall är ett socialt problem, saknas ofta motsvarande detaljuppgifter. Ibland passerar våldsskador, som vanliga olycksfallsskador, eftersom våldet inte identifieras.

Kunskap om våldets anatomi är en förutsättning för meningsfulla analyser om våldets konsekvenser för dess offer. Många undersökningar visar på en sekundär traumatisering till följd av att omgivningen reagerat på ett för offret negativt sätt. Dessa reaktioner kan vara av både psykisk och fysisk art.

Behandlingsinsatserna styrs av orsakerna till våldet, de akuta skadorna, individens sårbarhet och reaktioner samt offrets sociala situation. Det är självklart att offer för mobbning skall behandlas på annat sätt än våldtäktsoffer eller misshandlade barn. Det är viktigt att inte heller glömma dem som blir vittnen till våld och offrens anhöriga.

Ökad forskning om effekterna av olika behandlingsåtgärder, både på kort och lång sikt och där hänsyn tas till våldets natur är nödvändig för att minska konsekvenserna av våldet i samhället.



LITTERATUR

- Belfrage, Henrik:* Brottsligheten, psykiatrin och samhället. Introduktion till den medicinska kriminologin. Almqvist & Wiksell Medicin 1995
- Det obegripliga våldet:* Forskare om ungdomar och våld. Forskningsrådsnämnden. Källa 46/1995
- Ett folkhälsoperspektiv på våld.* Folkhälsoinstitutet 1995:45
- Herman J L.* Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to political Terror Pandora/Harper Collins publ, 1994
- Män, muskler och ideal. Fakta om missbruket av anabola steroider.* Folkhälsoinstitutet 1993:2
- Reiss Albert & Roth Geoffrey (ed):* Understanding and preventing violence National Academy Press, Washington DC, 1993
- Taylor Pamela (e d)* Violence in Society. Royal College of Physician, London 1993
- Temanummer om alkohol och våld.* Alkohol och Narkotika. CAN:s tidskrift Nr 4/1996
- Thompson Cowen Phil:* Violence – basic and clinical service Butlerworth/Heinemann 1993
- Werner Anita:* Barn i TV-åldern (Vad vet vi om mediernas inflytande) Studentlitteratur 1994
- Wilson J, Raphael B (Ed.)* International Handbook of Traumatic Stress Syndromes New York, The Plenum Series on Stress and coping, 1993
- Wisaeth L och Mehlum L (Red)* Människor, Trauman och Kriser. Natur och Kultur, 1997
- Våld och aggressivitet:* Särtryck av en serie i Läkartidningen 1994-1995
- Våld och brottsoffer:* Slutbetänkande av våldskommissionen. SOU 1990:92
- Våld, alkohol och övriga droger.* Rapport från forskningsseminarium. Folkhälsoinstitutet 1996:114
- Våldet i samhället.* Hälso- och sjukvårdens förebyggande möjligheter. Socialstyrelsen 1990