

Psykisk ohälsa, radikalisering och terrorism

INGET SÄKERT SAMBAND HAR KUNNAT PÅVISAS

Regeringens nationella samordnare mot våldsbejakande extremism identifierar i sin nationella handlingsplan att islamistisk extremism utgör ett allvarligt hot mot Sverige och svenska intressen. Återvändande jihadist-er pekats ut som ett särskilt hot. I handlingsplanen bedömer samordnaren att unga vuxna med psykisk ohälsa eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är i riskzonen för att rekryteras till våldsbejakande miljöer och skriver om sjukvårdens möjligheter »att upptäcka tecken på våldsbejakande extremism« [1].

Vår klinik ingår i EU:s nätverk för kunskapsspridning om radikalisering (Radicalisation Awareness Network; RAN) [2], där även frågeställningar om psykiatriens möjligheter att utföra riskbedömningar av individer som misstänks löpa risk att radikaliserats har diskuterats.

Vi befärar att s k radikaliseringsbedömningar av potentiellt våldsamma extremister kommer att påbörjas

»Vi befärar att s k radikaliseringsbedömningar av potentiellt våldsamma extremister kommer att påbörjas med de bästa av avsikter men med svagt vetenskapligt stöd.«

Per Köhler, med dr, underläkare, Lycksele lasarett; tidigare vuxenpsykiatriska kliniken Malmö
● per.kohler@vll.se

Hedvig Krona, ST-läkare, doktorand, Lunds universitet

Johanna Josefsson, överläkare; de båda sistnämnda vuxenpsykiatriska kliniken Malmö

med de bästa av avsikter men med svagt vetenskapligt stöd.

I ljuset av detta är en översikt av befintliga screening- och riskbedömningsverktyg och en genomgång av den forskning som finns om ensamagerande och organiserade terroristers psykiska hälsa påkallad för att kunna bedöma om det finns grund för beslut om ändrade rutiner eller behandlingsmetoder i klinisk psykiatrisk verksamhet.

Fem screening- och riskbedömningsverktyg finns

I dagsläget finns fem screening- och riskbedömningsverktyg avsedda att användas i klinisk verksamhet:

- Revised religious fundamentalism scale [3]
- Violent extremist risk assessment (VERA-2) [4]
- Extremist risk guidance 22+ (ERG 22+) [5]
- Identifying vulnerable people guidance (IVPG) [6]
- Terrorist radicalization assessment protocol (TRAP-18) [7].

Utöver dessa finns ytterligare instrument utvecklade för forskningsändamål [8].

Revised religious fundamentalism scale är utvecklat för att identifiera religiösa extremister. Verktöget är, trots sitt specifika syfte, dock bättre på att upptäcka aggressiva yttringar av högerauktoritära åsikter än religiös fundamentalism [3].

VERA-2 [4] är ett verktyg för riskbedömning av individer som redan dömts för eller på annat sätt konstaterats ha begått våldsamma terrordåd. Användningsområdet är därför begränsat till att i huvudsak bedöma risken för återfall.

ERG 22+ [5] är ett instrument för kliniska riskbedömningar som fått stort genomslag. Det används sedan 2011 i England och Wales för att göra individuella radikaliseringsbedömningar av tidigare ostraffade personer. Instrumentet består av 22 punkter ordnade under tre faktorer som vägs samman:

- engagemang (faktorer som motiverar en individ att arbeta med en grupp eller ideologi)
- uppsåt (beredskap att bryta mot lagar och normer för att uppnå mål)
- kapacitet (förmåga att utföra ett terrordåd).

ERG 22+ är kvalitativt men också öppet för att ackommodera ytterligare faktorer som förefaller relevanta för radikaliseringsbedömningen (därför plustecknet i namnet).

IVPG [6] är det enda av de fyra verktygen som har dokumenterad sensitivitet (58-67 procent) och specificitet (56-64 procent) för olika typer av terrordåd, med positiva och negativa prediktiva värden på 30-60 procent respektive 64-86 procent [9]. IVPG är utvecklat specifikt som ett screeningverktyg och är baserat på en studie av 157 fängelseinterner som dömts för terrorbrott.

TRAP-18 [7] är ett instrument som hittills bara använts som psykometriskt forskningsinstrument, och det har alltså inte varit i kliniskt bruk. TRAP-18 omfattar åtta varningsbeteenden hos personer som har

HUVUDBUDSKAP

- Tillgängliga forskningsresultat om samband mellan radikalisering, terrorism och psykisk ohälsa kan ännu inte användas som underlag för beslut om ändrade rutiner eller behandlingsmetoder i klinisk psykiatrisk verksamhet.
- De screening- och riskbedömningsverktyg som finns tillgängliga för kliniskt bruk går inte att använda inom psykiatri utan att psykiatriens roll i det svenska samhället allvarligt undergrävs.
- Radikaliserade individer som har behandlingsbara psykiska symtom ska erbjudas behandling. Att vården hålls tillgänglig för dessa individer är avgörande för om psykiatriens kompetens och resurser ska komma till nytta i sjukvårdens arbete mot våldsbejakande extremism.

för avsikt att begå våldsdåd och tio egenskaper som enligt instrumentet kännetecknar ensamagerande terrorister. TRAP-18 är således avsett att identifiera individer som utan tidigare historik av våldsbejakande extremism kan komma att begå våldsdåd, men instrumentet gör inte anspråk på att predicera våldshandlingar.

TRAP-18 är utvecklat enligt en psykodynamisk modell där man gör antagandet att radikaliserings mot våldsbejakande extremism går i förutbestämda steg. Denna modell har kritiserats för att sakna empirisk grund men återkommer ändå i flera bedömningsinstrument. TRAP-18 har i ett test på 111 europeiska och amerikanska terrorister uppvisat en sensitivitet på 70 procent, men resultatet har aldrig validerats mot en normalbefolkning och saknar därför specificitet. Upphovsmännen till instrumentet beskriver det som lämpligt för kliniskt bruk, och det finns översatt till svenska [10].

Studier av psykisk ohälsa bland terrorister

I forskningssammanhang skiljer man sedan flera decennier mellan ensamagerande och organiserade terrorister. Tidigare studier har gjort en åtskillnad vad gäller förekomsten av psykisk ohälsa i dessa båda grupper, och det finns ett flertal studier där man fokuserar på enbart den ena gruppen. Under perioden 2000-2014 studerades 120 ensamagerande terrorister inom EU; 35 procent av kohorten hade diagnostiserats med psykisk ohälsa eller uppvisat tecken på psykisk ohälsa för anhöriga [11].

I en uppföljande artikel av samma studiepopulation med indelning av gärningsmännen i undergrupper konstaterades att förövare av skolskjutningar var kraftigt överrepresenterade avseende förekomsten av psykisk ohälsa; 63 procent bedömdes drabbade när de begick dåden [12].

Som kontrast till detta konstaterades i en studie för USA:s armés räkning av 2 032 individer som stridit för al-Qaida, inklusive flera förövare av terrorattentat, att individer med antisociala drag oftast lämnat eller exkluderats ur al-Qaida och att de studerade terroristerna inte uppvisade några anmärkningsvärda tecken på psykisk ohälsa [13].

Liknande europeiska studier av organiserade terrorister har genomförts, där danska Ankestyrelsen [14] studerat 20 ungdomar med förmodade kopplingar till IS i Syrien; 4 av dem hade psykisk problematik i form av ADHD, ADD, förstämningssyndrom och personlighetsproblematik. Ankestyrelsens studie, som fått genomslag bl a i handlingsplanen från den nationella samordnaren mot våldsbejakande extremism, är anmärkningsvärd inte bara för studiepopulationens blygsamma omfattning i förhållande till de slutsatser som dras utan också för osäkerheten i om ungdomarna i fråga faktiskt begått våldsdåd i IS namn.

Liknande osäkerhet återfinns i en studie av 140 jihadister i Nederländernas polisregister 2014 som visade att 6 procent av studiepopulationen hade psykiatriska diagnoser men också att ytterligare 20 procent av individerna uppvisade indirekta tecken på odiagnostiserad psykisk ohälsa [15]. Detta definierades som tex anamnes på vredesutbrott, hemlöshet eller kriminalitet eller att anhöriga misstänkte att förövarna led av

psykisk ohälsa. Den relativt höga prevalensen av förmodad psykisk ohälsa förefaller vara en produkt av de vida inklusionskriterierna.

Lägre prevalenssiffror har rapporterats i en genomgång av 31 terrorincidenter i Europa mellan 2001 och 2006 begångna av sammanlagt 219 jihadister [16]. Av dessa individer hade 11 psykiatriska diagnoser, varav 4 individer hade insjuknat efter det att de anhållits för sina brott.

Högre andel psykisk ohälsa bland ensamagerande

Det förekommer även studier där man jämfört grupper av ensamagerande med organiserade terrorister avseende förekomsten av psykisk ohälsa. Exempelvis har en studie gjorts av 119 ensamagerande gärningsmän som dömts för eller avlidit under utförandet av terrordåd i USA och Europa mellan 1990 och 2012

»Att enbart belägga förekomsten av psykisk ohälsa bland individer som redan begått terrorbrott, antingen som ensamagerande eller i organiserad form, är inte detsamma som att konstatera kausalitet mellan ohälsa och brottslighet.«

[17]. Av dessa var 43 procent islamister inspirerade av al-Qaida, 34 procent högerextremister och 18 procent enfrågeaktivister, med kvarvarande förövare fördelade bland mindre rörelser och ideologier. Sammanlagt hade 32 procent av gärningsmännen i studien psykiatriska diagnoser, och de flesta diagnoser hade satts innan terrordåden utfördes.

I en uppföljande studie konstaterades att förekomsten av psykisk ohälsa i en lika stor grupp organiserade terrorister kopplade till kända terrororganisationer var signifikant lägre än i den grupp ensamagerande gärningsmän man tidigare studerat [12].

En forskargrupp jämförde ensamagerande respektive organiserade högerextremister som begått terrordåd med dödlig utgång i USA mellan 1990 och 2010 [18]. Forskarna fann att 40 procent av de 47 ensamagerande högerextrema terroristerna hade psykisk ohälsa i sin historik, jämfört med 8 procent av de 92 organiserade högerextrema terroristerna.

Senaste terrorismforskningen inte helt entydig

Den senaste terrorismforskningen är dock inte helt entydig vad gäller förekomsten av psykisk ohälsa bland individer som begår terrorbrott. Då 55 terrordåd begångna av totalt 76 individer med kopplingar till IS mellan maj 2014 och september 2016 studerades konstaterades i preliminära resultat att 28 procent hade någon form av psykisk instabilitet [19].

Författarna skönjer att andelen individer med psykisk ohälsa är högre i den grupp som upplever sig inspirerade till terrordåd av IS, medan andelen är lägre bland dem som är mer direkt anknutna till terrororganisationen. Författarna misstänker dock att preva-

lenssiffran är falskt för hög, relaterat till att eventuella diagnoser vidlyftigt satts av anonyma källor, anhöriga eller rapporterade medier.

Forskarna sammanfattar att det är bedrägligt inom terrorismforskning att dikotomisera såväl förekomst av psykisk ohälsa som terroristhandlingar [20]. För att forskningen ska kunna gå vidare med korrekt riskprediktion måste man ta hänsyn till att såväl psykisk ohälsa som varje individs grundförutsättningar för att begå våldsdåd är mångfasetterad.

Svårt att dra säkra slutsatser

Förekomsten av psykisk ohälsa bland kända terrorister förefaller med andra ord inte vara anmärkningsvärt hög, men studiepopulationerna är genomgående små med mycket varierande inklusionskriterier och retrospektiv studiedesign; den vetenskapliga litteraturen tillåter därför i dagsläget inga starka slutsatser i frågan.

Att enbart belägga förekomsten av psykisk ohälsa bland individer som redan begått terrorbrott, antingen som ensamagerande eller i organiserad form, är inte detsamma som att konstatera kausalitet mellan ohälsa och brottslighet. Prospektiv studiedesign är i praktiken omöjlig när utfallsmåttet är något så sällsynt som terrorhandlingar, men det pågår forskning kring attityder i samhället till våldshandlingar som konfliktmetod samt korrelationen till psykisk ohälsa.

I en studie av en muslimsk brittisk population (n = 608) kunde man konstatera att det saknades korrelation mellan sympatier med våldsam islamism å ena sidan och depressiva symtom, ångest eller subjektivt skattad hälsa å andra sidan [21].

I en brittisk enkätstudie av 3 679 män jämfördes pro- och antibrittiska extremister med individer som höll obestämda eller pacifistiska åsikter om våldsanvändande som en accepterad metod för att nå politiska mål [22]. Forskargruppen fann ett negativt samband mellan våldsbejakande extremism och psykisk sjuklighet.

Denna typ av longitudinella men indirekta mått verkar inte ge stöd åt någon koppling mellan våldsbejakande extremism och psykisk ohälsa.

Förebyggande strategi i Storbritannien har kritiserats

»Prevent« är den del av Storbritanniens övergripande strategi mot terrorism, CONTEST, som är inriktad mot att förhindra att individer antingen ansluter sig till organisationer som stödjer terrorism eller att de själva blir terrorister. Prevent-strategin är från 2007 men har uppdaterats ett antal gånger, senast 2015. Bland annat har man breddat fokus för den och skärpt kravet på första linjens vårdpersonal.

Strategins kärna är att all personal inom den offentliga sektorn ska kunna identifiera individer som de tror riskerar att dras till extremism eller terrorism [23].

Sedan den brittiska regeringen 2015 ålagt offentliga myndigheter att inom ramen för Prevent utföra radikaliseringsbedömningar med ERG 22+ som bedömningsverktyg har antalet individer som remitterats till rehabiliteringsprogram mångdubblats [24, 25]. Efter införandet remitterades lika många individer vidare till Prevent som under hela perioden 2007–2014,

och redan under denna period bedömdes endast 20 procent av dem som fångats upp i screeningen vara i behov av insatser.

Royal College of Psychiatrists (RCP) i Storbritannien påpekar att evidensläget talar emot ett samband mellan politiskt våld och psykisk ohälsa på gruppnivå och ifrågasätter sambandet mellan individuella förövare av terrordåd och deras psykiatriska diagnoser [26]. RCP varnar också för att vetskapen om Prevent och dess medföljande anmälningsplikt kan riskera att individer får lägre förtroende för, och därmed i mindre utsträckning söker, psykiatrisk vård.

Strategin har också kritiserats av människorättsorganisationer och av ordföranden för den brittiska motsvarigheten till Folkhälsomyndigheten i Lancet för att felaktigt peka ut stora grupper som potentiella terrorister och erodera förtroendet för sjukvården [27, 28].

Inget entydigt samband psykisk ohälsa–terrorism

Livstidsprevalensen av psykisk ohälsa hos normalbefolkningen är enligt WHO 27 procent [29] (25:e till 75:e kvartilen: 18,1–36,1 procent [30]). Det är i jämförelse med denna prevalens som misstänkta terroristers psykiska hälsa kan tolkas, i brist på utvalda, matchade kontrollgrupper. Som genomgången ovan visar

»Om dessa individer får psykiatrisk vård skulle risken för terrordåd sannolikt minska. Ökad tillgänglighet till psykiatrisk vård utgör således i sig en preventiv åtgärd.«

har retrospektiva studier visat att ensamagerande terrorister har en något förhöjd förekomst av tecken på psykisk ohälsa. Överrepresentationen av psykisk ohälsa kan dock förklaras av den mycket höga prevalensen hos förövare av skolskjutningar och av att den i vissa studier är ytterligare förstärkt genom att psykisk ohälsa som tillkommit efter begången terrordåd inkluderats i analysen.

De studier som närmare granskat förekomsten av psykisk ohälsa hos organiserade jihadister och högerextremister antyder att den i dessa grupper är lägre än hos normalbefolkningen [21]. Motsatta uppgifter har förekommit i diskussioner om psykiatriens roll i förebyggande verksamhet, men dessa saknar så långt vi kan bedöma tillgängligt empiriskt underlag.

Utifrån befintlig forskning finns alltså inget entydigt samband mellan psykisk ohälsa, radikaliserings och terrorism. Klinisk erfarenhet kan däremot ge för handen att vissa individer med specifika personlighetsdrag och/eller autistiska symtom kan komma att radikaliseras och ägna sig åt våldsbejakande extremism.

Standardiserade verktyg för att upptäcka sällsynta händelser eller individer behöver dock exceptionellt hög specificitet och sensitivitet för att vara användbara. En grupp studerade de tillgängliga screening-

och riskbedömningsverktygen och kom fram till att verktygen är otillfredsställande, i synnerhet de fyra bedömningsverktyg som då var avsedda för kliniskt bruk [8].

De i dag tillgängliga verktygen för radikaliseringsbedömning av potentiellt våldsamma extremister saknar med några få undantag känd specificitet eller sensitivitet.

Ökad tillgång till psykiatrisk vård förebyggande i sig

I situationer där våldsbejakande individer visar tecken på radikalering samtidigt som de har symtom på t ex psykos, depression eller autismspektrumstörning är psykiatrisk vård självfallet indicerad. Om dessa individer får psykiatrisk vård skulle risken för terrordåd sannolikt minska. Ökad tillgänglighet till psykiatrisk vård utgör således i sig en preventiv åtgärd. Fullgod tillgänglighet är om möjligt än viktigare när det rör sig om unga individer under 18 år, vilket innebär att de aktuella vårdinstanserna skolhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri behöver garanteras resurser för att klara en ökande arbetsbelastning.

Risk för att sköra individer inte vågar söka vård

Regeringens nationella samordnare mot våldsbejakande extremism har pekat ut återvändande jihadister som ett särskilt hot. I de situationer där återvändande jihadister uppvisar symtom på psykisk ohälsa, i form av t ex psykos, depression, posttraumatiskt stressyndrom eller akut kris, ska psykiatrin erbjuda hjälp och behandling.

Inom psykiatrin utgör kvalificerade bedömningar och kontinuitet i behandlar- och läkarkontakt en god

grund för att upptäcka om en patient utvecklar fascination för våld och våldshandlingar. Psykiatrins resurser och möjligheter att utföra kvalificerade riskbedömningar för att förutsäga våldsdåd och terrorism är däremot begränsade. Rättspsykiatrin med sina speciellt utbildade multidisciplinära team torde ha betydligt bättre förutsättningar, eftersom just kvalificerade riskbedömningar ingår i dess kompetensområde.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen bygger den psykiatriska vården på frivillighet och samverkan från individens sida. Ibland är tvångsvård indicerad, men det finns strikta medicinska kriterier för när vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är tillämplig.

Däremot tillåter svensk lag all vårdpersonal att polisanmäla individer som man misstänker står i begrepp att begå allvarliga brott som kan medföra mer än 1 års fängelse. Hit hör alla terrorbrott, inklusive förberedelse av dem.

Ett införande av ett system i Sverige liknande den brittiska modellen kräver att de kliniker som har som huvuduppdrag att vårda psykiskt och/eller fysiskt sjuka individer i stället får ett uppdrag att eftersöka och rapportera politiska eller religiösa extremister med risk att begå terrordåd. Vi finner detta djupt problematiskt av flera skäl. Särskilt vill vi betona att det riskerar att medföra att sköra individer inte vågar söka vård av rädsla för att bli rapporterade. I förlängningen kan detta leda till att risken för ett utagerande beteende ökar. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:EWLS

REFERENSER

- Nationell samordnare mot våldsbejakande extremism. Nationell strategi mot våldsbejakande extremism. Stockholm: Regeringskansliet; 2016. Dnr Ku2016/01651/D.
- KOM(2010) 673. Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet och rådet. EU:s strategi för den inre säkerheten i praktiken: Fem steg mot ett säkrare Europa. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2010.
- Altemeyer B, Hunsberger B. A revised religious fundamentalism scale: the short and sweet of it. *Int J Psychol Relig.* 2004;14(1):47-54.
- Pressman DE, Flockton J. Calibrating risk for violent political extremists and terrorists: the VERA 2 structured assessment. *British Journal of Forensic Practice.* 2012;14(4):237-51.
- Lloyd M, Dean C. The development of structured guidelines for assessing risk in extremist offenders. *Journal of Threat Assessment and Management.* 2015;2(1):40-52.
- Cole J, Alison E, Cole B, et al. Guidance for identifying people vulnerable to recruitment into violent extremism. Liverpool: University of Liverpool; 2012 http://safecampuscommunities.ac.uk/uploads/files/2013/05/ivp_guidance_draft_v0.3_web_version.pdf
- Meloy JR, Gill P. The lone-actor terrorist and the TRAP-18. *Journal of Threat Assessment and Management.* 2016;3(1):37-52.
- Scarcella A, Page R, Furtado V, et al. Terrorism, radicalisation, extremism, authoritarianism and fundamentalism: a systematic review of the quality and psychometric properties of assessments. *PLoS One.* 2016;11(12):e0166947.
- Egan V, Cole J, Cole B, et al. Can you identify violent extremists using a screening checklist and open-source intelligence alone? *Journal of Threat Assessment and Management.* 2016;3(1):21-36.
- Reid Meloy J. TRAP-18. Terrorist Radicalization Assessment Protocol, applied research version, Sept 1, 2015 (sv övers: Belfrage H. Mall för bedömning av risker för terrorhandling- ar utförda av enskilda individer). http://www.evidensbaserad-krim.se/manualer/TRAP_18_2.pdf
- De Roy Van Zuijdewijn J, Bakker E. Lone-actor terrorism. Policy paper 1: Personal characteristics of lone-actor terrorists. Countering Lone-Actor Terrorism Series No. 5. Haag: International Centre for Counter-Terrorism; 2016. https://rusi.org/sites/default/files/201602_clat_policy_paper_1_v2.pdf
- Corner E, Gill P. A false dichotomy? Mental illness and lone-actor terrorism. *Law Hum Behav.* 2015;39(1):23-34.
- Venhaus JM. Why youth join al-Qaeda. Special report. Washington, DC: United States Institute of Peace; 2010. <https://www.usip.org/sites/default/files/SR236Venhaus.pdf>
- μ20 sager om unge formodet udrejst til væbnet konflikt. København: Ankestyrelsen; 2015. <http://uim.dk/publikationer/20-sager-om-unge-formodet-udrejst-til-vaebnet-konflikt/>
- Weenink WA. Behavioral problems and disorders among radicals in police files. *Perspectives on Terrorism.* 2015;9(2).
- Bakker E. Characteristics of Jihadi terrorists in Europe. In: Coolsaet R, editor. *Jihadi terrorism and the radicalisation challenge: European and American experiences.* 2nd ed. Farnham: Ashgate Publishing Ltd; 2011. p. 131-44.
- Gill P, Horgan J, Deckert P. Bombing alone: tracing the motivations and antecedent behaviors of lone-actor terrorists. *J Forensic Sci.* 2014;59(2):425-35.
- Gruenewald J, Chermak S, Freilich JD. Distinguishing »loners« attacks from other domestic extremist violence. *Criminology & Public Policy.* 2012;12(1):65-91.
- Corner E, Gill P. Is there a link between Islamic State terror and mental illness? *CTC Sentinel.* 2017;10(1).
- Corner E, Gill P, Mason O. Mental health disorders and the terrorist: a research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict and Terrorism.* 2016;39(6):560-8.
- Bhui K, Warfa N, Jones E, et al. Is violent radicalisation associated with poverty, migration, poor self-reported health and common mental disorders? *PLoS One.* 2014;9(3):e90718.
- Coid JW, Bhui K, MacManus D, et al. Extremism, religion and psychiatric morbidity in a population-based sample of young men. *Br J Psychiatry.* 2016;209(6):491-7.
- Herz M. Socialt arbete, pedagogik och arbetet mot så kallad våldsbejakande extremism – en översyn [avhandling]. Göteborgs universitet; 2016.
- National Police Chiefs' Council (NPCC). National channel referral figures [citerat 30 maj 2017]. <http://www.npcc.police.uk/FreedomofInformation/NationalChannelReferralFigures.aspx>
- National Police Chiefs' Council (NPCC). Freedom of information request reference number: 000026/16. 7 mar 2016. [citerat 30 maj 2017]. http://www.npcc.police.uk/Publication/NPCC_FOI/CT/02616ChannelReferrals.pdf
- Counter-terrorism and psychiatry. Position statement PS04/16. September 2016. London: Royal College of Psychiatrists; 2016. https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04_16.pdf
- Eroding trust: the UK's Prevent Counter-Extremism strategy in health and education. Open Society Justice Initiative. New York: Open Society Foundations; 2016. https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/eroding-trust-20161017_0.pdf
- Middleton J. Preventing violent extremism: the role of doctors. *Lancet.* 2016;338(10057):2219-21.
- Global Health Estimates (GHE). Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.

SUMMARY

Mental illness and terrorism

There is little evidence supporting the concept of mental illness as a part of, or reason behind radicalization towards violent extremism and terrorism. There is weak evidence that lone gunmen, particularly those involved in school shootings, may suffer from mental illness to a larger degree than the general population, whereas organized terrorist groups such as jihadists and right-wing extremists seem to avoid mentally unstable individuals. Clinical use of the instruments developed for screening and risk assessment of individuals suspected of radicalization towards violent extremism will compromise the trust placed in the Swedish health care system by the citizens it is there to serve. The usage of empirically grounded risk assessment instruments should be restricted to forensic psychiatric clinics. Individuals at risk of radicalization towards violent extremism who present signs and symptoms of mental illness should be offered psychiatric treatment.