

# Psykisk helse, terrorisme, ekstremisme og radikalisering

*Rita Augestad Knudsen*

## SAMMENDRAG

Det mulige forholdet mellom psykisk helse, radikaliserings, ekstremisme og terrorinvolvering har fått mye oppmerksomhet i det siste. Men hva vet man egentlig om dette forholdet? Hva vet man ikke, og hvordan kan utfordringene rundt dette håndteres? Denne policy-briefen går gjennom disse spørsmålene og rydder opp i kunnskapstatusen på feltet.

Forholdet mellom psykisk helse og terrorisme, voldelig ekstremisme og 'radikalisering'<sup>1</sup> har blitt stadig mer aktuelt de siste årene. Både førstelinjetjenesten og tiltaksorienterte praktiskere har notert seg at mange av dem det er knyttet ekstremisemerkerte bekyringer til sliter psykisk på ulike vis. Samtidig har forskningen på ekstremisme, terrorisme og radikaliserings i økende grad vært opptatt av å avklare hva forholdet mellom psykisk helse og voldelig ekstremisme faktisk innebærer, og hva konsekvensene for dette kan være for både videre forskning og tiltaksutforming.

I slike fagmiljøer har tematikken psykisk helse og involvering i ekstremisme i hovedsak fått oppmerksomhet som mulig relevant for risiko- og sårbarhetsvurderinger av individers potensielle radikaliserings og terrorinvolvering. De fleste praktikerne og forskerne som fokuserer på voldelig ekstremisme og psykisk helse er altså opptatt av mulige

samspeilet mellom den psykiske (u)helsen til individer som på kort eller lengre sikt kan være eller kan bli radikaliseret, eller på enda lengre sikt kan utgjøre en terrorrisiko. Dette er da også fokuset for denne korte policy briefen. Samtidig bør det sies at det er en lang rekke andre måter psykisk helse kan gjøre seg gjeldende i kontrateror- og antiradikaliseringssammenhenger. For eksempel kan terrorhandlinger ha dramatiske og langvarige konsekvenser for ofres psykiske helse; den psykiske helsen til praktikere involvert i feltet kan bli påvirket av deres arbeid; kunnskap om psykisk helse kan bidra til rehabilitering av terrordømte; og tilregnelighetsspørsmål kan være avgjørende i rettergangene etter terrorhandlinger.

De som allerede er kritiske til staters fokus på kontrateror og antiradikalisering kan ha grunn til å oppfordre til forsiktighet når man nærmer seg feltet psykisk helse og involvering i ekstremisme. De fleste som sliter psykisk blir åpenbart ikke radikaliseret, eller voldelige. For praktikere og forskere som er interesserte i de mulige koblingene her er det essensielt med en nøktern og kunnskapsbasert tilnærming som unngår stigmatisering og 'sikkerhetisering' av helse- og omsorgsrelaterte utfordringer. Å zoomer inn på linken mellom psykisk helse og involvering i ekstremisme medfører også en rekke etiske dilemmaer. Noe spisset: skal fokuset være befolkningens sikkerhet, eller individets behandlingsbehov? Hvordan kan man ivareta sikkerhetsspørsmålene reist av radikaliseringsbekymringer hos psykisk syke uten å mistenkeliggjøre eller utestenge de som sliter med psykisk uhelse og sårbarhet? Feltet innebefatter også en rekke juridiske og institusjonelle utfordringer rundt informasjonsdeling, koordinering og praktisk samarbeid mellom blant annet sikkerhetsmyndigheter og helsesektoren.

Denne policy briefen baserer seg på den eksisterende forskningen på feltet og feltarbeid i Storbritannia, og gir en kort oversikt over hva vi vet og ikke vet på feltet psykisk helse, radikaliserings og involvering i ekstremisme og terrorisme, og vil tydeliggjøre hva praktikere og forskere bør være obs på i sitt videre arbeid. Den berettigede iveren etter å ta tak i problemfeltet og formulere effektive tiltak bør ikke overskygge viktigheten av å basere dette på faktisk og solid kunnskap.

Det blir ofte sagt at forskningen på forholdet mellom terrorinvolvering og psykisk helse har gått i tre «bølger» de siste tiårene. Tidlig forskning på feltet, blir det ofte sagt, gikk ut fra at mer eller mindre alle som begår terrorhandlinger er «gale» og har diagnostiserbare psykiske lidelser. Den neste bølgen, som ble særlig viktig i etterkant av 11. september, gikk så over til å anta at deltagelse i en terrororganisasjon mer eller mindre utelukket diagnostiserbare psykiske lidelser, siden deltagelse i slike organisasjoner krevde en grad av funksjonalitet, planleggings- og samarbeidsevne som ikke synes forenelig med å være særlig psykisk syk. Dagens forskning, sier forskere selv, har en mer nyansert tilnærming.

Denne tredelingen av historiografien på feltet har en del for seg; det stemmer nok at tidligere forskning var preget av forenklete ideer om «psykisk helse» og hvordan dette kan påvirke involvering i terrorisme og radikaliserings. For eksempel, som mange angrep har vist, utelukker ikke det å ha gjennomføringsevne at man samtidig kan ha til dels betydelige psykiske lidelser. Samtidig er det verdt å ikke bli alt for «selvgode» og automatisk fordømmende i vår tilnærming til tidligere tiders forskning. For «profilene» av terrorinvolverte har også faktisk endret seg i løpet av de siste tiårene. Et eksempel er at al-Qaida-affilierte på 2000-tallet, som gruppe, synes å ha vært mer funksjonelle og mindre preget av psykiske lidelser og andre type problemer enn IS-rekruttene som ble mer dominerende utover 2010-tallet. Og etter hvert som mer og nyere etterretning har gjort komplekse og gruppebaserte angrep mindre sannsynlig i vesten, kom såkalte soloaktører til å utgjøre en forholdsmessig større trussel – og forskning tyder på at ekstremister som handler alene ofte er mer psykisk plaget enn gruppeaktører.

Dagens forskning har ofte som uttalt hovedmål å nansere og differensiere bildet av forholdet mellom psykisk helse og radikaliserings, ekstremisme og terrorinvolverings. For å få til dette har mange forskere konsentrert seg om å avdekke andelen av ulike psykiske problemer og diagnoser blant ulike typer av radikaliseret, voldelige terrorister eller ekstremister – blant solo- versus gruppeaktører, kvinner versus menn, og blant individer av ulike ideologiske, politiske og religiøse sjatteringer, for eksempel islamistisk ekstremistiske miljøer versus høyreekstremer.

Denne forskningen har allerede produsert en lang rekke prosent- og andelsberegninger ment å gi oversikter over hvilke typer radikaliseret, ekstremister og terrorister som sliter med hva slags type psykiske problemer. Grunnlaget er typisk numeriske data anskaffet via kvantitative metoder. Den mest toneangivende forskningen har basert seg på informasjon om faktiske terrorhendelser og innsatte dømt for terror kriminalitet – noen ganger fra både åpne og lukkede kilder, i visse tilfeller i nært samarbeid med myndighetene i landene som studeres. Andre deler av forskningen har basert seg på surveys ment å avdekke sammenheng mellom radikale holdninger og psykisk uhelse. I de tilfellene forskningen har produsert oversikter over forekomsten av ulike typer psykisk uhelse innenfor terrorrelatert kriminalitet, har resultatene typisk blitt plassert i sammenheng med risikovurderinger og risikoanalyse innenfor ekstremisme og terrorisme. Slik har ulike former for psykiske lidelser i visse kontekster blitt flagget som risikofaktorer for terrorinvolverings.

Mange av dagens forskere på disse temaene er oppmerksomme på faren for å mistenkeliggjøre og stigmatisere individer som sliter med sin psykiske helse. Likevel er det verdt å understreke ekstra tydelig det problematiske ved å trekke konklusjoner om direkte årsakssammenhenger på bakgrunn av denne forskningen. Terrorismen og også radika-



lisering er svært sjeldne fenomener, mens store andeler av den generelle befolkningen sliter psykisk på ulike vis – med eller uten diagnostiserbare lidelser. 'Psykisk helse' er en nærmest uhandterlig stor og mangefasettert samlekategori, og det er opplagt andre steder å starte konkrete risikovurderinger og tiltaksplanlegging enn med en feilslått antagelse om at psykisk uhelse fører til terrorisme.

En svakhet med mye av dagens forskning er at den står i fare for å falle for en retrospektivt antatt kausalitet: særlig i de tilfellene der man starter med de som faktisk har begått terrorhandlinger, finner andelen av psykisk syke blant dem, og antar av denne grunn at psykisk uhelse har vært relevant for ugjerningen. Samtidig det finnes faktisk lite forskning på *hvordan* psykisk uhelse eller diagnostiserbare lidelser kan være relevant for radikaliserings, ekstremisme og terrorisme. Hvilken *rolle* eller *funksjon* kan et individs mulige psykiske helseproblemer ha i radikaliserings eller voldelig ekstremisme? Hvilke former for psykisk uhelse er relevante, og på hvilke måter? Her har forskningen enda ikke gitt tydelige svar. Det er med andre ord ikke nok å påpeke at mange terrorister sliter psykisk – det gjør jo også svært mange andre. I forskningsmiljøer er det stadig flere som snakker om å bevege seg «from presence to relevance» – men det har man i liten grad gjort så langt.

Man kan også spørre seg om «presence» virkelig er ferdig etablert. Denne korte policy briefen har så langt ikke gjen-gitt noen av de andelsberegningene forskere har produsert på forekomsten av psykisk uhelse blant radikaliserede eller terrorister. Dette blant annet fordi det ofte er uklart hvor disse andelsberegningene tar sitt tallmateriale fra. Når det gjelder diagnoser, for eksempel, er det ofte uklart hvor vidt de aktuelle diagnosene er blitt satt av rettsvesenet i straffeprosesser mot dømte for terrorkriminalitet, av helsevesenet før individene begikk lovbruddene, av helsevesenet etter de begikk lovbruddene, av medier, eller av selvrporter. Videre, hva slags type radikaliserede, ekstremister eller dømte terrorister har vært med i utvalget? De som har utført angrep, planlagt, eller bidratt på andre vis (gjennom rekruttering eller propaganda, for eksempel)? Videre kan diagnosepraksiser og -kriterier være ulike og omdiskuterte både innad i og på tvers av land, noe som gjør tallene enda mer usikre, særlig om man skal generalisere på bakgrunn av dem eller bruke dem komparativt.

Hvordan man faktisk kan bevege seg «from presence to relevance» på mer fruktbare vis er da fremdeles et åpent spørsmål. Én mulig vei noen forskere har begynt å ta, er å se nærmere både på enkeltindivider og enkeltlidelser for å prøve å finne ut av hvordan, og når, psykisk uhelse hos et individ involvert i terrorisme eller ekstremisme kan være relevant for denne personens radikaliserings. Ulike former for psykisk uhelse – fra mild nedstemthet til utviklingsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, misbruk, aktiv psykose, og en lang rekke andre problemer som kan defineres som «psykisk uhelse» – kan helt klart spille veldig ulike roller for et individs involvering i terrorisme og radikali-

sering. I noen tilfeller kan psykisk uhelse på perverst vis også fungere «beskyttende» fra et sikkerhetsperspektiv – i at det kan «lamme» individet i en slik grad at det ikke får gjennomført angrep. Det gir altså lite mening å snakke om «psykisk helse» som en samlekategori, slik altså flere av risikovurderingsverktøyene på feltet fremdeles gjør.

Å bevege seg mot å avklare «relevans» vil også innebære en klarere forståelse av hva man ønsker å forhindre ved å fokusere på psykisk uhelse i bestemte tilfeller av mulig radikaliserings eller terrorinvolverings. Innebærer relevansen at den psykiske uhelsen til et bestemt individ kan gjøre personen mer sårbar i forhold til å bli rekruttert, gjøre personen i stand til å rekruttere andre, en større risiko for å planlegge eller utføre noe selv, eller bli involvert eller radikaliseret på andre vis? En nyansert og differensiert kunnskapsbasert tilnærming tilsier her at man er oppmerksom på hvilke roller ulike individer kan ha i terrorinvolverings – fra «soloaktører» til ulike typer gruppeaktører, hvorav det finnes et stort spenn fra ledere til «følgere» og andre. En slik differensiert tilnærming vil ikke bare være beskyttende mot unødvendig stigmatisering, men også sørge for at ressurser blir plassert der de virkelig kan gjøre en forskjell.

Et bedre samarbeid mellom sikkerhetsmyndighetene og et lands helse- og velferdssystemer synes å være avgjørende for at disse problemene skal bli håndtert på en effektiv og ordentlig måte. Det er et velkjent fenomen at mange av dem som kommer i myndighetenes søkelys når det gjelder radikaliserings, kan ha både ulike psykiske problemer og en lang rekke andre komplekse behov – økonomiske utfordringer, dårlig helse, funksjonsnedsettelse, og/eller en bakgrunn som kan inkludere misbruk, kriminalitet, fysiske og psykiske traumer og annet. Alt dette kan være komplisert å skille fra hverandre. Et velfungerende tverretattlig samarbeid på tvers av yrkesgrupper vil være viktig for å både hjelpe slike individer og beskytte samfunnet.

Storbritannia er ofte ansett som en «toneangiver» på feltet kontraterror og antiradikaliserings. Også innen kryssfeltet mellom psykisk uhelse og kontraterror har de valgt løsninger som er verdt å skissere kort på slutten av denne policy briefen. På den ene siden har Storbritannia lovpålagt alle landets helse- og sosialinstitusjoner (så vel som utdanningsinstitusjoner og andre) å rapportere enhver bekymring for radikaliserings blant individene de er i befatning med. På den andre siden har landet opprettet «knutepunkter» for psykisk uhelse i nært samarbeid med landets kontraterrorpoliti, med psykiatere og annet helsepersonell som hjelper politiet med å skille ut og ta hånd om individer det er knyttet terrorismerelatert bekymring til, også i aktivt pågående situasjoner.

Begge disse løsningene – den ene rettet inn mot landets allmenne helse- sosial- og utdanningsvesen, og den andre som aktivt involverer helsepersonell i svært spissete kontraterrorroller – virker kanskje fremmede fra et norsk perspektiv. Det norske samfunnets antiradikaliseringsarbeid

har så langt fungert gjennom ikke-eskalering og ved at saker i første rekke håndteres uten «sikkerhetisering» – i kombinasjon med aktiv etterretning. Dette har ikke bare med «den norske samfunnsmodellen» å gjøre, men også med Norges relativt beskjedne størrelse. Samtidig er det stor interesse for den «britiske modellen» i andre land i Europa, og grunn til å tro at elementer ved den vil bli innført også i andre land. Det nylige angrepet i Kongsberg og flere andre ellers i Europa tyder på at denne tematikken ikke vil bli mindre aktuell. Basert på faktisk kunnskap og med de mange juridiske, etiske og sikkerhetsmessige avveiningene involvert i hu, vil Norge være godt tjent med å ta et snarlig og veloverveid valg om den videre håndteringen av forholdet mellom psykisk uhelse og kontraterror og antiradikalisering.

1 Disse begrepene er alle betente og omdiskuterte – samtidig som de daglig brukes, ofte uten videre definering, innenfor både akademia og praktiker-feltet. Denne korte policy briefen opererer med de samme definisjonene som finnes i den norske regjeringens strategier mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

**Rita Augestad Knudsen** er Seniorforsker på NUPI og Daglig Leder for Konsortiet for Forskning på Terrorisme og Internasjonal Kriminalitet.



Norsk  
Utenrikspolitisk  
Institutt

Norsk Utenrikspolitisk Institutt [NUPI] ble etablert i 1959, og er et ledende, uavhengig Forskningsinstitutt på internasjonal politikk og områder av relevans for norsk utenrikspolitikk. Formelt er NUPI underlagt Kunnskapsdepartementet, men opererer likevel som en uavhengig, ikke-politisk virksomhet i alle sine faglige aktiviteter. Forskning utført ved NUPI spenner fra kortsiktig anvendt forskning til mer langsiktig, grunnforskning.

Arbeidet med denne policy briefen er finansiert av Justis- og beredskapsdepartementet

Forsidebilde: Sirisvisual/Unsplash

NUPI  
Norsk Utenrikspolitisk Institutt  
C.J. Hambros plass 2D  
Postboks 7024 St. Olavs Plass, 0130 OSLO  
www.nupi.no | post@nupi.no

