

Ryddighet, transparens og fakta

Fra nå av bør enhver diagnose være fundert på eksplisitte og etterprøvbare kriterier.

Ulrik Fredrik Malt

Professor dr.med., Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
Avd.leder, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus

DEBATT: ETTER DOMMEN

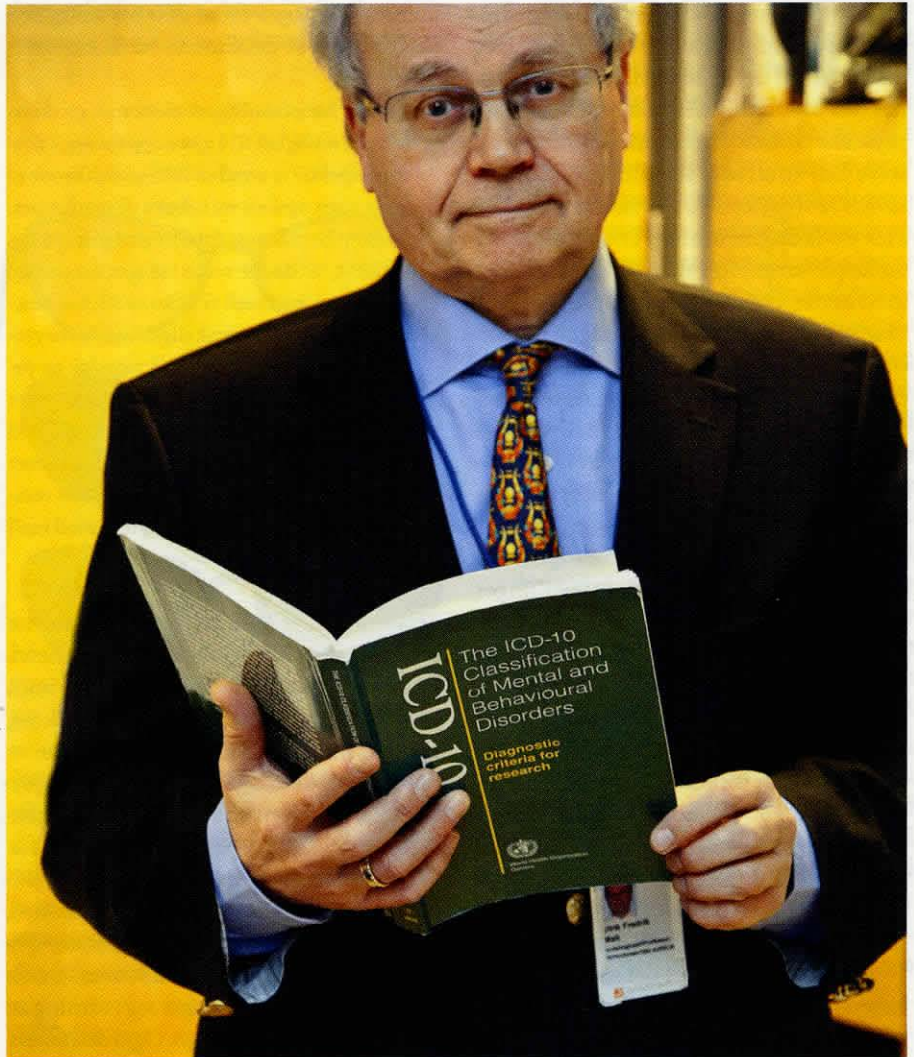
Jeg ønsker å kommentere tre forhold ved dommen mot Anders Behring Breivik (Lovdata, 2012): kravene til presisjon i diagnostiske vurderinger, vurderingen av tilregnelighet og omtalen av årsaken til hans grusomme handlinger.

Diagnostikk

I klinisk og rettspsykiatrisk praksis har det i Norge vært vanlig å legge prototyp klassifikasjon til grunn for diagnoser, gjerne støttet av semistrukturerte intervjuer. Men i 22. juli-rettsaken legger retten for første gang i norsk strafferett, så langt jeg kjenner til, eksplisitt til grunn at **diagnostikk i strafferett bør følge samme prinsipper som man følger i vitenskapelig sammenheng, nemlig bruk av eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier.** For tiden betyr det «den grønne boken» (WHO 1992).

Min vurdering er at det er en klar fordel. Det gjør diagnostikk mer transparent, og vil også, som i dette tilfellet, lettere kunne identifisere diagnoser som bygger på usikkert grunnlag. **Ut fra kravet til diagnostisk presisjon er det også naturlig at dommen i detalj går inn på de ulike diagnostiske kriteriene, og vurderer om disse er oppfylt.** Det er også i tråd med god psykiatrisk di-

Dommen bør ikke bare ha betydning for rettspsykiatri, men også for klinisk praksis



KRITERIER: I 22. juli-rettsaken legger retten for første gang i norsk strafferett eksplisitt til grunn at diagnostikk i strafferett bør følge samme prinsipper som man følger i vitenskapelig sammenheng, nemlig bruk av eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier. For tiden betyr det «den grønne boken», ICD-10, skriver psykiater Ulrik Fredrik Malt (bildet). Foto: Arne Olav L. Hageberg.

agnostisk praksis når dommen understreker nødvendigheten av å vurdere psykiske symptomer og avvikende atferd i en sosial og kulturell (inklusive politisk ideologisk) kontekst. Dommen er dessuten forbillig når den understreker nødvendigheten av alltid å drøfte mulige alternative forklaringer på symptomer og atferd. Dommen bør derfor ikke bare ha betydning for rettspsykiatri, men også for klinisk praksis. **Det bør i 2012 være slik at enhver diagnose skal være fundert på eksplisitte og etterprøvbare kriterier. Diagnostisk synsing kun ut fra en psykiater eller psykologs personlige erfaring og ståsted bør være et avsluttet kapittel.**

Tilregnelighet

I norsk rett følges «det medisinske prinsipp» ved vurdering av tilregnelighet. Det innebærer at det er likegyldig om det kan påvises noen sammenheng mellom den psykiske tilstanden på handlingstiden, og selve den straffbare handlingen, så lenge lovkravet (psykotisk, bevisstløs eller psykisk utviklingshemning) er oppfylt. Med tanke på tilregnelig / ikke tilregnelig er det med andre ord likegyldig om gjerningsmannen var klar over handlingens straffbarhet. Denne tradisjonen følges ikke av de fleste andre land som vi kan sammenligne oss med. Disse bruker «det psykologiske prinsipp» ved vurdering av utilregnelighet: **det må være sammenheng mellom handlingene og det psykologiske innholdet i psykosene, det vil si at handlingene må være motivert av psykotiske forestillinger, hvis personen skal vurderes som utilregnelig.** Hvis det i psykosene ikke er elementer som kan forklare handlingene psykologisk sett, er personen tilregnelig. Dette står i kontrast til situasjonen i Norge, der en person kan bli vurdert som utilregnelig, og dermed vurdert som ikke å ha skyldene, hvis han vurderes som psykotisk i gjerningsøyeblikket, **selv om handlingene er gjort med overlegg uavhengig av den psykiske lidelsen** (Melle & Melle, 2012).

I den forbindelsen er det spesielt muligheten for at det kunne foreligge en isolert paranoid psykose, som er det sentrale. Selv om de fleste sakkyndige vitner avviste diagnosen paranoid schizofreni i Breivik-saken, var det ingen sakkyndige vitner som med hundre prosent sikkerhet kunne utelukke at det kunne foreligge en isolert pa-

ranoid psykose hos Behring Breivik. Under rettssaken var det også enkelte episoder hvor tiltaltes reaksjoner var av en slik art at muligheten for paranoid psykose dukket opp i tankene til mange fagfolk. Spørsmålet er hvordan denne usikkerheten skal vurderes i lys av «det medisinske prinsipp».

Dommen legger et høyt beviskrav til grunn for å konkludere med psykose, og anfører flere forhold som taler imot at det foreligger en paranoid psykose. For det første vektlegger dommen at Breivik planla sine terrorhandlinger over flere år. Da han de første fem dagene i lukket rett forklarte seg om motivene for sine handlinger, forsvarte han disse med henvisning til nødrett ut fra høyreekstremer ideologi. Han visste godt at det var straffbart å utføre handlingene. Dommen trekker også frem den psykologiske betydningen av det å måtte stå til ansvar:

... straff har et soningselement som gir domfelte en mulighet til å gjøre opp for seg. I dette perspektiv er straffen ikke utelukkende et onde, men også en vei tilbake til samfunnet. Dersom beviskravet for tilregnelighet legges for høyt, vil denne veien stenges for mange lovbrøyttere med reell skyldene. Det er dessuten prinsipielt betenkelig å frata lovbrøyttere skyldene og derved også moralsk og juridisk selvbestemmelse ved en uberettiget sykelligjøring av deres sinn. Også i forhold til samfunnet og til de som er direkte berørt av et lovbrudd, tilsier hensynet til en rettferdig gjengjeldelse at lovbrøyttere med reell skyldene straffes.

Retten trekker også frem at psykiaterne mente at det ikke forelå et «reelt behandlingsbehov», som et moment som talte imot å konkludere med utilregnelighet. Slik jeg ser det, innebærer disse vurderingene at dommen til en viss grad introduserer et psykologisk prinsipp ved vurdering av tilregnelighet. En ren drøfting av sannsynlighet for at det foreligger en psykose, som «det medisinske prinsipp» innebærer, er tonet ned. Når dommen ikke er anket av påtalemyndigheten, kan dette indikere at man i norsk strafferett forsiktig beveger seg i retning av «det psykologiske prinsipp». Også dommens siste del peker i den retningen.

Årsaker

Flere fagfolk uttalte seg kritisk til at de sakkyndige ikke sa noe om den psykolo-

giske bakgrunnen for Breiviks grusomme handlinger. Det er naturlig å mene det, ut fra folks behov for å forstå. **En diagnose kan aldri besvare spørsmålet «Hvorfor?».** Men kritikken er feilplassert når den rettes mot de sakkyndige, eller formuleres som argument for å trekke inn psykologer. **Som det heter i dommen:**

Det faller utenfor lovens bevisstema å ta stilling til om hvorvidt tiltaltes grufulle terrorhandlinger har en dypere psykologisk årsak. Slike eventuelle årsaksforhold fanges ikke opp av et kriteriebasert diagnosesystem, og ligger følgelig også utenfor de sakkyndiges mandat.

Selv om det i dommen heter at vurderingen av psykologiske årsaksforhold nødvendigvis må bli spekulative, står det likevel til slutt noen refleksjoner som langt på vei beveger seg mot et ønske om, og vilje til, psykologisk forståelse:

Retten legger likevel til grunn at tiltaltes evne til å gjennomføre de påtalte handlinger delvis kan forklares ut fra en kombinasjon av fanatisk høyreekstremer ideologi, inntak av prestasjonsfremmende stoffer og mulig selvsuggesjon **i kombinasjon med patologiske eller avvikende trekk ved hans personlighet.**

Personlig synes jeg det er en korrekt oppsummering av Anders Behring Breivik og 22. juli 2011.

Konklusjon

Fra et faglig ståsted mener jeg dommen er forbillig. Den får også godt frem betydningen av ryddighet, transparens og faktakunnskap ved psykiatrisk diagnostikk. Derfor er den også godt egnet til bruk i undervisningen av utdannelseskandidater og spesialister i psykiatri og psykologi.

u.f.malt@medisin.uio.no

Referanser

- Lovdata 2012: <http://www.lovdata.no/nyhet/dok/toslo-2011-188627-24.html>
 Melle, K. H. & Melle, D. (2012). Rettspsykiatri. I Malt U.F., O.A. Andreassen, I. Melle, D. Aarsland (red.), *Lærebok i psykiatri*, s. 845–870. Oslo: Gyldendal akademiske.
 World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.