

Diagnoser og 22. juli-saken



I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 drøfter Alv A. Dahl det han mener er svakheter og mangler i dommen så vel som de rettspsykiatriske erklæringene (1). Dahl kritiserer retten for å legge den 10. utgaven av den internasjonale klassifikasjonen for psykiske lidelser (ICD-10) til grunn. Dette er for meg en noe underlig argumentasjon. ICD-10 er gjeldende norsk klassifikasjon. Det ville være oppsiktsvekkende om en norsk rett skulle velge å vrake gjeldende norsk diagnostikk til fordel for amerikansk.

Dahl hevder at de diagnostiske intervjuene som de to settene av rettsoppnevnte sakkyndige brukte, ikke er tilstrekkelig validert for å vurdere en masse-morder. Det har han rett i, men det finnes ikke valideringsstudier for diagnostiske psykiatriske intervjuer for masse-mordere. At de rettsoppnevnte sakkyndige da anvender de intervjuer som tross alt finnes og som generelt er rimelig godt validerte (i forhold til diagnostiske kriterier), kan jeg vanskelig se er noen vektig innvending.

Rettens skjønn om hva en psykose er, skjemmes av svak psykiatristforståelse, mener Dahl. Han mener tilbaketrekingen var et forstadium til en psykose. Det kan det være. Men retten var godt kjent med at det finnes ikke-psykotiske lidelser der episodisk tilbaketreking også forekommer, eksempelvis gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, depresjoner og spilleavhengighet.

Dahl mener at retten ikke forankret sin forståelse i sentral psykiatrisk faglitteratur. Det mener jeg er feil. Rettens aktører hadde både tilgang til en eldre utgave av lærebok i psykiatri fra 2004 så vel som 2012-utgaven som inneholder norsk oversettelse av ICD-10-kriteriene som Dahl etterlyser.

At retten legger til grunn at ordnydning (neologisme) krever uforståelighet, blir også kritisert av Dahl. Retten drøftet dette i forhold til schizofreni. I ICD-10 står det uttrykkelig at ved schizofreni skal ordnydning gi «usammenhengende eller irrelevant tale». Forståelige ordnydninger kan, men må ikke nødvendigvis, uttrykke psykose. Slike kan også forekomme ved ikke-psykotiske tilstander, for eksempel gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.

Et vanskelig spørsmål er vurderingen av gjerningsmannens påstand om at han tilhører en politisk bevegelse som politiet ikke har klart å identifisere, i tillegg til hans politiske begrunnelser for handlingene og overbevisningen om at han faktisk handlet til folkets beste. Må dette bety at det foreligger vrangforestillinger? Dahl påpeker at virkemidlet, bombing og nedslaktning av mennesker, er så avvikende at det må anses som psykotisk motivert. Min vurdering er at dette ikke nødvendigvis er riktig. Det er ikke første gang i historien at personer ut fra ekstreme politiske (eller religiøse) overbevisninger mener seg berettiget til å «redde» sitt folk ved massedrap og forsvarer handlingene med iskald intensitet.

Dahl mener at kvaliteten på rettspsykiatriske erklæring bør bedres. Det er jeg enig i. Spesielt vil jeg påpeke at det også må kreves at de sakkyndige har tilstrekkelig kjennskap til sjeldne genetiske syndromer, nevropsykiatriske lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som kan ha symptomatologi som lett kan feiltolkes som for eksempel schizofreni eller vrangforestillingslidelser. I tillegg bør de som skal gi rettspsykiatriske erklæring, i det minste i så utfordrende saker som 22. juli-saken, konsultere forskningsfronten med tilhørende drøfting av handlingene i lys av empirisk forskning.

Ulrik Fredrik Malt
u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt (f. 1946) er professor ved Universitetet i Oslo og avdelingsoverlege ved Psykosomatisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Oppgitte interessekonflikter: Malt var oppnevnt av bistandsadvokatene som sakkyndig i 22.juli-saken.

Litteratur

1. Dahl AA. Erklæring og dom i 22. juli-saken – hva kan vi lære? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1289–90.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 30.06.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3026750/>

A.A. Dahl svarer:

Et sentralt domstolsprinsipp er at saken skal opplyses best mulig. 22. juli-sakens alvor krevde best mulig presisjon angående psykose og tilregnelighet. Det er ikke noe prosessuelt til hinder for å be de sakkyndige i mandatet om å bruke DSM-IV, siden det er det mest valide klassifikasjonssystemet vi har. Særlig fordi alle de sakkyndige kjente systemet godt og på tross av mandatet valgte å bruke det DSM-IV-baserte SCID-verktøyet. Funnene derfra ble så med en rekke baklengs hallingkast oversatt til diagnosekriterier i «den grønne boken», ICD-10.

Kjennskapet til denne boken med dens uvaliderte forslag til diagnosekriterier anser jeg som minimalt blant de sakkyndige og andre norske rettspsykiatere. Den faginstansen som rådet tingretten til å bruke ICD-10 i mandatet, ødela utrolig mye for den psykiatriske vurderingen i 22. juli-saken. Det er naturlig å sitere Prøysen: «Men største skylda, det har nå snekker'n som laga stæga tå røtne bord.»

I min kommentar henviste jeg til engelskspråklige standardverker som «sentral psykiatrisk faglitteratur». At Malt setter sine egne lærebøker i denne klassen får stå for hans egen regning. Jeg er enig med Malt i at de sakkyndige bør være oppdaterte på relevant klinisk forskning som i sin helhet er utført i DSM-systemet.

I motsetning til Malt ser jeg liten grunn til å kreve at sakkyndige skal ha «tilstrekkelig kjennskap til sjeldne genetiske syndromer, nevropsykiatriske lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser». At de har en klar forståelse av vrangforestillinger er for meg langt viktigere. Slike forestillinger er det helt sentrale psykosesymptomet sammen med hallusinasjoner, uansett bakenforliggende diagnose. Om personer som begår massedrap begrunnet i ekstreme politiske overbevisninger, har vrangforestillinger eller ikke, var den sentrale psykiatriske problemstillingen i 22. juli-saken. De sakkyndige viste liten evne til å penetrere problemstillingen gjennom sondring mellom vrangforestillinger og ekstremisme. De fikk heller ingen hjelp av ICD-10 som ikke har noen definisjon av vrangforestillinger. DSM-IV derimot har en svært anerkjent definisjon av vrangforestillinger, og ifølge den viste domfelte åpenbare grandiose vrangforestillinger i dagene etter gjerningsøyeblikket. Etter DSM-IV ville han vært psykotisk og utilregnelig.

Alv A. Dahl
a.a.dahl@imbv.uio.no

Alv A. Dahl (f. 1944) er lege ved Klinikken for kreft, kirurgi og transplantasjon, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hvem vet pasientens beste?

I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 reiser Håkon Toft spørsmålet om pårørendes rolle når det gjelder medisiner (1). I tilfeller der pasienten selv ikke er i stand til ta avgjørelser på egne vegne, bør nærmeste pårørende som regel, i møte med behandlende lege, gjøres kjent med hvilke medisiner som gis, deres virkning og hvorfor medisinen(e) anbefales. Ved eventuell uenighet bør saken tas opp i et møte med avdelingslege og behandlende lege. Legene vet mer om medikamenter enn de fleste pårørende, men bør likevel være lydhøre overfor pårørende som kjenner pasienten best. Til syvende og sist må legene avgjøre! Umedisinert kan pasienten bli ekstremt ressurskrevende.

Randi Remen
rr01@online.no

Randi Remen (f. 1944) er pensjonist.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>