

## Sinnssykdom som medisinsk og strafferettslig begrep

Av overlege JOHAN BREMER

Etter ordlyden i den norske straffelovs § 44 er den sinnssyke ikke strafferettslig ansvarlig. Når den medisinske sinnssykdomsdiagnose er på det rene, skal den strafferettslige utilregnelighet dermed være gitt. Den biologiske metode for avgrensning av straffelovens utilregnelighetsgrunner krever ikke påvisning av noen årsaksmessig sammenheng mellom den konstaterte sinnssykdom og forbrytelsen. Mens det ved den psykologiske eller blandet biologisk-psykologiske metode vil spørres om den syke f. eks. ikke var i stand til å innse det urettmessige ved handlingen eller var ute av stand til å handle i overensstemmelse med denne innsikt, utelukker den biologiske metode slike problemstillinger. Lege artis konstatert sinnssykdom utelukker straff. Det var iallfall lovgiverens mening.

I prinsippet synes den biologiske metode i tillegg til sine humane intensjoner å være grei og enkel: Sakkyndige stiller diagnosen „sinnssykdom“, den sinnssyke er „utilregnelig“, følgelig er han straffri, man straffer ikke en syk.

Teori og praksis er på ingen måte så enkel. Selve det faktum at sinnssykdomsbegrepet i medisinen langt fra har noen klar definatorisk avgrensning ved medisinsk-biologiske kriterier, gir en begrunnet mistanke om det. „Sinnssykdom“ er ingen diagnose i den medisinske forstand at det ut fra den kan trekkes noen slutninger m. h. t. behandling og prognose. Som i medisinen ellers har også psykiatrien søkt etter en så god nosologisk klassifisering som mulig, dels som hjelpemiddel til statistisk bruk, dels til rettleiding for terapi, forløp og prognose. Ut fra etiologi, symptomatologi og forløp er det beskrevet en rekke sinnslidelser som regnes til sinnssykdomsgruppen. Fra psykodynamisk hold blir det kritisk fremholdt at psykiatriens nosologiske system er blitt en arkaisk overlevering, som ikke kan bli adekvat applisert på psykiske forstyrrelser på samme vellykkede måte som det nosologisk klassifikatoriske prinsipp er blitt det i den somatiske medisiner. Psykiske symptomer, herunder slike som opptrer ved sinnssykdommene, representerer personlighetens defensive manøvre. Forståelsen av pasientens psykodynamiske virksomhet er den viktigste faktor i behandlingen, mer enn den klisje som festes på tilstanden. Det er mer realistisk ikke å se på schizofreni og andre sinnssykdommer som diagnostiske kategorier, men som forsvars-

verker mot en angst hvor andre defensive metoder har vist seg ineffektive (*Harahal* 1965).

Slike psykodynamiske synspunkter har, med den begrensning de har, bidratt viktig til en bedret forståelse av de sinnssyke pasienters symptomer og adferdsforhold. Om derimot sinnssykebegrepet har fått en klarere avgrensning ved slike synsmåter, er så tvilsomt at det helst er nærmere sannheten å si tvertimot. Det foreligger ikke noe sprang fra de nevrotiske til de psykotiske forsvarsmekanismer. Det dreier seg om glidende overganger med et stort spillerom for en skjønnsmessig vurdering av om sinnslidelsen skal betegnes nevrotisk eller psykotisk.

Medisinsk er sinnssykdommene en samlebetegnelse for en rekke sinnslidelser av vidt forskjellig opprinnelse, symptomatologi, forløp, behandling og utgang. Opprinnelsen ligger i så vidt forskjellige årsaksområder som arv, massive organiske hjernelidelser av forskjellige slag, eller i rent psykogent virkende faktorer. Forløpet kan være akutt, stormende og kortvarig, eller kronisk og uten bedringsmulighet, og ellers med en mangfoldighet av variasjoner.

Når en har samlet dette konglomerat av sykdommer under en felles betegnelse, er det ikke fordi de har noe felles biologisk fundament. Det de har felles, er symptomer på dyptgripende psykiske forstyrrelser. Symptombildene i seg selv viser en uhyre variasjon, fra en rikholdig produksjon av vrangforestillinger, sansebedrag, patologiske stemningsforskyvninger etc. etc., til det enkle tap av tidligere sjelsevner, progredierende til dypt sløv-sinn. Særlig mangelfull utvikling av sjelsevner (idioti, svær imbecillitet) stilles også på linje med „sinnssykdom“. Det felles i denne mangfoldighet av symptombilder er at de, psykologisk beskrevet, vitner om tap av handlingskontroll og realitetsorientering.

Slike psykologiske kriterier er imidlertid ikke i seg selv tilstrekkelig for å henhøre en sinnslidelse under psykosegruppen og betegne pasienten som „sinnssyk“. En rekke tilstander utenom psykosegruppen er på grunnlag av den slags kriterier like „sinnssyke“ som sykdommer under psykosegruppen. Det dreier seg bl. a. om slike tilstander som soporøse og comatøse tilstander, moribunde tilstander, banale alkoholiske rustilstander, religiøse, politiske og erotiske engasjementer. Skadet handlingskontroll og realitetsorientering er umiskjennelig også her. Men dette psykologiske kriterium på „sinnssykdom“ er i disse forbindelser fullstendig irrelevant. Enkelttilfelle kan i rettsmedisinsk sammenheng bli ansett som „bevisstløs“.

I den egentlige medisinske klinikk foreligger ikke spørsmålet om noen er „sinnssyk“. Her foreligger det vanlige medisinske spørsmål om etiologi, patogenese og diagnose som rettesnor for

terapi og prognose. Når legenes uttalelse om en og annen sinnslidende går ut på at han er „sinnssyk“, skjer det alltid etter krav fra et eller annet hold, et krav satt fram i medhold av visse lovregler. Det skjer ut fra et praktisk behov for en lettfattelig retningslinje for omgang med og forholdsregler overfor mennesker som fortøner seg uforståelige i adferd og ukontrollerte i handling (*Bleuler 1955*), som synes å ha mistet kontakten med realitetene og selv ikke skjønner at de er syke. Antagelig kommer en derfor nærmest det faktiske forhold når en hevder at en ved avgrensningen av psykosegruppen mer har fulgt praktisk-sosiale formål enn en har lagt til grunn rent medisinsk-biologiske synspunkter. Biologisk foreligger ikke noe enten-eller — enten sinnssyk eller ikke-sinnssyk. Biologisk foreligger en jevn overgang fra det normale variasjonsområde over lettere nervøse og psykopatiske avvikelser til de mer alvorlige sinnslidelser. Det senere tiårs effektive medikamentelle behandling av sinnssykdommer har på sitt vis demonstrert denne uklare avgrensning av „sinnssykdom“. Under medikamentell behandling ser en hvordan pasienter under sykdomsforløpet oscillerer mellom normalt tilstand, „sjelssvekkelse“ og psykose — avhengig bl. a. av medikasjonens størrelse, hvor vedholdende og regelmessig medikasjonen tas, og om den i det hele tas. Biologisk sett har pasienten hele tiden sin sykdom — unntatt under eventuelle „normal“-perioder. „Sinnssyk“ sies han bare å være når praktisk-sosiale hensyn krever det, bl. a. på eventuelle spørsmål fra strafferettspleiens myndigheter.

I de konkrete tilfelle blir det ofte et vidt spillerom for en skjønnsmessig vurdering av om det foreligger en realitetsbrist, hvilken grad den har, og om den skal vurderes som „sinnssyk“. Det tør være helt på det rene at sinnslidelser som regnes til sinnssykdomsgruppen, ikke trenger føre til *totalt* tap av realitetsorienteringen. Ved siden av sine vrangideer kan den syke ha sunne tanker, ved siden av følelser på avveie kan det være adekvate følelser, ved siden av ukontrollert handlingsliv kontrollerte handlinger. Tap av realitetsorientering kan være begrenset til spesielle områder. Følgene av realitetsbrist er også forskjellig etter den sykes situasjon. Kanskje er situasjonen slik at den sviktende realitetsoppfatning ikke blir bemerket i det hele tatt av omgivelsene. Slike alvorlige forstyrrelser er heller ikke til stede under hele sykdomsforløpet, eller trenger iallfall ikke være det. De kan til og med bare være der som en relativt uvesentlig episode under et ellers langvarig sykdomsforløp.

Illustrerende for problemene omkring sinnssykebegrepets avgrensning er en diskusjon i Norsk Psykiatrisk Forening 11. november 1955 om forslagene til revisjon av sinnssykelovgivningen, en revisjon som førte til loven om psykisk helsevern. Om de de-

finisjoner som i komiteinnstillingen var gitt av begrepene nevrose og psykose, ble det fremhevet at slike definisjoner neppe kan gjøres helt presise, klare og helt almengyldige. Dels ble det fremhevet at grenseområdene mellom disse grupper av sjelelige anomalier mer er preget av jevne overganger enn av skarpe grenselinjer, dels må definisjonene formes forskjellig alt etter det formål de skal tjene. Dette siste må øyensynlig tolkes derhen at psykosedefinisjonen får et varierende innhold ettersom begrepet brukes i medisinsk klinikk, til praktisk-sosiale formål, eller i rettslig sammenheng.

Hvor flytende sinnssykdomsbegrepet er, bl. a. i rettsmedisinsk sammenheng, fikk en ellers på en instruktiv måte illustrert under en diskusjon i Norsk Psykiatrisk Forening i nov. 1965, hvor jeg hadde gitt en rettspsykiatrisk redegjørelse for den meget omtalte giftsak på Hamar. Fra ledende psykiaterhold ble det hevdet at de psykiatrisk sakkyndige hadde kunnet komme bort fra vanskelighetene ved like gjerne å ha konkludert med varig svekkede sjelsevner som med sinnssykdom. Bedre kan neppe det skjønnsmessige og flytende i sinnssykdomsbegrepet illustreres.

Når det i Innstillingen fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen (1955) er anført at ordet sinnssyk etterhvert har fått et temmelig presist innhold, gir de anførte refleksjoner neppe noen støtte til dette synspunkt. Når det videre heter at sinnssyk juridisk omfatter den gruppe sjelelig syke mennesker som strafferettslig er utilregnelig, kan det være grunn til å spørre: Er det det medisinske sinnssykebegrep som har avgrenset sinnslidendes utilregnelighet, — eller er det utilregnelighetsbegrepet som har avgrenset det medisinske psykosebegrep i strafferettslige sammenheng?

De praktiske problemer og behov som visse sinnslidelser reiser, har ført til en særlig sinnssykelovgivning. Med det bemerkelsesverdige unntak i straffeloven (og tilsvarende unntak i straffeprocessloven §§ 98 og 285) er det overalt i denne lovgivning slik at „sinnssykdom“ ikke uten videre setter den syke i en rettslig særstilling. I tillegg til konstatert „sinnssykdom“ kreves visse særbetainger for å gripe inn i den sykes handlefrihet.

Såvel i gjeldende lov fra 1961 om psykisk helsevern som i den tidligere sinnssykelov fra 1848 måtte det i tillegg til konstatert sinnssykdom komme andre kriterier før innleggelse i sykehus uten den sykes samtykke kunne finne sted. Kriteriene er slike som at innleggelsen skal være til beste for den syke selv, eller nødvendig for den offentlige orden, eller for å avverge en vesentlig fare for andres liv og helse.

Etter loven om seksualinngrep kan slikt inngrep utføres på sinnssyke uten deres samtykke bare hvis de ikke har evne til å

ta standpunkt til inngrepet, og det ikke er håp om helbredelse eller vesentlig bedring, og det videre er grunn til å anta at de ikke vil bli i stand til ved eget arbeid å sørge for seg og avkom, eller at en sykkelig sjelstilstand vil bli overført på avkom, eller at de p. g. a. abnorm kjønnsdrift vil begå sedelighetsforbrytelser.

Etter loven om umyndiggjørelse blir en sinnssyk bare umyndiggjort når han mangler evnen til å dra omsorg for seg eller sitt gods. Dreier det seg om hjelpevergeoppnevning, er betingelsen at den syke er forhindret i å vareta sine anliggender.

For at et ekteskap skal omstøtes p. g. a. sinnssykdom, forlanges i tillegg at sykdommen har vart i minst 3 år, uten at det er rimelig utsikt til helbredelse.

Når det derimot gjelder straffelovens bestemmelse i § 44, avviker denne fra de siterte regler ellers i sinnssykeretten ved sin mangel på særbetainger. Det kreves bare konstatering av sinnssykdom for å utelukke strafferettslig ansvar. Særbetainger, som at gjerningsmannen p. g. a. sinnssykdommen var utilregnelig, kreves ikke. Etter den biologiske metode skulle det være fastslått i og med sinnssykdomsdiagnosen.

Humane behandlingshensyn har diktert dette. Mens det i de øvrige nevnte sammenhenger er til den sykes beste at det stilles forskjellige tilleggsbetainger før medisinske og sosiale forholdsregler kan komme i bruk, er det i strafferettslig sammenheng i den sykes interesse å oppnå straffrihet uten tilleggsbetainger. Slik er det iallfall antatt.

Tross den usikre avgrensning av sinnssykdomsbegrepet har likevel den biologiske metode beholdt sin stilling i den norske straffelov, senest ved revisjonen i 1929. Av innstillingens premisser fra den gang går det klart fram, dels at sinnssykdomsdiagnosen ble forutsatt å skulle være avgjørende for spørsmålet om utilregnelighet, dels at en slik ordning ikke kunne antas å forrykke kompetanseforholdet mellom sakkyndighet og domstol. For å sitere:

„Det er åpenbart at dersom man først lar sinnssykdom være det endelig avgjørende i straffespørsmålet, vil ingen for alvor bestride at bedømmelsen av denne tilstand må overlates til den erfarne sinnssykelege, ikke til en jurist eller annen legmann på dette område . . . som helt mangler de teoretiske og praktiske forutsetninger både for å samle materiale og for å bedømme det som foreligger.“ Og videre: „Det har neppe falt noen her i landet inn at vår gamle lovregel (d. e. om sinnssykes utilregnelighet) skulle komme i strid med rettsordenens fundamentalprinsipper.“

Det er overensstemmende med dette at det læreboksmessig læres at gjennomføringen av det biologiske prinsipp i praksis fører til at de psykiatrisk sakkyndiges uttalelse blir bindende

for dommeren. Juridisk er de sakkyndige her som ellers bare rettens rådgivere. Retten står fritt i sin avgjørelse. Men naturligvis vil ingen dommer med selvkritikk opptre som psykiatrisk overinstans over de oppnevnte sakkyndige. Uoverensstemmelse mellom de sakkyndige vil retten gjerne søke løst ved fortsatt observasjon, eventuelt ved nye sakkyndige (Andenæs 1956).

Lovgivernes intensjoner synes heller ikke å ha møtt motbør. Systemet synes gjennom alle år å ha fungert upåklagelig — inntil 1964. Dette året ble den meget omtalte giftsak på Hamar behandlet i lagmannsretten. (Saken er nærmere behandlet av Andenæs, Lov og Rett 1965 s. 289). Hendelsene her var av en slik art at den biologiske metodes eksistensberettigelse er tatt opp til diskusjon. Det er det all grunn til. Det oppsiktsvekkende skjedde at juryens 10 legmenn gikk mot de psykiatrisk sakkyndiges konklusjon om sinnssykdom hos tiltalte. At en jury gikk imot en sinnssykdomsdiagnose, hadde ikke skjedd før. Sett på bakgrunn av det siterte, var det virkelig egnet til å vekke oppsikt. Riktignok opprettholdt rettens 3 juridiske medlemmer den norske dommerstands tradisjonelle selvkritikk ved å sette til side juryens avgjørelse i sinnssykespørsmålet. Men Høyesterett kom til at det var det ingen prosessuell adgang til. At tiltalte var å anse som ikke sinnssyk, ble således rettens endelige avgjørelse.

De to psykiatrisk sakkyndige hadde ikke gitt uttrykk for noen tvil om riktigheten av sinnssykdomsdiagnosen. Deres konklusjon var godtatt av Den rettsmedisinske kommisjons tre psykiatriske medlemmer. Fem presumptivt psykiatrisk sakkyndiges konklusjon kom således til å bli satt til side av 10 legmenns skjønn.

På bakgrunn av lovbestemmelsens biologiske prinsipp fortøner dette resultat seg grotesk. Har de sakkyndiges konklusjon om „sinnssyk“ et eksklusivt medisinsk innhold, slik at det dreier seg om en medisinsk diagnose, er det en meningsløshet at en leg instans — jury eller ikke — benekter dens eksistens. En sykdom oppheves selvsagt ikke ved at en rettslig instans benekter dens eksistens, hvis ikke denne rettslige avgjørelse støtter seg til medisinsk sakkunnskap.

Hvorfor juryen tok avstand fra de sakkyndige, får en aldri vite. En får bl. a. ikke vite hvilke oppfatninger de gjør seg om sinnssykdom. Vår sinnssykelovgivning før sinnssykeloven av 1848 omtalte disse kategorier syke som „galne“, „rasende“, „av-sindige“, „fjanter“. Det er vel helst forestillinger som disse ord er uttrykk for, som foresvever legfolks overveielser om sinnssykdom. Det er også slik at det som primitive folk oppfatter som sjelelige unntakstilstander er svært grove former for psykisk avvik. Sjelelige fenomener som av vitenskapelig medisin oppfattes som tydelige utslag av psykisk sykdom, oppfattes ikke

i primitive samfunn som noe avvikende fra det vanlige. Juryens legmenn hever seg antakelig ikke stort over den primitive medisins. Hvordan skal de kunne kjenne til — som det er sagt — at utøvelsen av dommervirksomhet, til og med på en fortjenstfull måte, ikke utelukker at dommeren kan ha en psykose, likeså litt som legevirksomhet, vitenskapelig virksomhet eller statsmannsvirksomhet utelukker det (*Wigert* 1940).

Skal den biologiske metode ha noen mening, synes konsekvensen logisk å måtte bli at den medisinske bedømmelse skal være den avgjørende. Hvis det å anse en tiltalt som sinnssyk på tidspunktet for forbrytelsen er uttrykk for en medisinsk diagnose, bør domstolen føle seg bundet av dette sakkyndige *judicium*. Utvetydig ble dette synspunkt fremholdt i motivene til den danske regjeringsproposisjon i 1924, hvor det het at „det ved „sinnssyk“ forstås den i legevitenskapelig betydning sinnssyke, eller med andre ord at legens diagnose . . . blir ikke bare veiledende, men absolutt bindende for domstolen.“

Dette er den biologiske metodes logiske konsekvens. Har en først valgt denne metoden, er det ikke relevant i de konkrete saker å nedvurdere de sakkyndige med argumenter om at psykiatrien er en uferdig vitenskap, at den ikke er eksakt, de sakkyndige kan ta feil, det medisinske sinnssykebegrep er uklart, dårlig avgrenset, svevende definert — bl. a. forskjellig etter sitt kliniske, sitt praktisk sosiale, og sitt rettsmedisinske innhold. De sakkyndige vet dette bedre enn noen rettslig instans. Det finnes ingen oppfordring til å prosedere med dem om det. En kan ikke avsette eller negligere sakkunnskapen på grunnlag av at bedømmelsen er vanskelig.

Derimot kan argumentene meget vel anvendes som innvendinger mot og kritikk av at den rent biologiske metode i det hele tatt har funnet innpass. De gir også en uomtvistelig støtte til det som er den prinsipielle hovedinnvendingen mot den biologiske metode, nemlig at de sakkyndige psykiatere får en for dominerende innflytelse på spørsmålet om straffrihet. Derved forrykkes det naturlige forhold mellom den tekniske sakkyndighet og utøveren av statsmyndigheten, hevdes det. Det er ufor- enelig med den prosessuelle og statsrettslige ordning om de sakkyndige skal treffe avgjørelsen.

Det kan neppe være tvilsomt at en iøynefallende svakhet ved den biologiske metode er det medisinske sinnssykebegreps uklare avgrensning og løse biologiske forankring. Det synes temmelig tvilsomt om det kan gi noe reelt fundament for å opprettholde den biologiske metode. Den terminologi som straffeloven nå bruker for psykiatriske tilstander — forøvrig i sin tid etter forslag fra psykiaterne selv —, har på flere måter vist seg uheldig for den rettspsykiatriske praksis. Spesielt har uttrykkene „mangel-

fullt utviklede og varig svekkede sjelsevner“ i økende grad blitt gjenstand for kritikk. Ved den revisjon som nå forestår for straffelovens psykiatriske bestemmelser, tør det neppe være tvil om at en også må ta sinnssykebegrepets uklarerhet med i overveielene. Sannsynligvis kommer en ikke utenom fortsatt bruk av sinnssykebetegnelsen. Men det synes rimeligst at også straffeloven i tillegg opererer med visse særvilkår for de sinnslidendes strafferettslige særbehandling, at en altså går over til formuleringer som ved den „blandede“ metode. Dette er det så meget mer grunn til som en slik endring i virkeligheten ikke innebærer det avgjorte brudd med den biologiske metode som en på forhånd skulle anta. Den biologiske metodes lære om at den strafferettslige utilregnelighet er avgjort når den *medisinske* sinnssykdomsdiagnose er på det rene, holder nemlig ikke helt stikk. Den er begrenset av den prosessuelle ordning at det er retten som har avgjørelsen — i lagmannsrettssaker til og med inappellabelt av 10 legmenn. Den sinnslidende er bare straffri når retten godtar at den sinnslidendes sykdom er „sinnssykdom“. Sett på den måten er straffelovens bestemmelse i § 44 reelt på linje med reglene i sinnssykeretten ellers: det er ikke nok å konstatere „sinnssykdom“ for at den sinnssyke skal få en rettslig særbehandling. Også her eksisterer et faktisk særvilkår. Formuleringer overensstemmende med den „blandede“ metode betyr derfor bare en klarere presisering av alt bestående faktiske forhold.

Forutsetningen for slike formuleringer bør absolutt være at de sakkyndige ikke skal ta standpunkt til spørsmål som ligger utenfor deres fagområde, som f. eks. „tilregnelighet“ o. a. De må strengt få holde seg til det som er deres sakkunnskap, slik det eksempelvis er skildret (*Jak. E. Andersen 1950*): De psykiatriske sakkyndiges oppgaver er alene å klarlegge for strafferettspleiens myndigheter sykdommens karakter og kjennetegn, altså å konstatere kjennsgjerninger av medisinsk natur, derimot ikke å innlate seg på alminnelige psykologiske betraktninger, f. eks. om viljesfrihet eller liknende metafysiske begreper. Like så litt er det deres oppgave å erklære, hvorvidt siktede (tiltalte) i gjerningsøyeblikket var „tilregnelig“ eller ikke. Det skal ikke stilles de sakkyndige spørsmål om en siktet er utilregnelig p. g. a. sinnssykdom, men alene om han er sinnssyk. (Rundskr. av 7. mai 1924 fra Riksadvokaten).

Dette er retningslinjer helt i harmoni med psykiatriske sakkyndiges oppfatninger. Å gi retten et så fyldestgjørende bilde som mulig av en eventuell psykisk lidelse hos tiltalte, er den psykiatriske sakkunnskaps kompetanseområde. Om forbryteren på grunnlag av den psykiatriske redegjørelse og de samlede opplysninger forøvrig skal være straffri, er og forblir etter de rådende rettsprinsipper rettens avgjørelse og dens kompetanse-



område. Derimot virker det forvirrende, ja direkte absurd, når rettens legmenn settes til å bekrefte eller benekte en sinnssykdomsdiagnose, noe som i høyeste grad er et vanskelig medisinsk ekspertspørsmål. Hvilket innhold en enn gir sinnssykdomsbegrepet, er jo dog dets medisinske side ikke til å komme forbi.

For å klargjøre forholdet kan det i denne forbindelse atter være grunn til å sitere *Andenæs* (1956) hvor han anfører: „Strengt tatt kan en si at bedømmelsen av om sinnssykdom foreligger, faller i to ledd: For det første å få klarlagt personens sinnstilstand, for det annet å ta standpunkt til om denne sinnstilstand faller innunder begrepet sinnssykdom.“ Dette blir det enn mer mening i hvis en erstatter „sinnssykdom“ med „utilregnelighet“. Bedømmelsen om utilregnelighet faller i to ledd: først klarleggelse av personens sinnstilstand, så standpunkt til til om denne sinnstilstand fører til utilregnelighet. Det gir også god sammenheng i kompetanseforholdet mellom sakkyndighet og domstol.

Hva det dernest ligger i „utilregnelighet“, er det utenfor mitt område å behandle. Når ordet er brukt i denne forbindelse, er det utelukkende som illustrasjon av en sakssammenheng, ikke som et konkret forslag for lovgivningen. Mange andre formuleringer kan komme på tale, noe som jeg også ser det utenfor min oppgave å komme inn på her.

Derimot kan det til slutt være grunn til å berøre den irritasjon som utvilsomt rår innenfor vide kretser over den formentlige maktstilling som den biologiske metode gir psykiatriske sakkyndige i straffesaker. Den psykiatriske sakkyndighet er selvsagt ikke interessert i noen maktstilling innenfor vår strafferettspleie. Men den er klar over det umåtelige behov det er for psykiatrisk veiledning og hjelp innenfor denne gren av vårt rettsvesen. Den har avgjort interesse av at den medisinske linje innenfor strafferettspleien får en stadig bedre utbygging. Det bør øve sin innflytelse på den forestående straffelovsrevisjon. Det bør her tas tilbørlig hensyn til at psykiatrien har mange avskygninger, og representerer mange retninger, organisk orienterte, psykodynamisk orienterte, eklektisk orienterte. Lovens formuleringer bør ikke bli så stivbente at visse retninger blir støtt bort fra rettspsykiatrisk virksomhet. Prinsippet er at de sakkyndige er veiledere, mens retten trekker de endelige konklusjoner. Det skulle da være overflødig, sannsynligvis nærmest skadelig for en videre utvikling av rettspsykiatrisk arbeid, av de sakkyndige å forlange stivbente formuleringer i konklusjons form. De sakkyndige bør få holde seg til det som strengt tatt er deres sakkunnskap — den kliniske bedømmelse med diskusjon av prognose og behandling så langt de foreliggende opplysninger i det enkelte tilfelle rekker.

*Johan Bremer.*

## LITTERATUR

1. *Andenæs, Johs.* (1956): Alminnelig strafferett. Akademisk Forlag, Oslo.
2. *Anderssen, Jak. E.* (1950): Håndbok i Norsk sinnssykerett. — Aschehoug, Oslo.
3. *Bleuler, Eugen* (1955): Lehrbuch der Psychiatrie. — Springer, Heidelberg.
4. *Harahal, Hyman S.* (1965): A global approach to psychiatric classification. — *Psychiatric Quarterly*. 34, 431—447.
5. Innstilling fra den av Justisdepartementet 11. mai 1922 oppnevnte komite til revisjon av straffeloven. — Første del. Oslo 1925.
6. Innstilling fra Komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen. — Oslo 1955.
7. *Wigert, Victor* (1939): Några medicinska synspunkter på tillräknelighetsfrågorna. — *Nordisk Medisin*. 1, 165—172.